E-Book

BZgA
Bundeszentrale
für
gesundheitliche
Aufklärung

Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention

Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden

Im Glossar werden 118 zentrale Begriffe zum Thema Gesundheitsförderung definiert und erläutert. Gerade im Handlungsfeld Gesundheitsförderung mit seinem interdisziplinären Bezug ist eine Einigung auf gemeinsame Begrifflichkeiten besonders wichtig. Das Glossar leistet einen Beitrag, Konzepte und Begrifflichkeiten in der Gesundheitsförderung im deutschsprachigen Raum zu systematisieren und übersichtlicher zu machen.

doi
10.17623/BZGA:224-E-Bbook-2018

Herausgegeben von der
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
Maarweg 149-161 / D-50825 Köln / Tel +49 221 8992-0 / Fax +49 221 8992-300

2018

Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention

Glossar zu Konzepten,

Strategien und Methoden

E-Book 2018

Redaktionsgruppe: Stephan Blümel, Peter Franzkowiak, Lotte Kaba-Schönstein,

Guido Nöcker, Martina Plaumann, Alf Trojan (Leitung)

BZgA
Bundeszentrale
für
gesundheitliche
Aufklärung

Herausgegeben von der

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Impressum

Die Beiträge in dieser Reihe geben die Meinung der Autorinnen und Autoren wieder, die von der Herausgeberin nicht in jedem Fall geteilt werden muss.

Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention, Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden, E-Book 2018.

Herausgeberin:

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

Maarweg 149–161, D-50825 Köln, Tel.: 0221/89 92–0 , Fax: 0221/89 92–300

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung ist eine Fachbehörde im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit. Alle Rechte vorbehalten.

Redaktionsgruppe:

Stephan Blümel, Peter Franzkowiak, Lotte Kaba-Schönstein, Guido Nöcker,

Martina Plaumann, Alf Trojan (Leitung)

Satz: Bernhard Buhs, Julia Zimmer

doi: **10.17623/BZGA:224-E-Book-2018**

Die Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention sind als E-Book unter der **https://www.leitbegriffe.bzga.de/** erhältlich. Diese Publikation wird von der BZgA kostenlos abgegeben. Sie ist nicht zum Weiterverkauf durch die Empfängerin/den Empfänger oder Dritte bestimmt.

Inhaltsverzeichnis

Vorwort der Herausgeberin 9

Vorwort der Redaktionsgruppe 10

Alter(n) und Gesundheitsförderung 13

Anwaltschaft – Vertretung und Durchsetzung gesundheitlicher Interessen 21

Aus- und Weiterbildung in Gesundheitsförderung und Prävention 26

Biomedizinische Perspektive 34

Capacity Building/Kapazitätsentwicklung 45

Determinanten von Gesundheit 50

Diversity und Diversity Management/Vielfalt gestalten 56

Empowerment/Befähigung 62

Epidemiologie und Sozialepidemiologie 68

Erklärungs- und Veränderungsmodelle I: Einstellungs- und Verhaltensänderungen 74

Erklärungs- und Veränderungsmodelle II: Stufen und Phasen von Planungs- und Veränderungsprozessen 87

Erklärungs- und Veränderungsmodelle III: Kommunikation, Diffusion, Marketing und Interessenvertretung 100

Ethik in der Gesundheitsförderung und Prävention 117

Evaluation 122

Evidenzbasierte Gesundheitsförderung 127

Finanzierung der Gesundheitsförderung 136

Forschung zur Gesundheitsförderung 144

Frühe Hilfen 149

Gemeindeorientierung 156

Gemeindepsychologische Perspektiven auf Gesundheit und Krankheit 160

Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Gender Mainstreaming 170

Gesundheit 175

Gesundheitliche Aufklärung und Gesundheitserziehung 185

Gesundheits-Krankheits-Kontinuum 191

Gesundheitsberatung 196

Gesundheitsberichterstattung 201

Gesundheitsbezogene Gemeinwesenarbeit 207

Gesundheitsbezogene Lebensqualität 211

Gesundheitsbildung 215

Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik/Healthy Public Policy 221

Gesundheitsförderung 1: Grundlagen 227

Gesundheitsförderung 2: Entwicklung vor Ottawa 1986 239

Gesundheitsförderung 3: Entwicklung nach Ottawa 248

Gesundheitsförderung 4: Europäische Union 276

Gesundheitsförderung 5: Deutschland 308

Gesundheitsförderung 6: Österreich 345

Gesundheitsförderung 7: Schweiz 356

Gesundheitsförderung 8: Bewertung und Perspektiven 364

Gesundheitsförderung im Kindesalter 395

Gesundheitsförderung und Betrieb 401

Gesundheitsförderung und Familien – Familiäre Gesundheitsförderung 407

Gesundheitsförderung und Gesunde – Soziale Stadt – Kommunalpolitische Perspektive 415

Gesundheitsförderung und Hochschule 424

Gesundheitsförderung und Integrierte Versorgung 431

Gesundheitsförderung und Kindertageseinrichtungen 440

Gesundheitsförderung und Krankenhaus 445

Gesundheitsförderung und Migrationshintergrund 453

Gesundheitsförderung und Prävention in der Pflege 463

Gesundheitsförderung und Prävention in der Rehabilitation ... 470

Gesundheitsförderung und Schule 478

Gesundheitsförderung und soziale Benachteiligung – Gesundheitsförderung und gesundheitliche Chancengleichheit 485

Gesundheitsindikatoren 502

Gesundheitskommunikation und Kampagnen 509

Gesundheitskonferenzen 518

Gesundheitspolitik 531

Gesundheitsschutz 537

Gesundheitsverhalten, Krankheitsverhalten, Gesundheitshandeln 545

Gesundheitswissenschaften/Public Health 550

Gesundheitsziele 560

Globale Gesundheit/Global Health 568

Health Impact Assessment (HIA)/ Gesundheitsverträglichkeitsprüfung 575

Health Literacy/Gesundheitskompetenz 582

Health Technology Assessment (HTA)/Technikfolgen-abschätzung 588

Kernkompetenzen professioneller Gesundheitsförderung 591

Kinderschutz und Prävention – Gesundheitsförderung 597

Krankheit 604

Lebenskompetenzen und Kompetenzförderung 617

Lebenslagen und Lebensphasen 625

Lebensqualität – ein Konzept der individuellen und gesellschaftlichen Wohlfahrt 630

Lebensweisen – Lebensstile 637

Lern- und verhaltens-psychologische Perspektive 642

Medizinische Prävention 651

Nachhaltigkeit und nachhaltige Gesundheitsförderung 659

Neurowissenschaften und Gesundheitsförderung 664

Öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD) und Gesundheitsförderung 672

Ökologische und humanökologische Perspektive 678

Ökonomische Evaluation von Gesundheitsförderung und Prävention 691

Organisationsentwicklung als Methode der Gesundheitsförderung 699

Partizipation: Mitentscheidung der Bürgerinnen und Bürger ... 705

Partizipative Gesundheitsforschung 712

Partnerschaften für Gesundheit 723

Patientenberatung – Patientenedukation 729

Peer Education 735

Primäre Gesundheitsversorgung/Primary Health Care 742

Projekte Projektmanagement 748

Prädiktive Medizin und individualisierte Medizin 755

Prävention übertragbarer Erkrankungen 767

Prävention und Krankheitsprävention 776

Präventionsgesetz 798

Präventionskette – Integrierte kommunale Gesundheitsstrategie 809

Präventionsparadox 817

Psychosomatische Perspektive 822

Public Health Action Cycle/Gesundheitspolitischer Aktionszyklus 833

Qualitätssicherung, Qualitätsentwicklung, Qualitätsmanagement 836

Resilienz und Schutzfaktoren 841

Risikofaktoren und Risikofaktorenmodell 846

Risikokommunikation 862

Rural health/Gesundheit im ländlichen Raum 871

Salutogenetische Perspektive 878

Selbsthilfe, Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeförderung 883

Settingansatz – Lebensweltansatz 892

Social Media/Gesundheitsförderung mit digitalen Medien 897

Soziale Netzwerke und Netzwerkförderung 914

Soziale Ungleichheit und Gesundheit – Krankheit 918

Soziale Unterstützung 925

Soziales Kapital 936

Sozialmedizin 940

Soziologische Perspektiven auf Gesundheit und Krankheit 945

Streetwork/Aufsuchende soziale Arbeit 959

Stress und Stressbewältigung 965

Subjektive Gesundheit: Alltagskonzepte von Gesundheit 978

Systemische Perspektive in der Gesundheitsförderung 983

Systemisches Anforderungs-Ressourcen-Modell in der Gesundheitsförderung 990

Urban health/StadtGesundheit 996

Vermitteln und Vernetzen 1004

Verwirklichungschancen/Capabilities 1009

Wohlbefinden/Well-Being 1018

Zielgruppen, Multiplikatorinnen und Multiplikatoren 1028

Autorenverzeichnis 1035

Vorwort der Herausgeberin

Mit der fortschreitenden Digitalisierung wissensbasierter Arbeitsprozesse sind auch die Verfahren zur Publikation von Fachliteratur und Forschungsergebnissen wie auch die speziellen Methoden zur Erarbeitung kritischer Editionen einem tiefgreifenden Wandel unterworfen. Die fortlaufende Weiterentwicklung im Bereich der Hard- und Software ist dabei von großer Bedeutung für die sich eröffnenden Produktions- und Rezeptionsmöglichkeiten. Digitale Publikationstechniken ermöglichen es, Veröffentlichungen intensiv mit anderen Online-Ressourcen zu verknüpfen und z. B. Quellenbelege direkt aus der Publikation heraus aufzurufen.

Auch im Feld der Prävention und Gesundheitsförderung haben die von der Digitalisierung vorangetriebenen Veränderungen von Kommunikationswegen und Rezeptionsweisen bereits erhebliche Veränderungen erfahren.

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung hat diesen Entwicklungen an zahlreichen Stellen in ihrer Gesundheitskommunikation bereits Rechnung getragen, so auch bei der Herausgabe der "Leitbegriffe für Gesundheitsförderung und Prävention", die bereits seit 2011 auf einer digitalen Plattform (*www.leitbegriffe.bzga.de) veröffentlicht werden.*

Seitdem werden neue Stichworte kontinuierlich ergänzt und aktualisiert und damit Entwicklungen in der Gesundheitsförderung im deutschsprachigen Raum systematisiert und übersichtlicher gemacht. Mit der erstmaligen Zusammenfassung aller Beiträge zu einem **E-Book 2018** wird nun der Versuch unternommen, nicht nur den Komfort und die Nutzungsmöglichkeiten auf mobile Endgeräte zu erweitern, sondern auch die zeitlich diskontinuierlichen Ergänzungen und Aktualisierungen zu einem bestimmten Zeitpunkt abrufbar festzuhalten. Damit wird künftig auch eine Rückschau möglich, die bei fortlaufenden Anpassungen der digitalen Beiträge bisher noch nicht gegeben war.

Ich möchte an dieser Stelle allen beteiligten Autorinnen und Autoren für die Mitarbeit an diesem Grundlagenwerk der Prävention und Gesundheitsförderung danken. Ein besonderer Dank gilt dabei den Mitgliedern der Redaktion, die mit dem E-Book - Format einen weiteren Impuls zur Fortsetzung der Erfolgsgeschichte dieses Glossars gegeben haben.

Dr. Heidrun M. Thaiss
Leiterin der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Vorwort der Redaktionsgruppe zum E-Book

Das Glossar **„Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention“** der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) erschien erstmalig 1996 im Buchformat und wurde zuletzt in einer **Neuauflage (2011)** und mit einem **Ergänzungsband (2016)** im Conrad-Verlag verlegt.

Zeitgleich mit der Neuausgabe (2011) wurden die Leitbegriffe auch online verfügbar (www.leitbegriffe.bzga.de) gemacht und werden seitdem als Kompendium mit weiter wachsender Stichwort- und Autorenzahl kontinuierlich fortgeschrieben. Durch die Umstellung vom Print- auf den Onlinebetrieb sind die Möglichkeiten der fortlaufenden Aktualisierung, Erweiterung und Verfügbarkeit sowie Bereitstellung deutlich gewachsen.

Mit der Zusammenstellung sämtlicher Leitbegriffe zu einem E-Book (2018) wird nun auch die Lesbarkeit der Stichworte auf mobilen Endgeräten (Reader, Tablet) erleichtert, so dass den Leserinnen und Lesern ein unkomplizierter Zugang zu diesem vollständigen Kompendium auch offline möglich ist. Einzelne Stichworte können daneben weiterhin als separate PDF herunter geladen werden oder weiterhin online im Browser genutzt werden.

Mit der Veröffentlichung des E-Books zu einem Stichtag (Juli 2018) geht die Herausgeberin die Verpflichtung ein, die in den Verweisen verknüpften Deep-Links einer routinemäßigen Funktionskontrolle zu unterziehen, so dass die Erreichbarkeit aller digitalen Quellen erneut geprüft und korrigiert wird. Die Aktualisierung der Stichworte durch die Autorinnen und Autoren erfolgt künftig - abhängig vom letzten Aktualisierungsdatum- im Dreijahres-Rhythmus. Da neue Stichworte das Glossar wie bisher erweitern werden, soll künftig alle zwei Jahre ein neues E-Book die Entwicklung der Leitbegriffe dokumentieren. Damit bleiben auch frühere Versionen der Begriffe auffindbar, die nach einer Aktualisierung der digitalen Version im Internet verloren gehen werden.

Ziele und Inhalte der Leitbegriffe

Das E-Book 2018 dokumentiert den aktuellen Stand der Online Version mit 118 „Leitbegriffen“. Es zielt darauf, die Vielfalt von Konzepten und Begrifflichkeiten in der Gesundheitsförderung im deutschsprachigen Raum zu systematisieren und übersichtlich zu machen. Das Glossar will interessierten Neu- oder Quereinsteigerinnen und Quereinsteigern der Gesundheitsförderung Orientierung und Anregungen bieten. Es wendet sich auch an langjährig engagierte und erfahrene Praktikerinnen und Praktiker, die auf neue Anregungen durch die Konzepte, Modelle und Strategien der Gesundheitsförderung hoffen bzw.

ihren eigenen Planungs-, Projekt- oder Forschungsalltag auf Verbesserungsmöglichkeiten überprüfen möchten. Nicht zuletzt bietet das Glossar Lehrenden und Studierenden im Rahmen von Aus-, Fort- und Weiterbildung gebündeltes Hintergrundwissen und Orientierung.

Die Redaktionsgruppe ist sich bewusst, dass ein solcher Anspruch an vielen Stellen nur partiell eingelöst werden kann. Die Gesundheitsförderung befindet sich auch weiterhin, mehr als drei Jahrzehnte nach der Ottawa-Charta von 1986, in einer stetigen Fortentwicklung. Die Ausgestaltung und das Verständnis der Leitbegriffe werden dabei auch von vielfältigen politischen, wissenschaftlichen und praktischen Interessen beeinflusst. Die Redaktion beobachtet solche Einflüsse aufmerksam und ist um fortlaufende Überprüfung, Aktualisierung und Erweiterung bemüht. Anregungen und Hinweise aller Leserinnen und Leser hierzu sind ausdrücklich willkommen.

Redaktion und Arbeitsweise

Die Begriffe wurden entweder von den Mitgliedern der Redaktionsgruppe oder von mehr als 100 externen Fachkolleginnen und -kollegen bearbeitet. Die Verantwortung für die Auswahl und Benennung der Leitbegriffe sowie für die Rekrutierung der Autorinnen und Autoren hatte die Redaktionsgruppe. Die Schwerpunkte der Arbeit in der Redaktionsgruppe lagen in der kontinuierlichen inhaltlichen Koordination, Abstimmung und Querverbindung von Stichworten untereinander, bei der z.T. mehrfachen Überarbeitung oder Neupositionierung von Begriffen und der damit verbundenen Betreuung der Autorinnen und Autoren.

Die Stichworte im E-Book sind alphabetisch angeordnet, um den lexikalischen Charakter eines Glossars zu gewährleisten. Jede Autorin und jeder Autor wird zum Anfang eines Stichworts namentlich ausgewiesen. Sie zeichnen verantwortlich für den Inhalt ihrer Beiträge. Querverweise auf andere Stichworte (zumeist verkürzt auf die ersten ein bis zwei Wörter der längeren Leitbegriffüberschrift) wurden großenteils von der Redaktionsgruppe eingefügt und verlinken innerhalb des E-Books auf den angegeben Leitbegriff. Die angegebenen Internet-Links und Quellen wurden zum Stichtag geprüft, der Stand der letzten redaktionellen Bearbeitung bei jedem Stichwort ausgewiesen.

Die Redaktionsgruppe ist weiterhin um Vollständigkeit, Aktualität und inhaltliche Abstimmung bemüht. Trotz der beträchtlichen Erweiterung der Stichworte und der größeren Bandbreite von Autorinnen und Autoren ist nicht auszuschließen, dass einzelne Konzepte oder Arbeitsbereiche nicht ausreichend berücksichtigt oder noch gar nicht bearbeitet sind. Eventuelle Lücken oder Mängel zu beheben, ebenso die Relevanz der Leitbegriffe immer wieder kritisch zu überprüfen, bleibt Aufgabe der Weiterentwicklung dieses Glossars. Der

dazu jeweils aktuellste Sachstand kann auch weiterhin durch einen Besuch der Webseite (www.leitbegriffe.bzga.de) leicht nachgelesen werden.

Beispiel Zitation:

Mustermann, A. (*letzte Aktualisierung*). "*Titel des Leibegriffs*". In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden, S. (*Seite des Leitbegriffs*), Köln. doi10.17623/BZGA:224-E-Book-2018

Süß, W. & Trojan, A. (2015). Gemeindeorientierung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden, S. X-X, Köln. doi10.17623/BZGA:224-E-book-2018

Alter(n) und Gesundheitsförderung

Wiebke Flor

(letzte Aktualisierung am 09.06.2015)

Gesundheit im Alter ist von erheblicher gesellschaftlicher und individueller Bedeutung. Obwohl im Alter gesundheitliche Probleme und Beschwerden zunehmen, ist das Alter nicht gleichbedeutend mit Krankheit, Einschränkungen und Pflegebedürftigkeit. Der individuelle Lebensstil, persönliche Ressourcen, die soziale Integration sowie eine adäquate medizinische Betreuung können den Gesundheitszustand, die Lebensqualität und das Wohlbefinden erheblich beeinflussen. Sie sind damit Erfolg versprechende Ansatzpunkte für Gesundheitsförderung und Prävention.

Betrachtet man das *Alter als Lebensphase* muss zunächst der Beginn dieses Abschnitts definiert werden. Die Soziologie beschreibt z.B. den Übergang vom Erwerbsleben in den Ruhestand als Alter, in der Medizin werden bestimmte „Alterserscheinungen" betrachtet, die zum Teil schon weit vor dem Renteneintritt vorliegen können. In der Gerontologie wird oft die chronologische Altersgrenze von 60 oder 65 Jahren genutzt. Bei steigender Lebenserwartung wird der Lebensabschnitt „Alter" daher immer länger. Das Alter wird deshalb in ein „drittes und viertes Lebensalter" oder auch in die „jungen Alten" (60 bis unter 80 Jahre) und „alten Alten" (80 Jahre und älter) unterteilt. In der Demografie wird Hochaltrigkeit unabhängig von starren Altersgrenzen als der Zeitpunkt definiert, wenn 50 Prozent der Angehörigen eines Geburtsjahrgangs verstorben sind. Zu beachten gilt, dass chronologische Altersgrenzen keinen Einschnitt bilden, ab dem bestimmte Entwicklungen (z.B. gesundheitliche Einschränkungen) sicher eintreten. Dennoch ist die Wahrscheinlichkeit für Personen ab 80 Jahren deutlich erhöht, von körperlichen, kognitiven und/oder psychischen Beeinträchtigungen betroffen zu sein.

Das *Altern als Prozess* hingegen beginnt nicht erst in der beschriebenen Lebensphase Alter, sondern schon im Jugendalter mit der Geschlechtsreife. Die Biologie bezeichnet Alternsprozesse als jene Veränderungen, die eine Abnahme der Anpassungsfähigkeit des Organismus nach sich ziehen. Aus Sicht der Entwicklungspsychologie ist Altern hingegen nicht nur mit Verlusten, sondern auch durch Gewinne gekennzeichnet (z.B. bei der Intelligenzentwicklung). Die Psychologie betrachtet Altern zudem nicht nur als individuellen Prozess, sondern als eingebettet in die gesellschaftliche und historische Situation. In der Soziologie

wird Altwerden als Teil des Lebenslaufes betrachtet: Individuelle Alternsprozesse werden durch frühere Lebenserfahrungen mitbestimmt.

Demografische Entwicklung. In Deutschland steigt die Lebenserwartung, während die Geburtenrate sinkt. Dies hat eine Änderung der Altersstruktur zur Folge:

- Die absolute Zahl der über 65-Jährigen steigt an: Von etwa 17 Millionen im Jahr 2013 wird die Zahl auf 22 bis 23 Millionen im Jahr 2060 zunehmen.
- Der relative Anteil dieser Altersgruppe an der Gesamtbevölkerung nimmt zu: Von heute etwa 20 Prozent auf 32 bis 33 Prozent im Jahr 2060.
- Der Anteil der Hochaltrigen (80 Jahre und älter) an der Gesamtbevölkerung steigt an: Von 5 Prozent im Jahr 2013 auf 13 Prozent im Jahr 2060.
- Der Bevölkerung im Erwerbsalter stehen künftig immer mehr Personen über 65 Jahre entgegen: Im Jahr 2013 entfielen auf 100 Personen im Erwerbsalter 34 Ältere. Im Jahr 2060 wird dieser Quotient bei 65 liegen.

Gesundheitliche Lage: Bei älteren Menschen liegen die Prävalenz- und Inzidenzraten in den meisten Krankheitsgruppen höher als bei jüngeren Erwachsenen. Bei den somatischen Erkrankungen stehen Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Stoffwechselkrankheiten, Muskel- und Skelettkrankheiten sowie bösartige Neubildungen im Vordergrund. Bei den psychischen Erkrankungen sind vor allem Demenzen und Depressionen bedeutsam In der Altersgruppe der 70- bis 85-Jährigen leiden fast alle Personen an mindestens einer, über ein Viertel sogar an fünf und mehr Krankheiten (Multimorbidität).

Entscheidend für eine selbstständige Lebensführung ist vor allem die funktionale Gesundheit. Störungen der funktionalen Gesundheit im Alter entstehen meist durch sensorische Beeinträchtigungen (vor allem Seh- und Hörbeeinträchtigungen) und Einschränkungen der Mobilität. Mit zunehmendem Alter treten solche Störungen wesentlich häufiger auf. Etwa 30 Prozent der 50- bis 59-Jährigen und 80 Prozent der über 80-Jährigen sind betroffen.

Gesundheit bzw. Krankheit werden nicht nur durch objektive medizinische Diagnosen bestimmt, sondern durch das individuelle Erleben der eigenen Gesundheit (**subjektive Gesundheit**) beeinflusst. Dies gilt besonders im höheren Lebensalter, wo die objektive Gesundheit stärker abnimmt als das subjektive Gesundheitsempfinden. Eine gute subjektive Gesundheit ist auch deshalb wichtig, weil ältere Personen mit guter subjektiver Gesundheit mit geringerer Wahrscheinlichkeit funktionale oder kognitive Beeinträchtigungen entwickeln.

Trotz des insgesamt höheren Krankheitsvorkommens im Alter sind die jetzt 60-Jährigen körperlich und geistig deutlich gesünder als die 60-Jährigen früherer Generationen. Im Sinne einer „Kompression der Morbidität“ ist in den vergangenen Jahrzehnten in Deutsch-

land eine Abnahme der Multimorbidität sowie eine Zunahme der aktiven Lebenserwartung und eine Verbesserung der funktionellen Gesundheit (bei Angleichung der Geschlechter) zu verzeichnen.

Alter(n) und Gesundheitsförderung/Prävention - Ziele: Das nationale Gesundheitsziel „Gesund älter werden“ wurde 2012 konsentiert und umfasst die drei Handlungsfelder: (1) Gesundheitsförderung und Prävention - Autonomie erhalten (2) Medizinische, psychosoziale und pflegerische Versorgung und (3) Besondere Herausforderungen. Folgende Ziele sind im Handlungsfeld Gesundheitsförderung und Prävention benannt:

Ziel 1: Die gesellschaftliche Teilhabe älterer Menschen ist gestärkt. Mangelnde Teilhabe und Isolation werden erkannt und gemindert.

Ziel 2: Gesundheitliche Ressourcen und die Widerstandskraft älterer Menschen sind gestärkt und ihre gesundheitlichen Risiken gemindert.

Ziel 3: Körperliche Aktivität und Mobilität älterer Menschen sind gestärkt bzw. erhalten.

Ziel 5: Die Mundgesundheit älterer Menschen ist erhalten bzw. verbessert.

Um diese Ziele zu erreichen, gibt es zwei unterschiedliche Herangehensweisen, die sich ergänzen sollten:

1. Das an der Vermeidung bestimmter Krankheitsgeschehen orientierte Risikofaktorenmodell.
2. Das am Aufbau von gesundheitsförderlichen Ressourcen orientierte Schutzfaktoren- bzw. Salutogenesemodell (**Resilienz**).

1. Das Risikofaktorenmodell (**Risikofaktoren**) beschreibt die Bedingungen, die die Wahrscheinlichkeit erhöhen, eine bestimmte Erkrankung zu bekommen. Für das Krankheitsgeschehen im Alter, das überwiegend durch chronisch-degenerative Erkrankungen gekennzeichnet ist, lassen sich folgende bedeutsame Risikofaktoren (siehe Abb. 1) belegen:

Krankheiten / Beschwerden	Risikofaktoren	Ansätze für Prävention
Herz-Kreislauf-Erkrankungen	» Bluthochdruck » Diabetes Typ 2 » Fettstoffwechselstörung	» Steigerung der körperlichen Aktivität » Regulierung des Körpergewichts » Nichtrauchen » Umstellung des Ernährungsverhaltens

Erkrankungen des Bewegungsapparates und Stürze	» Spezielle Belastungen im Beruf » Lebensstilfaktoren » Hormonelle Ursachen » Genetische Disposition » Bestimmte Medikamente	» Ausreichende Versorgung mit Kalzium und Vitamin D » Körperliche Aktivität (besonders Verbesserung von Kraft und Koordination) » Nichtrauchen/mäßiger Alkoholkonsum » Regulierung des Körpergewichts (hohes Frakturrisiko bei niedrigem Gewicht) » Vermeidung von Polypharmazie
Krebserkrankungen	**Bedeutendster vermeidbarer Risikofaktor:** » Rauchen **Weitere Risikofaktoren:** » Ungünstige Ernährungsmuster (Überernährung, hoher Fettanteil, wenig Obst und Gemüse) » Chronische Infektionen (z.B. Helicobacter pylori bei Magenkrebs) » Hoher Alkoholkonsum » Spezielle Belastungen am Arbeitsplatz » Einflüsse aus der Umwelt (z.B. UV-Strahlung, Feinstaub, chemische Substanzen)	**Änderung des Lebensstils** » Rauchverzicht, » angemessene Ernährung » und maßvoller Alkoholkonsum » für einige Krebsarten (z.B. Brustkrebs) die Möglichkeit der Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen
Demenzen	Bei durchblutungsbedingten Demenzen sind die Risikofaktoren für Schlaganfälle und andere arterielle Verschlusskrankheiten bedeutsam. » Rauchen » Alkoholmissbrauch	Die Präventionsmöglichkeiten bei Alzheimer/Demenz sind begrenzt. Günstiger Einfluss durch: » Ausgewogene Ernährung » Kontrolle von Blutdruck und Fettstoffwechsel » Soziale und kognitive Aktivitäten

		Bei durchblutungsbedingten Demenzen: » Nichtrauchen » Maßvoller Alkoholkonsum
Depressionen	**Das Risiko, an einem depressiven Syndrom zu erkranken, ist vor allem bei** » Partnerverlust, » subjektiv erlebter Einsamkeit, » Mangel an sozialen Kontakten und sozialer Integration erhöht **Auch bestehende oder neu auftretende körperliche Erkrankungen oder Behinderungen erhöhen das Risiko.**	**Die Prävention depressiver Erkrankungen kann demnach durch folgende Maßnahmen unterstützt werden:** » Stärkung von Selbstkonzept und Kontrollüberzeugung (durch Entwicklung von Bewältigungsstrategien und die Durchführung individuell wichtiger Aktivitäten) » Verbesserung der sozialen Integration und Teilhabe

Abb. 1: Risikofaktoren und Präventionspotentiale verschiedener Krankheitsgruppen (modifiziert nach Böhm et al 2009, ergänzt durch Balzer et al 2012)

2. Die **salutogenetische Perspektive** setzt einen komplementären Schwerpunkt. Sie stellt die Fragen nach den Entstehungs- und Erhaltungsbedingungen von Gesundheit. Zu spezifischen Schutzfaktoren für Gesundheit im Alter ist wenig bekannt. Personale Ressourcen wie gesundheitsbezogene Kontrollüberzeugungen, das Selbstwertgefühl und der Kohärenzsinn sowie soziale Faktoren wie die Integration in soziale Netzwerke und die Unterstützung durch nahe stehende Personen wirken wahrscheinlich genau wie in jüngeren Jahren.

Alter(n) und Gesundheitsförderung/Prävention - Zielgruppen: Bei der Betrachtung der Zielgruppen für Gesundheitsförderung und Prävention (im Alter) sollten folgenden Aspekte berücksichtigt werden:

» Lebensstil und sozialer Status (**Soziale Ungleichheit und Gesundheit/Krankheit**),
» Geschlecht bzw. Gender (**Geschlechterperspektive in der Gesundheitsförderung**),
» die Herkunft (Migrationshintergrund),

- aber auch die Altersphase bzw. der Grad der Selbstständigkeit bzw. Einschränkung, und nicht zuletzt
- die Bedürfnisse und Motive der Personen.

Empirische Ergebnisse zeigen, dass auch in der älteren Bevölkerung ein enger Zusammenhang zwischen gesundheitlicher Lage und sozialem Status besteht. Dies gilt im Hinblick auf Risikofaktoren, Einschränkungen und Krankheiten sowie die fernere Lebenserwartung und die subjektive Lebensqualität. Daraus ergibt sich ein besonders großer Präventionsbedarf in Gruppen mit niedrigem sozialen Status. Gleichzeitig zeigen sich hier aber auch die größten Schwierigkeiten, da kaum allgemeingültige, funktionierende Zugangswege bekannt sind.

Im Bezug auf das Geschlecht gilt es zu bedenken, dass sich die Geschlechterrelation im Alter verändert. Bei den 65- bis 75-Jährigen lag der Frauenanteil 2013 bei fast 53 Prozent. Bei den 75- bis 90-Jährigen liegt er bei 60 Prozent, bei den Über-90-Jährigen bereits bei 78 Prozent. Ursächlich ist die höhere Lebenserwartung der Frauen, wobei momentan zusätzlich noch die hohen Männerverluste aus dem Zweiten Weltkrieg eine Rolle spielen. Frauen sind von fast allen chronischen Beeinträchtigungen häufiger betroffen (vor allem von Einschränkungen des Bewegungsapparates und von Mobilitätsverlusten), sie schätzen ihre Gesundheit schlechter ein und sind aufgrund der höheren Lebenserwartung öfter von Pflegebedürftigkeit betroffen. Trotz dieser funktionellen Einschränkungen nehmen sie deutlich häufiger als ältere Männer Präventions- und Gesundheitsangebote in Anspruch. Zur gesundheitlichen Lage älterer Migrantinnen und Migranten liegen keine repräsentativen Daten vor. Betrachtet man die unterschiedlichen Lebenslagen von

Menschen mit Migrationshintergrund, muss die Gültigkeit globaler Aussagen zu „Personen mit Migrationshintergrund“ bezweifelt werden. Untersuchungen zu Personen aus den klassischen Anwerbeländern (Türkei, Ex-Jugoslawien etc.) deuten darauf hin, dass sie aufgrund ihrer Erwerbsbiografie, körperlich anspruchsvoller Tätigkeiten und hoher Stressbelastung von einem hohen Erkrankungsrisiko betroffen sind. Einzelne Studien zeigen ein höheres Vorkommen altersbedingter Krankheiten und funktionaler Einschränkungen sowie einen schlechteren subjektiven Gesundheitszustand.

Die Altersgruppe 60 plus ist eine sehr heterogene Gruppe, die eine große Altersspanne umfasst. Aus dieser Vielfältigkeit ergibt sich auch die Schwierigkeit, allgemeingültige Zugangswege zu benennen. Außer über das Pflegeheim gibt es kaum institutionalisierte Zugangswege. Bei der Planung von gesundheitsförderlichen und präventiven Maßnahmen ist eine genaue Definition der Zielgruppe und möglicher Zugangswege daher unerlässlich.

Good Practice: Eine Auswahl gelungener Ansätze zur Gesundheitsförderung im Alter findet sich in der Dokumentation zum Deutschen Präventionspreis von 2005: „Aktive Gesund-

heitsförderung im Alter“ (Hamburg), „Kölner Seniorennetzwerke“, „Gesund Älter Werden“ (Niedersachsen). Spezielle Projekte für sozial benachteiligte ältere Menschen sind in der bundesweiten Datenbank des Kooperationsverbunds „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ zu finden.

Literatur:

Böhm K/Tesch-Römer C/Ziese T, Gesundheit und Krankheit im Alter, Robert Koch-Institut, Berlin 2009. Download unter http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/ GBEDownloadsB/ alter_gesundheit.pdf?__blob=publicationFile

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ), Gesundheitsstatus und Gesundheitsrisiken von Frauen und Männern, in: Gender-Datenreport, 2005;

Balzer K/ Bremer M/ Schramm S/ Lühmann D/ Raspe H, Sturzprophylaxe bei älteren Menschen in ihrer persönlichen Wohnumgebung. Hg: Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI), Köln 2012: Schriftenreihe Health Technology Assessment, Bd. 116. Download unter http://portal.dimdi.de/de/hta/hta_berichte/hta255_bericht_de.pdf

Özcan V/Seifert W, Lebenslage älterer Migrantinnen und Migranten in Deutschland. Gutachten für den 5. Altenbericht der Bundesregierung im Auftrag des Deutschen Zentrums für Altersfragen, 2005. Download unter https://www.bmfsfj.de/blob/79186/c36d2a71974940b1750dcdd75f9b9d66/oezcan-lebenslage-aelterer-migrantinnen-migranten-data.pdf .

WHO, Aktiv Altern. Rahmenbedingungen und Vorschläge für politisches Handeln, Madrid 2002. Download unter http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMH_NPH_02.8_ger.pdf

Wurm, S/Schöllgen, I/Tesch-Römer, C, Gesundheit, in: Wurm S/ Tesch-Römer C/ Motel-Klingebiel A (Hg.), Altern im Wandel. Befunde des Deutschen Alterssurveys (DEAS).Stuttgart 2010

Internetadressen:

www.gesundheitsziele.de (Nationales Gesundheitsziel „Gesund älter werden“)

www.destatis.de (Statistisches Bundesamt)

www.dza.de (Deutsches Zentrum für Altersfragen/Geschäftsstelle der Altenberichte der Bundesregierung)

www.rki.de (Robert Koch-Institut)

Verweise:

Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Gender Mainstreaming, Resilienz und Schutzfaktoren, Risikofaktoren und Risikofaktorenmodell, Soziale Ungleichheit und Gesundheit/Krankheit, Subjektive Gesundheit: Alltagskonzepte von Gesundheit

Anwaltschaft – Vertretung und Durchsetzung gesundheitlicher Interessen

Frank Lehmann, **Carolin Sobiech**, **Alf Trojan**

(letzte Aktualisierung am 24.03.2015)

Anwaltschaft (engl.: advocacy) ist eine der drei Handlungsstrategien der Gesundheitsförderung laut Ottawa-Charta. Seit der Sundsvall-Folgekonferenz von 1991 wird eine zweifache Differenzierung vorgenommen: Gesundheitsförderinnen und -förderer können eine anwaltschaftliche Rolle sowohl als

- Interessenvertreterinnen und -vertreter von Betroffenengruppen (z.B. als Behinderten- oder Kinderbeauftragte) sowie als
- Anwältinnen und Anwälte für die Gesundheit (z.B. als Expertinnen und Experten im Bereich der gemeinwesenorientierten Gesundheitsarbeit oder als Gesundheitspolitikerinnen und -politiker)

verstehen und einnehmen. Beide Rollen und die damit verbundenen Arbeitsprinzipien sind wichtig (). Sandra Carlisle (2000) hat ein Konzept vorgelegt, in das diese beiden Rollen integriert werden.

1. *Interessenvertretung für Betroffene:* Anwaltschaft wird hier eingesetzt als Arbeitsprinzip. Dabei vertreten fachlich, methodisch und sozial kompetente und von den Betroffenen legitimierte Personen oder Verbände die Interessen von Personen oder Gruppen, denen es allein (noch) an Artikulations- und Durchsetzungsfähigkeiten mangelt. Dabei geht es um die Vermeidung bzw. Verringerung von Benachteiligungen, aber auch um die Entwicklung bzw. Erweiterung von Fähigkeiten, die eigenen Interessen zu vertreten.

Anwaltschaft spielt eine große Rolle, wenn es darum geht, politische Programme zu formulieren oder Zukunftsplanungen durchzuführen. Oft wird es sich um ein Eintreten für „latente Gesundheitsbedürfnisse“ der Bevölkerung handeln. Hier kann jedoch das Problem „selbsternannter Anwältinnen und Anwälte“ auftreten: Gesundheitsförderinnen und -förderer, die vorgeben, die Interessen einer Klientel oder Betroffenengruppe zu vertreten, ohne dafür die entsprechende Legitimation zu haben, bzw. im Interesse „der Gesundheit“ zu handeln, ohne den notwendigen gesundheitswissenschaftlichen Erkenntnisstand zu besitzen.

Mit der marktwirtschaftlichen Umwandlung des Gesundheitssystems erhält das Ziel der „Patienten-Souveränität“ größere Aufmerksamkeit. Dabei wird jedoch nicht verkannt, dass es auch besonderer Institutionen bedarf, die einerseits stellvertretend Patienteninteressen wahrnehmen (z.B. Beratungseinrichtungen, Patientenorganisationen, Verbraucherschutz) und andererseits Patienten und Patientinnen sowie Betroffene befähigen (**Empowerment**).

Am besten etabliert ist Anwaltschaft als Methode in Form der „Anwaltsplanung“. Dieser Ansatz (auch genannt: advokatorische Planung; englisch: advocacy planning) stammt vor allem aus den Vereinigten Staaten. Er wurde Anfang der 1970er-Jahre in Deutschland bekannt als ein Verfahren der Bewohnerbeteiligung in städtebaulichen Planungsprozessen. Anwaltsplanerinnen und -planer erstellen zusammen mit Bürger- bzw. Anwohnergruppen alternative Lösungen im Interesse ihrer „Klientinnen und Klienten“, wobei die Entwürfe der „Gegenanwälte“ mit Planungen der Verwaltung konkurrieren. Bei längerfristigen Prozessen der Stadtentwicklung gibt es von der Anwaltsplanung fließende Übergänge zur **Gesundheitsbezogenen Gemeinwesenarbeit** und Stadtteilarbeit.

2. *Anwaltschaft für die Gesundheit:* In diesem Zusammenhang wird nicht so sehr das anwaltschaftliche Eintreten für bestimmte benachteiligte Personengruppen gefordert, sondern vielmehr für das Ziel „Gesundheit“. Dabei gilt es, im Namen der Gesundheit eine Vielzahl potenziell positiver oder auch negativer Faktoren für Gesundheit zu beeinflussen. Dies entspricht in starkem Maße auch dem in der Ottawa-Charta formulierten Erfordernis einer **„gesundheitsfördernden Gesamtpolitik“**.

Gesundheitsförderndes Handeln im Sinne der Ottawa-Charta zielt darauf ab, durch aktives anwaltschaftliches Eintreten politische, ökonomische, soziale, kulturelle, biologische sowie Umwelt- und Verhaltensfaktoren positiv zu beeinflussen und der Gesundheit zuträglich zu machen (**Medienanwaltschaft**, **Theorien und Modelle** - Verbreitung II). Anwaltschaft wird immer dann nötig, wenn eine Betroffenengruppe oder ein gesellschaftspolitisches Ziel wie Gesundheit als nicht genügend artikulations- und durchsetzungsfähig angesehen wird. Wenn anwaltschaftliches Eintreten ohne intensive Beteiligung derer, für die man etwas erreichen möchte, erfolgt, besteht die Gefahr, dass an den wirklichen Interessen von Betroffenen vorbeigehandelt wird (**Partizipation, Empowerment**). Zu denken ist hier insbesondere an Anstrengungen unterschiedlicher Berufsgruppen, unter dem Etikett der Gesundheitsförderung eigene eng gefasste Professionalisierungsinteressen zu verfolgen.

Im Kontext globaler Entwicklungen wurden im Verlauf der Zeit unterschiedliche Begrifflichkeiten geprägt, die Aspekte anwaltschaftlichen Handelns der (inter-) nationalen Akteure beschreiben. Zwischen den Feldern Public Health, internationale Angelegenheiten, Recht und Wirtschaft ist dabei ein Raum für „Health diplomacy“ entstanden, in dem globale Strategien und Policies für Gesundheit entwickelt, verhandelt und gesteuert werden

(Kickbusch et al. 2013). Bereits seit der vierten internationalen Konferenz für Gesundheitsförderung 1997 in Jarkarta werden sektorübergreifende Kooperationen als wichtige Voraussetzung für erfolgreiche Gesundheitsförderung genannt (Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century). Im Jahr 2013 in Helsinki wird diese „Health in All Policies" (HIaP) Strategie im Abschlussstatement mit klaren Forderungen zur Umsetzung unterstrichen (The Helsinki Statement on Health in All Policies). Ansätze für sektorübergreifende Zusammenarbeit finden sich auf allen (inter-)nationalen Ebenen (z.B. Bund, Länder und Kommunen). Um Gesundheitsförderung zu stärken ist auch die individuelle Kompetenz, sich für die eigene bzw. gesamtgesellschaftliche Gesundheit einzusetzen (**Health Literacy / Gesundheitskompetenz**) ein wichtiger Faktor.

Im deutschen Gesundheitsbereich sind neben Einzelpersonen und -institutionen vor allem Kooperationszusammenschlüsse wie regionale Arbeitsgemeinschaften für Gesundheitsförderung oder „**Gesundheitsförderungskonferenzen**" (z.T. gesetzlich verankert, wie z.B. in NRW und Hamburg) angetreten, neben Kooperation und Koordination auch das Interesse der Gesundheit anwaltschaftlich für eine Kommune oder eine Stadt zu vertreten (**Vermitteln und Vernetzen**). Auch die Landesvereinigungen für Gesundheit sowie **Selbsthilfeorganisationen** wie z.B. der Bundesverband alleinerziehender Mütter und Väter wirken v.a. anwaltschaftlich für allgemeine gesundheitsbezogene Belange.

Seit 2003 ist der von der BZgA initiierte und maßgeblich unterstützte Kooperationsverbund „Gesundheitliche Chancengleichheit" hinzugekommen. Ihm gehören aktuell (Stand März 2015) 62 Partnerorganisationen aus dem Gesundheits- und Wohlfahrtsbereich an. In allen 16 Bundesländern gibt es Netzwerke der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten, die von Koordinierungsstellen begleitet und unterstützt werden. I. d. R. werden diese Angebote hälftig von den Bundesländern und Kassenarten übergreifend von den Krankenkassen auf Landesebene finanziert. Träger sind i. d. R. die Landesvereinigungen für Gesundheit (aktuelle Information s. **www.gesundheitliche-chancengleichheit.de**). Um die Gesundheitsförderung in Lebenswelten zu stärken, wird der Aufbau integrierter kommunaler Konzepte unterstützt (siehe: Werkbuch **Präventionskette**). Der Austausch von Erfahrungswissen wird durch das Internetangebot inforo online ergänzt (www.inforo-online.de).

Anwaltschaftliche Vertretung durch solche Kooperationsgremien bedeutet oftmals, sich in andere Politikbereiche „einzumischen" und Gesundheitsbelange dort aktiv zu vertreten. Die Funktion der anwaltschaftlichen Interessenvertretung für Gesundheit im Sinne einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik kommt in den regionalen und kommunalen Gremien häufig zu kurz gegenüber der Organisation und Koordination von gesundheitsfördernden Angeboten und Anbietern. Auch erweist sie sich in vielen Fällen kaum als realisierbar, da das Gesundheitsressort vielfach politisch zu schwach ist, um Gesundheitsinteressen in

anderen Politiksektoren zur Geltung zu bringen (z.B. in der Stadtplanung und Verkehrspolitik, bei Gewerbeansiedlungen oder im Konflikt mit wirtschaftlichen Prestigeprojekten).

Als erfolgreich hat sich seit Jahren ein kooperatives Vorgehen zur Vertretung von Gesundheitsförderungszielen in Politikbereichen außerhalb des Gesundheitswesens erwiesen. So wurden 2008/09 in allen Bundesländern Regionalkonferenzen zur Verankerung des Gesundheitsförderungsaspekts im Bund-Länder-Programm „Soziale Stadt“ durchgeführt. In vielen Bundesländern konnte eine Zusammenarbeit zwischen Quartiersmanagerinnen und -managern sowie den Landesvereinigungen für Gesundheit initiiert werden. Grundlage war eine Kooperation zwischen dem Bundesgesundheitsministerium und dem Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung im Rahmen des Kooperationsverbundes „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“.

In allgemeiner Form hat sich Laverack (2010) mit der Frage befasst, inwieweit Gruppen des bürgerschaftlichen Engagements und Public-Health-Fachleute Einfluss auf Regierungspolitik nehmen können. Empirische Studien lassen ihn zu dem Schluss kommen, dass guter Zugang zu internen Politikzirkeln und Beiräten durchaus effektiv sein kann. Weiterhin gibt es Belege dafür, dass Einflussnahme umso erfolgreicher ist, je technokratischer die gewünschte Politik ist, je klarer die Ziele und je kürzer die Umsetzungsdauer sind. Im Umkehrschluss: Je komplexer die im Namen der Gesundheitsförderung befürwortete Politik ist, desto geringer sind die Erfolgsaussichten.

Literatur:

Carlisle S, Health promotion, advocacy and health inequalities: a conceptual framework, in: Health Promotion International, 15, 2000, 369-376;

Gesundheit Berlin e.V. (Hg.), Gesundheitsförderung in den Quartieren der Sozialen Stadt - Auf dem Weg zu einer neuen Qualität der Zusammenarbeit in den Ländern, Berlin 2009;

Haglund BJA et al, Creating Supportive Environments for Health, Geneva 1996;

Kickbusch, I., Lister, G., Told, M., Drager, N. (Hg..), Global Health Diplomacy, Concepts, Issues, Actors, Instruments, Fora and Cases, Springer, New York 2013.

Landesvereinigung für Gesundheit & Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V.(Hg.) Werkbuch Präventionskette, Herausforderungen und Chancen beim Aufbau von Präventionsketten in Kommunen, 2013.(http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/werkbuch-praeventionskette/)

Laverack G, Influencing public health policy: to what extent can public action defining the policy concerns of government?, in: Journal of Public Health, 18, 2010, 21-28;

Schienkiewitz A/Dierks ML, Beratungseinrichtungen, Patientenorganisationen und Verbraucherschutz, in: Dierks ML et al, Patienten-Souveränität - Der autonome Patient im Mittelpunkt, Stuttgart 2001

Internetadressen:

www.gesundheitliche-chancengleichheit.de
www.wegweiser.de (Wegweiser Gesundheitsförderung [BZgA])
www.inforo-online.de (Austausch integrierter kommunaler Konzepte)

Verweise:

Empowerment/Befähigung, Gesundheitsbezogene Gemeinwesenarbeit, Gesundheitsförderung 3: Entwicklung nach Ottawa, Gesundheitspolitik, Health Literacy / Gesundheitskompetenz, Medienanwaltschaft: Interessenvertretung über die Medien und Agenda-Setting (Erklärungs- und Veränderungsmodelle III), Partizipation: Mitentscheidung der Bürgerinnen und Bürger, Selbsthilfe, Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeförderung, Theorie des geplanten Verhaltens (Erklärungs- und Veränderungsmodelle I), Vermitteln und Vernetzen

Aus- und Weiterbildung in Gesundheitsförderung und Prävention

Beate Blättner, **Thomas Hartmann**, **Kerstin Baumgarten**

(letzte Aktualisierung am 14.01.2015)

Die Möglichkeiten der Qualifizierung in den Bereichen der Gesundheitsförderung und Prävention in Deutschland haben sich in den letzten fünfzehn Jahren ausgeweitet, vor allem die Ausbildung an Hochschulen. Gesundheitsförderung und Prävention bedienen sich zunehmend wissenschaftlicher Methoden der Bedarfsermittlung, z.B. anhand sozialepidemiologischer Studien und der Gesundheitsberichterstattung sowie der Überprüfung der Wirksamkeit von Interventionen nach strengen methodischen Kriterien (**Evidenzbasierte Gesundheitsförderung**). Aus diesem Grund liegt eine Akademisierung nahe. Das gilt umso mehr, wenn es nicht um individuelle Verhaltensveränderung, sondern um Organisationsentwicklung in Lebenswelten (Settings) geht.

Formal ist jede Form der Qualifizierung unter bildungsrechtlichen und unter berufsrechtlichen Gesichtspunkten zu betrachten. Mit *Ausbildung* ist ein berufsqualifizierender Abschluss gemeint, der berufsrechtlich (z.B. anerkannter Ausbildungsberuf nach Berufsbildungsgesetz) oder bildungsrechtlich (z.B. Bachelor-Grad) anerkannt ist. *Weiterbildungen* bauen auf einen ersten Ausbildungsabschluss auf und führen zu einer zusätzlichen Abschlussbezeichnung, z.B. einem Master-Grad oder einer zumindest landesrechtlichen oder berufsrechtlichen Anerkennung (z.B. Zahnmedizinische Prophylaxeassistentin) durch den Staat oder eine Kammer. Zertifikatskurse, für die diese Kriterien nicht gelten, sind ungeregelte *Fortbildungen*, unabhängig davon, an welcher Institution sie angeboten werden.

Eine Tätigkeit in der Prävention und Gesundheitsförderung gehört nicht zu den geregelten Berufen des Gesundheitswesens; entsprechende Ausbildungsberufe sind in Deutschland nicht etabliert. Bezeichnungen wie Gesundheitsberater, Präventologin oder Gesundheitspädagoge sind allenfalls markenrechtlich, aber nicht berufsrechtlich geschützt.. Somit sind Studienabschlüsse die einzige Möglichkeit einer staatlichen Anerkennung einer Aus- oder Weiterbildung in Gesundheitsförderung oder Prävention.

Die derzeit geltenden Handlungsempfehlungen der gesetzlichen Krankenkassen (2010) unterscheiden individuelle Maßnahmen, Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung und Maßnahmen in Lebenswelten (**Settingsansatz**). Für individuelle Präventions-

maßnahmen gelten folgende Anforderungen an die Qualifikation des Anbieters: Er muss als Grundqualifikation einen staatlich anerkannten Berufs- oder Studienabschluss im jeweiligen Handlungsfeld vorweisen können, als Zusatzqualifikation eine spezifische, in der Fachwelt anerkannte Fortbildung und ggf. ergänzend eine Unterrichtung in dem durchzuführenden Programm. Zusätzlich gefordert werden pädagogische Kompetenzen und - bei Maßnahmen, die sich an sozial Benachteiligte richten - sozialpädagogische Kompetenzen. Für die Durchführung eines Angebots im Präventionsprinzip „Reduzierung von Bewegungsmangel durch gesundheitssportliche Aktivität" bedeutet dies beispielsweise, dass so unterschiedliche Grundqualifikationen wie eine Ausbildung als Physiotherapeutin, ein sportwissenschaftliches oder medizinisches Studium oder eine Anerkennung als lizenzierter Übungsleiter bzw. als Gymnastiklehrerin in Betracht kommen können.

In der Frage nach der notwendigen Qualifikation muss zwischen der *fachlichen Eignung* und dem notwendigen *Kompetenzniveau* unterschieden werden. Fachlich verfügen sowohl ein nicht akademisch ausgebildeter Diätassistent als auch eine Ernährungswissenschaftlerin über eine geeignete Qualifikation für eine Gruppenberatung zu Ernährungsfragen, vorausgesetzt, sie haben sich entsprechende pädagogische Kompetenzen aneignen können. Im Kompetenzniveau unterscheiden sich beide zumindest formal, d.h. nach der Art des Abschlussgrades. Während beide grundsätzlich geeignet sein können, standardisierte Kurskonzepte mit vorgefertigten Materialen und Handreichungen durchzuführen, sind für die Entwicklung und Evaluierung solcher Konzepte zwar ähnliche fachliche Qualifikationen gefordert, allerdings unterschiedliche Kompetenzniveaus.

Die Diskussion über Kompetenzniveaus steht im Zusammenhang mit der Strategie des Europäischen Rates, ein horizontal, vertikal und transnational durchlässiges Aus- und Weiterbildungssystem zu schaffen, das lebenslanges formelles und informelles Lernen als Basis für eine europäische Wissensgesellschaft ermöglicht. Voraussetzung dafür ist die Transparenz und wechselseitige Anrechnung von Qualifikationen. Um dies zu erleichtern, wurde von der Kommission der Europäischen Gemeinschaft ein Europäischer Qualifikationsrahmen (EQR) vorgelegt, der anhand von Deskriptoren Kenntnisse, Fertigkeiten und den Grad der Verantwortungsübernahme in acht verschiedenen Niveaustufen unterscheidet. Niveau 6 entspricht dem Abschluss eines Bachelor-Studiums, Niveau 7 einem Master-Abschluss.

Mit Mit Deskriptoren lässt sich unterscheiden, auf welcher Ebene Entscheidungen getroffen werden und wie wissenschaftlich fundiert die dafür notwendigen Kenntnisse sein müssen. Beispielsweise könnte der Grad der Verantwortungsübernahme auf Niveau 5 die Durchführung eines standardisierten Kurskonzepts in der Prävention sein. Der Entscheidungsspielraum bezieht sich auf die Umsetzung des vorgegebenen Konzepts mit der jeweiligen Kursgruppe. Niveau 6 umfasst dann die Leitung eines Projekts der Gesundheitsförderung; Niveau 7 die Entwicklung neuer Interventionsstrategien und die Weiterentwicklung

der theoretischen und empirischen Basis der Gesundheitsförderung. Mit jeder Stufe erweitern sich der Entscheidungsspielraum, die Komplexität der zu berücksichtigenden Fakten und die Unvollständigkeit der vorliegenden Informationen, nach denen entschieden werden kann. Wissenschaft wird auf Niveau 7 nicht mehr rezipiert, sondern generiert.

Zur Umsetzung des EQR haben derzeit 36 europäische Staaten die Entwicklung nationaler Qualifikationsrahmen (NQR) beschlossen, so auch Deutschland. Im Arbeitskreis DQR wurden formale Qualifikationen den Niveaus des EQR zugeordnet. Berufe der Prävention und Gesundheitsförderung ohne Studienabschlüsse finden sich dort nicht wieder, weil es keine formalen Ausbildungen sind. Gesundheitsberufe wie Medizinischer Fachangestellter oder Gesundheits- und Krankenpflegerin sind durchgängig als Assistenzberufe dem Niveau 4 zugeordnet worden. Niveau 4 beschreibt Kompetenzen, die zur selbständigen Planung und Bearbeitung fachlicher Aufgabenstellungen in einem umfassenden, sich verändernden Lernbereich oder beruflichen Tätigkeitsfeld benötigt werden. Niveau 6, der Bachelor-Abschluss, beschreibt demgegenüber Kompetenzen zur Planung, Bearbeitung und Auswertung von umfassenden fachlichen Aufgaben und Problemstellungen sowie zur eigenverantwortlichen Steuerung von Prozessen. Die Anforderungsstruktur ist durch Komplexität und häufige Veränderungen gekennzeichnet, wie sie beispielsweise für Interventionen in Settings typisch sind. Eine dritte Unterscheidungsebene geht auf Griffiths und Dark zurück. Sie entwickelten auf der Basis von Literaturrecherchen und Experteninterviews für den National Health Service in England und Wales einen Kompetenzrahmen für Gesundheitsförderung. Unterschieden wird dort einerseits zwischen *Spezialisten für Gesundheitsförderung* im engeren Sinn und im weiteren Sinn *für Gesundheitsförderung relevante Berufsgruppen,* anderseits zwischen eher *individuumsbezogenen* oder eher *bevölkerungsbezogenen* Tätigkeiten. So übt jemand, der Kurse in der Gesundheitsförderung durchführt, eine individuumsbezogene, auf Prävention spezialisierte Tätigkeit aus, während ein Gesundheits- und Krankenpfleger genauso individuumsbezogen arbeitet und auch Aufgaben in der Prävention übernimmt, aber nicht auf Prävention spezialisiert ist. Das Verfassen von Gesundheitsberichten und die Ableitung von Präventionszielen sind Beispiele für die bevölkerungsbezogene Tätigkeit von Gesundheitsförderungsspezialisten, während Kommunalpolitik bevölkerungsbezogene Gesundheitsförderung im weiteren Sinn sein kann. Für diese Tätigkeiten sind jeweils andere Qualifikationen sinnvoll.

Ernährungswissenschaftler/-wissenschaftlerinnen und Sportwissenschaftler/-wissenschaftlerinnen sowie andere Berufsgruppen, die im weiteren Sinn für die Gesundheitsförderung von besonderer Bedeutung sind, verfügen über akademische oder nichtakademische Berufsausbildungen, die seit Langem etabliert sind. Ausbildungen in Gesundheitsfachberufen, wie Physiotherapie oder Ernährungstherapie, sind in der Regel international keine Berufsausbildungen, sondern Studienfächer. Perspektivisch erscheint deshalb

auch in Deutschland die Einordnung solcher Ausbildungen in die akademische Laufbahn alternativlos. Sie wird bis 2017 in Modellstudiengängen erprobt.

Bis Mitte der 1990er-Jahre waren bildungsrechtlich anerkannte Ausbildungen in Gesundheitsförderung und Prävention in Deutschland nicht etabliert. Fortbildungen fanden zumeist im Rahmen nicht geregelter öffentlicher oder privatwirtschaftlicher Erwachsenenbildung statt. Eine erste Veränderung erfolgte mit der Entwicklung von Public-Health-Studiengängen. Nach gut zweijähriger Vorarbeit legte die Bundesregierung im Jahr 1989 eine Förderinitiative auf, die das Ziel hatte, an deutschen Hochschulen international konkurrenzfähige Strukturen der Forschung und Lehre für Public Health aufzubauen. Zwischen 1989 und 1995 entstanden aus den fünf geförderten Forschungsverbänden neun postgraduale (nach dem ersten Hochschulabschluss), universitäre, gesundheitswissenschaftliche Studiengänge mit der Abschlussbezeichnung MPH („Master of Public Health“) oder M.S.P („Magister Sanitas Publicae“), die nach vergleichbaren Standards qualifizierten. Etwa zur gleichen Zeit entstanden an Fachhochschulen erste Diplom-Studiengänge in Gesundheitsförderung und -management, die sich oft an die Ausbildung in der Sozialen Arbeit anlehnten.

Nach dem Jahr 2000 begann eine neue Phase durch den sogenannten Bologna-Prozess - der Entwicklung eines europäischen Hochschulraums mit vergleichbaren Abschlussgraden. Das Studium in Gesundheitsförderung oder Public Health fügt sich seitdem in ein dreistufiges Studiensystem ein: Bachelor als erster akademischer Abschluss, darauf aufbauend ein Masterstudium und als Nachweis der wissenschaftlichen Eignung die Promotion. In den ersten beiden Abschlussgraden unterscheiden sich Fachhochschulabschlüsse und Universitätsabschlüsse nicht voneinander, inzwischen ist auch ein eigenes Promotionsrecht für Fachhochschulen in Diskussion. Zugleich wurde eine externe Akkreditierung von Studiengängen (eine formale Überprüfung von Qualitätsstandards) eingeführt, die generelle Kriterien (z.B. Studierbarkeit, Übereinstimmung mit formalen Kriterien und Ressourcen) überprüft. Als Abschlussgrad wird der Bachelor of Science (B.Sc.) oder der Bachelor of Arts (B.A.) vergeben. Beide Grade sind gleichwertig. Sie zeigen nur, ob sich der Studiengang als stärker medizinisch (B.Sc.) oder als stärker sozialwissenschaftlich (B.A.) ausgerichtet sieht. In den Masterstudiengängen kann neben den Abschlussgraden Master of Science (M.Sc.) und Master of Arts (M.A.) auch der Master of Public Health (MPH) vergeben werden, wenn es sich um einen nichtkonsekutiven (d.h. nicht auf ein fachlich eng verwandtes Studium aufbauenden) Master handelt. Auch hier ist die Art des Abschlussgrads kein Qualitätsmerkmal.

Aktuell gibt es 13 akkreditierte Bachelor-Studiengänge und 25Master-Studiengänge, die direkt für Gesundheitsförderung oder Public Health ausbilden. Hinzu kommen weitere Studiengänge, die Gesundheitsförderung z.B. mit einem speziellen Handlungsfeld wie Sport, Ernährung oder psychische Gesundheit verbinden. Aus dem Titel des Studiengangs

ist nicht immer ersichtlich, ob er eher für eine Tätigkeit auf der individuellen Ebene (**Gesundheitsbildung**, **Gesundheitserziehung**, **Health Literacy**) oder der bevölkerungsbezogenen Ebene - und der Arbeit entsprechend dem Settingansatz - oder einer Mischung aus beidem qualifiziert. Manchmal bieten Hochschulen auch wissenschaftliche Weiterbildungen (formal gesehen: Fortbildungen) in Gesundheitsförderung an, die auch Personen ohne Hochschulzugang offenstehen können und mit einem Zertifikat abgeschlossen werden. Auch rein privatwirtschaftlich organisierte Träger oder Träger öffentlich geförderter Erwachsenbildung bieten weiterhin Fortbildungen an, die teilweise mit Abschlusszertifikaten enden, die weder bildungsrechtlich noch berufsrechtlich anerkannt sind.

Zur Verbesserung der Transparenz gegenüber Studieninteressierten, v.a. aber gegenüber potenziellen Arbeitgebern, wurde von einer Expertengruppe deutscher Hochschulen ein nationaler Fachqualifikationsrahmen (FQR) entwickelt, der auf der vertikalen Ebene die Dublin-Deskriptoren und auf der horizontalen Ebene den **Public Health Action Cycle** zur Beschreibung der erforderlichen Kompetenzen benutzt. Abbildung 1 zeigt die Beschreibungen für das Niveau 6, entsprechend eines ersten Hochschulabschlusses.. Solche Vorschläge bleiben für Hochschulen unverbindlich, die genannten Kompetenzen sind aber weitgehend akzeptiert.

Ein anderer Weg wird mit von der „International Union for Health Promotion and Education“ (IUHPE) entwickelten und der von der BZgA in Deutsch veröffentlichten Formulierung von Kernkompetenzen für Gesundheitsförderung (ComHP) beschritten. Hier ist ein Zertifizierungs- und Registrierungssystem für Fachkräfte und Ausbildungsgänge vorgesehen. Angesichts der immensen Summen, die bereits jetzt für die Akkreditierung von Studiengängen aus öffentlichen Mitteln aufgebracht werden müssen und den zu erwartenden Kosten für die Registrierung ist eine solche Entwicklung allerdings auch kritisch zu sehen - zumal in einem Land, in dem noch nicht einmal Gesundheitsfachberufe registriert sind. Prävention und Gesundheitsförderung sollten nicht strengeren Regularien unterworfen werden als die Medizin und Pflege. Immerhin ist ein Studiengang ein staatlicher Abschluss.

Public Health Action Cycle/Dublin-Deskriptoren	**Problembestimmung** Erheben des Bedarfs von Maßnahmen	**Politikformulierung** Entwickeln von Strategien und Maßnahmen	**Umsetzung** Sicherstellen von Rahmenbedingungen, Umsetzen	**Bewertung** Bewertung von Maßnahmen, Projekten, Ansätzen, Studien
Knowledge and understanding Wissen und Verstehen, das zumindest in einigen Aspekten an neueste Erkenntnisse anknüpft	Kennt die unterschiedlichen Determinanten von Gesundheit und Methoden im Zusammenhang, mit denen Bedarfe an und Bedürfnisse nach Maßnahmen	Kennt die Strategien und Handlungsfelder der Gesundheitsförderung der WHO sowie nationale Entwicklungen und kennt deren zugrunde liegen-	Kennt relevante Rahmenbedingungen der Gesundheitsförderung; kennt die Strukturen des Sozial- und Gesundheitswesens und die Bedingun-	Kennt Möglichkeiten und Methoden der Qualitätssicherung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung

	der Gesundheitsförderung ermittelt werden	den wissenschaftlichen Theorien	gen nationaler Sozial- und Gesundheitspolitik	
Applying knowledge and understanding Wissen und Verstehen anwenden; Formulieren und Untermauern von Argumenten und Lösen von Problemen	Kann fundiert begründen, welche Zielgruppen, Settings und Arbeitsfelder der Gesundheitsförderung relevant sind. Kann Datenquellen nutzen und Methoden der empirischen Sozialforschung einsetzen, um Bedarfe und Bedürfnisse zu identifizieren bzw. zu erheben	Kann mit Bezug auf Zielgruppen, Settings und Themenfelder geeignete (evidenzbasierte) Konzepte, Strategien und Maßnahmen der Verhaltens- und Verhältnisänderung entwickeln und deren Einsatz begründen	Kann entscheiden, welche Bedingungen welche Art von Intervention erfordern und kann mit den Mitteln des Projektmanagements Interventionen unter Berücksichtigung partizipativer Ansätze umsetzen und steuern	Kann empirische Evidenz von Maßnahmen recherchieren und beurteilen sowie den Erfolg von selbst durchgeführten Interventionen auch unter Anwendung der Methoden der qualitativen und quantitativen Sozialforschung mit geeigneten Methoden und Instrumenten der Qualitätssicherung bewerten
Making judgements Relevante Daten sammeln und interpretieren, um Einschätzungen zu stützen, die relevante soziale, wissenschaftliche und ethische Belange berücksichtigen	Kann aus vorhandenen und aus selbst erhobenen Daten Schlussfolgerungen in Bezug auf individuelle und bevölkerungsbezogene Gesundheitsressourcen, -risiken und -belastungen ziehen, um einen Bedarf an Maßnahmen nach wissenschaftlichen, sozialen und ethischen Gesichtspunkten zu begründen; kann dabei insbesondere Einflüsse von sozialer Ungleichheit, Alter und Geschlecht berücksichtigen	Kann Strategien, Ansätze, Methoden und Maßnahmen auf der Basis von Daten und Theorien entwickeln und an die alltäglichen und projektbezogenen Rahmenbedingungen anpassen; kann die dabei entstehenden Probleme reflektieren	Kann Entscheidungen für Interventionen bei spezifischen Zielgruppen treffen und reflektieren, welche Auswirkungen die Veränderungen auf andere gesundheitliche und soziale Bereiche haben könnten; kann Prioritäten unter sozialen und ethischen Gesichtspunkten setzen	Kann den Erfolg von Interventionen empirisch gestützt beurteilen und unter Berücksichtigung ethischer, wissenschaftlicher und sozialer Belange bewerten
Communication Ideen, Probleme und Lösungen an	Kann die Ergebnisse Laien, Betroffenen, Expertinnen und	Kann gegenüber Ausgangslagen und Vorgehensweisen	Kann Maßnahmen kooperativ in einem professionellen	Kann die kritische, reflektierte Bewertung von Strate-

Experten/ Expertinnen und Laien vermitteln	Experten, Entscheidern und der Öffentlichkeit gegenüber angemessen kommunizieren bzw. vermitteln	Laien, Betroffenen, Expertinnen und Experten, Entscheidern und der Öffentlichkeit kommunizieren; kann eigene Sichtweisen im Team transparent machen und Sichtweisen anderer wahrnehmen und integrieren	Team durchführen und sie in Abstimmung und partizipativ mit den Zielgruppen umsetzen; kann gegenüber Entscheidungsträgern und -trägerinnen kommunizieren, welche Entscheidungen mit welchen Konsequenzen verbunden sind; kann Fachaustausch und Vernetzung organisieren und durchführen	gien, Ansätzen und Methoden gesundheitsfördernder Projekte unterschiedlicher Adressatengruppen adäquat schriftlich und mündlich kommunizieren
Learning skills Lernstrategien, um ihre Studien selbstständig fortzusetzen	Verfügt über Strategien, um Informationslücken mit den Grundtechniken des wissenschaftlichen Arbeitens systematisch zu schließen	Verfügt über Strategien, um aus den Erfahrungen für weitere Maßnahmen lernen zu können; kann sich dabei neue Ansätze mit Grundtechniken des wissenschaftlichen Arbeitens allein und im Team erschließen	Kann eigene Vorgehensweisen und deren Ergebnisse reflektieren, weiterentwickeln und zum eigenen und wissenschaftlichen Erkenntnisstand in Beziehung setzen	Kann recherchierte und eigene Evaluationsergebnisse nutzen, um Methoden und Handlungsstrategien zu optimieren

Abb. 1: Bachelor Gesundheitsförderung: Studienprofil bevölkerungsbezogen oder Mischform

Literatur:

Blättner B, Kompetenzprofil für Gesundheitsförderung, in: Rásky E (Hg): Gesundheitsprofi(l) für die Pflege, Wien 2008, 123-140;

Blättner B/Heckenhahn M, Professionalisierung in der Gesundheitserziehung, Bern 2009, 254-264;

Europäische Kommission, Der Europäische Qualifikationsrahmen für Lebenslanges Lernen (EQR) 2008. Download unter https://ec.europa.eu/ploteus/sites/eac-eqf/files/brochexp_de.pdf.

GKV Spitzenverband, Leitfaden Prävention, Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung von §§ 20 und 20a SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 27. August 2010, Berlin 2010;

Griffiths J/Dark P, Shaping the future of public health: promotion health in the NHS. Project report. The role of specialized health promotion staff in improving health, London und Cardiff 2005.

BZGA (Hrsg.) Das CompHP-Rahmenkonzept für die Gesundheitsförderung. Kernkompetenzen - Professionelle Standards - Akkreditierung, Deutsche Kurzfassung, Köln 2014, www.bzga.de/infomaterialien/fachpublikationen/konzepte/band-5/

Internetadressen:

www.deutsche-gesellschaft-public-health.de (Homepage des Dachverbands Deutsche Gesellschaft für Public Health)
www.hs-kompass2.de/kompass/xml/akkr/maske.html (Datenbank akkreditierter Studiengänge)
www.iuhpe.org/index.php/en/the-accreditation-system (Homepage der International Union for Health Promotion and Education, Erläuterung des Akkreditierungssystems)
www.dqr.de/ (Homepage des BMBF zum Deutschen Qualifikationsrahmen)

Verweise:

Evidenzbasierte Gesundheitsförderung, Gesundheitliche Aufklärung und Gesundheitserziehung, Gesundheitsbildung, Health Literacy / Gesundheitskompetenz, Public Health Action Cycle / Gesundheitspolitischer Aktionszyklus, Settingansatz / Lebensweltansatz

Biomedizinische Perspektive

Peter Franzkowiak

(letzte Aktualisierung am 13.06.2018)

Die Biowissenschaften bilden das Fundament der medizinischen Ausbildung und des medizinischen Handelns. Sie analysieren die Anlagen, Strukturen und Funktionen des Organismus auf allen Funktionsebenen. Die Analyse ist systematisch, ihr Ziel sind kausale Erklärungen. Vor diesem Hintergrund hat sich eine biomedizinische Perspektive auf Krankheit, Risiko und Gesundheit herausgebildet, die derzeit das beherrschende Erklärungsmuster in Theorie und Therapie der Medizin ist.

Sie beeinflusst darüber hinaus in entscheidender Weise sowohl die Denk- und Entscheidungsprozesse im Gesundheitswesen und in der Gesundheitspolitik der Industriegesellschaften als auch die alltägliche Verständigung und allgemein geteilte Bewertungen und Verhaltenserwartungen zu Gesundheit und Krankheit. Ärztliche Diagnosen sind in modernen Gesellschaften Legitimitätsinstrumente für versicherungs- und arbeitsrechtliche Vereinbarungen. Sozialversicherungsrechtlich wird von der Medizin eine möglichst eindeutige Unterscheidung zwischen Gesundheit und Krankheit erwartet.

Die biomedizinische Perspektive ist pathophysiologisch, in ihrem Kern krankheits- und nicht gesundheitsbezogen (s. Abb. 1). *Krankheiten* werden gesehen als Störungen der Lebensvorgänge in Organen oder im gesamten Organismus. Sie haben spezifische Entstehungszusammenhängen (Ätiologie), typische Symptomen und Manifestationen (Nosologie) sowie objektiv beschreibbaren Verlaufsmustern und funktionalen Folgen (Prognose). Aus der Kenntnis dieser Faktoren lassen sich vorhersehbare Behandlungsergebnisse ableiten (Therapie, Kuration), aber auch Bedingungen für Störungen des Heilungs- und Wiederherstellungsprozesses beschreiben (Chronifizierung, Rezidiv, Behinderung). Aus biomedizinischer Sicht lassen sich für alle Krankheiten typische und - möglichst - kausale anatomische, organische, biochemische, physiologische, neurobiologische oder andere naturwissenschaftlich objektivierbare Auslöser, Ursachen oder Abweichungen von biologischen oder funktionellen Regelgrößen bestimmen

Aus gesundheits- und medizinsoziologischer Sicht kann das Grundverständnis, die wesentlichen Merkmale sowie Konsequenzen des biomedizinischen Modells wie folgt zusammengefasst werden: „Entsprechend dem naturwissenschaftlichen Ansatz der Medizin sind Menschen als biologische Organismen zu verstehen. Vereinfacht dargestellt führen spezifi-

sche und erkennbare Ursachen wie Keime oder Unfälle zu einer Schädigung von Zellen und Gewebe oder zu einer Dysregulation von mechanischen oder biochemischen Prozessen, die wiederum das Risiko für Krankheiten erhöhen. Die Krankheit wird auf innerkörperliches Geschehen reduziert und als Störung der normalen Organfunktion verstanden. Der Mensch trägt eine Krankheit also in sich und wird nach dieser Logik behandelt. Die Krankheit existiert dementsprechend als eindeutige Entität und kann durch die Untersuchung von Symptomen und Signalen aufgezeigt werden. Der individuelle Patient ist mehr oder weniger die passive Seite der Krankheitsmanifestation. Die Krankheitsursprünge gelten als körperlich und damit als naturwissenschaftlich erklärbar. Zum besseren Verständnis wird der menschlichen Körper mit seinen inhärenten komplexen Prozessen in Bestandteile dekonstruiert, die immer kleinteiliger werden: von Organen über Zellen zu Genen und Proteinen. Es wird davon ausgegangen, dass Funktionen und Funktionsstörungen sich dann besser verstehen lassen, wenn die Organsysteme und -strukturen sowie die physiologischen Prozesse möglichst kleinteilig analysiert werden. Die molekulare Medizin mit ihrer expliziten Verknüpfung mit Methoden der Naturwissenschaften setzt den Reduktionismus weiter fort.“ (Richter/Hurrelmann 2016, 8/9 - ohne die Literaturverweise des Originals)

Die für die biomedizinische Perspektive relevanten *Krankheitsursachen* können in vier Komplexe gruppiert werden:

- Infektionen, die durch Mikroorganismen übertragen werden;
- durch endogene Einflüsse entstandene biochemische Dysfunktionen des Körpers, seiner Organe und Kreisläufe (einschließlich Stoffwechselstörungen und Autoimmunerkrankungen);
- Organdefekte und Funktionsstörungen im Organismus, die durch exogene Einflüsse (wie Noxen, Feuer, physikalische Gegenstände u.a.),
- durch Unfälle oder durch (Risiko-)Verhaltensweisen entstanden sind;
- genetische Vorbelastungen und Empfänglichkeiten

Gesundheit steht hier nicht in einer Kontinuität mit Krankheit. Sie wird im Umkehrschluss definiert als Abwesenheit von Krankheit, als Fehlen biologischer Dysfunktionen oder homöostatischer Störungen, als Fehlen negativer Einwirkungen, als subjektive Wahrnehmung eines „Schweigens“ und störungsfreien Funktionierens der Organe. In dieser Perspektive präsentieren sich Krankheit und Gesundheit als dichotome Zustände in einem als „natürlich“ angesehenen organisch-funktionellen Gleichgewicht. Sie sind nicht prozesshaft, biografisch und sozial wandelbar ineinander verschränkt, wie es die salutogenetische Vorstellung eines **Gesundheits-Krankheits-Kontinuums** nahelegt.

- 1. Der Körper ist Naturgegenstand: Er folgt Naturgesetzen und ist daher mit naturwissenschaftlichen Methoden zu erkennen.
- 2. Krankheit ist innerkörperliche Störung im normalen Funktionieren des Organismus.
- 3. Jede Krankheit zeichnet sich durch eine bestimmte genetische, biochemische und/oder mechanische Grundschädigung aus: Es existiert ein primärer, grundlegender organischer oder systemischer Defekt.
- 4. Wirkungsprozesse der pathologischen Prozesse müssen vorrangig im Organismus untersucht und analysiert werden: Analyseebenen reichen vom Makrobereich des Organismus, seiner Organe und Hormonsysteme bis in den Mikrobereich von Zelle, Molekülen und Genen.
- 5. Jede Erkrankung besitzt spezifische Ursachen und eine spezifische Ätiologie, sie zeigt besondere Merkmale/Symptome und nimmt einen aufgrund pathogenetischer Kausalketten in der Regel vorhersagbaren Verlauf: Es gibt typische Zeichen (klinische Manifestationen) und Sequenzen.
- 6. Alle (bekannten) Krankheiten können aufgrund ihrer Symptome, der Ätiologie und des Verlaufs intersubjektiv beschrieben, medizinisch-naturwissenschaftlich klassifiziert und in einem verbindlichen, standardisierten nosologischen System geordnet werden.
- 7. Körperlich-somatische Prozesse, psychische und soziokulturelle Manifestationen des Erlebens und Verhaltens werden getrennt betrachtet.
- 8. Der kranke Mensch ist Instanz eines pathologischen Prozesses: subjektiv-personale ebenso wie soziale Anteile von Krankheitserleben, -verarbeitung und -bewältigung sind der kausalen medizinischen Behandlung nachzuordnen.
- 9. Krankheitserkennung und -behandlung sind Aufgaben des Handlungssystems der Medizin: Symptombeseitigung ohne medizinische Überwachung und Intervention oder mangelnde Befolgung ärztlicher Anweisungen aufseiten der Patientinnen und Patienten verschlimmern die Erkrankung oder führen zur Chronifizierung und zum Auftreten weiterer, neuer Erkrankungen.
- 10. Aufgrund ihres Selbstverständnisses als Naturwissenschaft muss die Medizin objektiv gegenüber der Krankheit, als ärztliche Profession neutral gegenüber den Patientinnen und Patienten sein.

Abb. 1: Leitvorstellungen der biomedizinischen Perspektive (erweitert nach Dubos, hier: in enger Anlehnung an Faltermaier 2017, 138 ff)

Die *Leitvorstellungen* verweisen in großen Teilen auf ihre Herkunft aus dem erweiterten „Kochschen Modell“ der Bakteriologie aus dem letzten Viertel des 19. Jahrhunderts. Entstehungshintergrund des biomedizinischen Krankheitsmodells ist die „Keimtheorie“ bzw. „Zellularpathologie“ jener Epoche. Danach wirken bei der Entstehung von Infektions-

krankheiten zusammen: ein Krankheitserreger mit bestimmter Gefährlichkeit/Virulenz (Agens), ein Überträger des Erregers (Vektor), ein Mensch mit einer geschwächten Immunität gegenüber dem Erreger (Wirt) sowie ansteckungsfördernde Umweltbedingungen (Umwelt). Ein Mensch erkrankt dann an einer Infektionskrankheit wie der Tuberkulose oder Aids, wenn alle Variablen zur gleichen Zeit am gleichen Ort zusammentreffen.

Die naturwissenschaftliche Medizin liefert ein plausibles und historisch erfolgreiches Rahmenmodell v.a. für die *Behandlung der Infektionskrankheiten* und die damit in Zusammenhang gebrachte deutliche Steigerung der globalen bevölkerungsweiten Lebenserwartung. In diesen Anwendungsbereichen und der dortigen Gültigkeit ist das nach dem deutschen Sozialmediziner Robert Koch (1843-1910) benannte Modell der Auslösung von Krankheiten durch Erreger bzw. andere Ursachen auch heute noch geeignet für Diagnose und Therapie. Zugleich treffen und wirken biomedizinische Diagnose und Behandlung bei einer Vielzahl von internistischen und chirurgischen Problemen, wie bei einem Zwölffingerdarmgeschwür, einer durch Plaque bedingten Verengung der Herzkranzgefäße, dem juvenilen Diabetes mellitus, einem Knochenbruch oder einer Verbrennung. Voraussetzung für die Zuschreibung als Krankheit und die Einleitung von kausalen Behandlungen sind in allen Fällen naturwissenschaftlich nachweisbare Strukturveränderungen und/oder Funktionsstörungen im Organismus (vgl. Abb. 2).

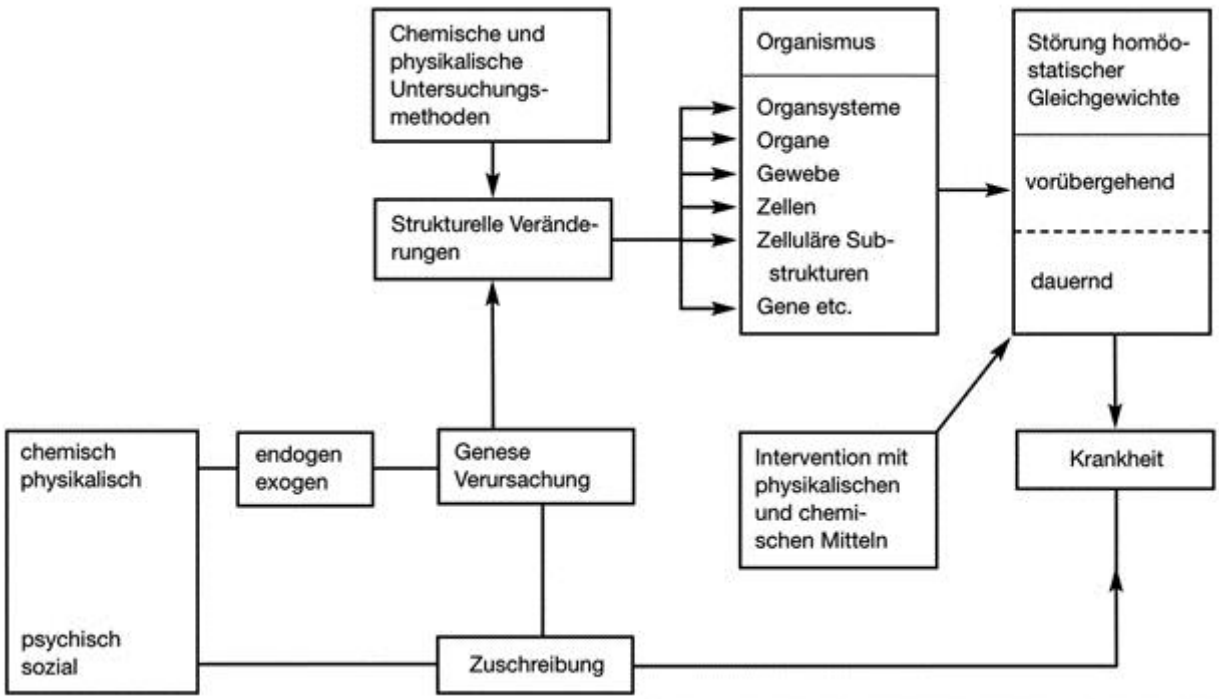


Abb. 2: Inhalt und Reichweite der pathophysiologisch-anatomischen Modellvorstellung von Krankheit (nach Novak, in: Wilker et al, Medizinische Psychologie, Medizinische Soziologie, München 1994, 196)

Auch wenn sich die epidemiologischen Anzeichen für eine „Rückkehr“ der Infektionskrankheiten verdichten (globales Wiederauftreten der Tuberkulose und Malaria, die

HIV/Aids-Pandemie, „neue Seuchen“ u.a.), machen diese weit weniger als ein Zehntel der Erkrankungen und Sterblichkeit in den entwickelten Industriegesellschaften aus. Für die heute vorherrschenden chronisch-degenerativen Krankheiten und ihre von zahlreichen anderen Faktoren abhängige Ursachenerklärung, Therapie und Prävention sowie im Feld der funktionellen bzw. somatoformen psychischen Störungen ist die Perspektive nur bedingt tauglich. Ihre *Reichweite ist eingeschränkt*: Mit der einseitig biowissenschaftlichen, letztlich monokausalen Orientierung lässt sich nur noch ein geringer Teil aller Krankheitsursachen und -prädiktoren erfassen oder beschreiben.

Krankheitsbeschreibungen und Todesursachen, die auf Mikroorganismen, Unfälle, Umwelt- und Verhaltensbedingungen rückführbar sind, setzen hingegen immer auch ein Verständnis kultureller, politischer, wirtschaftlicher und systemisch-organisatorischer Rahmenbedingungen sowie ein Verständnis sozialen Handelns und der Ausprägung von **Lebensstilen** voraus. Zudem sind für zahlreiche körperliche Erkrankungen und Fehlfunktionen (etwa im **psychosomatischen Formenkreis**, für die psychischen Gesundheitsstörungen und für die Wechselwirkungen von parallelen, lebensphasenbegleitenden Erkrankungen im Rahmen der altersbedingten Multimorbidität) biochemische Kausalketten, organische Defekte oder genetische Ursachen bzw. „Marker“ entweder noch unbekannt oder nicht hinreichend nachweisbar. Des Weiteren vervielfachen sich Befunde aus der **Epidemiologie und Sozialepidemiologie** und der Stressforschung, die auf die Bedeutung unspezifisch, besser: multidimensional wirkender Sozialfaktoren hinweisen: als Risikofaktoren für den Immunstatus, als potenzielle Schutzfaktoren gegen Krankheitsentstehung, als persönliche und soziale Ressourcen zur erfolgreichen Bewältigung von auch naturalistisch erklärbaren Gesundheitsstörungen.

Für Handlungsfelder wie Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie kann die ungefilterte Übertragung des biomedizinischen Paradigmas problematische und u.U. fatale Auswirkungen zeitigen - individuell, kulturell und ökonomisch. Das US-amerikanische Gesundheitssystem ist auch für die Mental Health seit mehr als drei Jahrzehnten von einem biologisch fokussierten Ansatz in Wissenschaft, Politik und Praxis dominiert. Die Folgen waren ein massiver Anstieg der Verschreibung psychiatrischer Medikation und eine (professionelle und sich in das Kultur- und Alltagsverständnis einschreibende) Verengung des Verständnisses psychischer Störungen auf im Kern biochemische Fehlfunktionen des Gehirns, deren Korrektur effektiv nur mit krankheitsspezifischen Medikamenten erfolgen könne. Der neurowissenschaftliche Zugriff auf die klinischen Felder hat nach Deacon jedoch keinesfalls zu klinischer Innovation oder einer „Revolutionierung“ der „mental health practice“ geführt - im Gegenteil: eher zu verschlechterten Ergebnissen in diesem Feld, zudem zu einer Spaltung zwischen Ätiologie- und Therapieforscher*innen vs. Praktiker*innen. Deacon bezweifelt daher grundsätzlich die Validität wie die Nützlichkeit des biomedizinischen Paradigmas in psychiatrischen und vergleichbaren klinischen Feldern.

Die Evolutionsbiologin Sarto-Jackson formulierte jüngst eine vergleichbare Generalkritik: „Es gibt eine konzeptionelle Krise in den biomedizinischen Wissenschaften, die in der psychopathologischen Forschung besonders ausgeprägt ist. Der Krise liegt eine Kontroverse zugrunde, die sich auf das aktuelle medizinische Krankheitsmodell bezieht, das weitgehend auf kausal-mechanistische Erklärungen zurückgeht. Grundlage dieses Modells ist die Analyse biologischer Teilfunktionen, die darauf abzielt, einen pathologischen Zustand eindeutig zu definieren und von den benachbarten Einheiten abzugrenzen. Dieses Bestreben hat zu einer Suche nach physiologischen, biochemischen und genetischen Signaturen geführt. Bislang gibt es jedoch wenig Hinweise auf zuverlässige Biomarker für psychische Störungen. Das zeitgenössische biomedizinische Paradigma ignoriert weitgehend historische, dynamische und systemische Aspekte - eine Sichtweise, die viel zur konzeptionellen Trennung des Patienten als Person von seiner Krankheit beigetragen hat. Trotz der beeindruckenden Fortschritte in den biomedizinischen Wissenschaften fragen sich immer mehr Kritiker, ob der konstituierende Rahmen ausreicht, um ein umfassendes Verständnis von Krankheiten, insbesondere von psychischen Erkrankungen, zu vermitteln. Das medizinische Modell benötigt daher dringend ein Update. Aber anstatt sie durch methodische Fortschritte zu überarbeiten, wird es notwendig sein, ihre philosophischen Wurzeln kritisch zu überprüfen.“ (2018, Abstract - eigene Übersetzung)

Die klassische biomedizinische Perspektive ist zwischen 1960 bis 1990 im *präventivmedizinischen Modell der* ***Risikofaktoren*** ergänzt und weiterentwickelt worden. Das Risikofaktorenmodell ermittelt auf epidemiologischer Grundlage „Prädiktoren“ für die wichtigsten chronischen und degenerativen Krankheiten wie koronare Herzerkrankungen, bösartige Neubildungen, Diabetes und Rheuma sowie HIV/Aids. Als die Krankheitswahrscheinlichkeit erhöhende Faktoren wurden in großen Bevölkerungsstudien ermittelt: riskante Verhaltensweisen (z.B. Bewegungsmangel, Fehlernährung und mangelndes Stress-Coping bei der koronaren Herzkrankheit; ungeschützter Geschlechtsverkehr bei der HIV-Infektion); verhaltensmedizinische und organische Risikofaktoren (z.B. Bluthochdruck, erhöhte Blutcholesterinwerte); manifeste Krankheiten (z.B. der Diabetes mellitus) oder Syndrome (z.B. das Metabolische Syndrom). Als Krankheitsvorläufer wirken diese Faktoren entweder allein oder multifaktoriell, in Kombination und mit wechselseitiger Verstärkung. In seinen Grundannahmen zeigt sich das Risikofaktorenmodell als Weiterentwicklung, nicht als Gegensatz zur biomedizinischen Perspektive. Die um das Risikofaktorenmodell erweiterte biomedizinische Perspektive lieferte die wesentlichen Begründungen der frühen **Gesundheitserziehung** und **gesundheitlichen Aufklärung** sowie der ärztlichen **Gesundheitsberatung**.

In einzelnen ärztlichen Anwendungsfeldern sowie in der Theoretischen Medizin und der Medizinethik besteht durchaus eine hohe Sensibilität gegenüber der *historischen Wandelbarkeit* des (bio-)medizinischen Denkens. Die Innere Medizin etwa wertet und würdigt die

modernen Paradigmen der Zellularpathologie und Bakteriologie, der psychosomatischen Medizin und medizinischen Anthropologie sowie der Epidemiologie und Molekularbiologie als komplementäre und nicht als alternative Erklärungs- und Handlungsmodelle - allerdings bei weiterhin zugrunde gelegter Dominanz des naturwissenschaftlichen Ansatzes. In der theoretischen Medizin angloamerikanischer und skandinavischer Herkunft wird seit Mitte der 1990er-Jahre eine Kontroverse zwischen einer „normativistisch-holistischen Schule“ (Nordenfelts „holistic theory of health and disease“ und einer „deskriptivistisch-naturistischen“ Schule (Boorses „biostatistical theory of health and disease“) ausgetragen und produktiv weiterentwickelt.

Neuere Forschungsergebnisse und Theoriebildungen in der Evolutions- und Entwicklungsbiologie stellen mittlerweile das klassische deterministische Präformationsmodell stark in Frage (s.o. exemplarisch die Modellkritik von Sarto-Jackson). Auch die Genomforschung folgt zunehmend einem dynamischen Interaktionsmodell. Richter/Hurrelmann kommentieren: „Es zeigt sich, dass dies Erkenntnisse die naturwissenschaftliche Medizin erfreulicherweise bereits jetzt stark beeinflussen“ (2016, 9).

Die soziale Einbindung von Krankheiten, Gesundheits- und Risikoverhalten in **Lebensweisen** und **Lebenslagen** ist im biomedizinischen Kernverständnis weitgehend ausgeblendet. So führt die Tendenz, Gesundheit und Krankheit auf biologische Faktoren zu reduzieren, zu einer Unterschätzung des Einflusses sozialer Faktoren. Zugleich kann sie nicht erklären, wie gesellschaftliche, dabei sozial systematisch ungleiche Muster der Verteilung von Gesundheit und Krankheit entstehen. Einer Medikalisierung von gesellschaftlichen und sozialen Problemlagen sowie der individuellen Lebensweisen wird Vorschub geleistet. Da die Modellbildungen vorrangig den organisch-pathophysiologischen Teil der Ursachen von chronisch-degenerativen Erkrankungen berücksichtigen, sind auch **Prävention** und Gesundheitsberatung auf dieser Grundlage nur bedingt erfolgreich. Verhaltensumstellungen erweisen sich am ehesten in der sekundären bzw. tertiären Prävention als erfolgreich, d.h., nachdem organische Vorschädigungen bereits eingetreten sind oder wenn es um die Verhinderung der Verschlimmerung einer manifesten Krankheit geht (**Patientenberatung und Patientenschulung**).

Im primärpräventiven Bereich sind solche Interventionen - ohne Berücksichtigung der Lebensgeschichten, Lebensumstände und strukturellen Rahmenbedingungen von Menschen - kaum Erfolg versprechend und auch langfristig kaum wirksam. Medizinhistorische Studien (McKeown) zeigen am Beispiel der Masseninfektionskrankheit Tuberkulose, dass Ende des 19. Jahrhunderts eine Verbesserung von Lebensumständen, v.a. der sanitären und der Wohnbedingungen, und die Bekämpfung der Unterernährung durch veränderte Lebens- und Ernährungsweisen in der Bekämpfung früher und anhaltender wirksam waren als die erst im 20. Jahrhundert entwickelten medizinischen Impfungen und medikamentösen Behandlungen. Aus moderner Public Health-Sicht muss sich die biomedizinische

Perspektive letztlich der Determinanten-Perspektive unterordnen. Der finnische Epidemiologe Puska, in den 1970er bis 1990er Jahren europäischer Pionier der gemeindebezogenen Krankheitsprävention auf Basis des Risikofaktorenmodells, betonte 2008 die Notwendigkeit eines komplett neuen Gesundheitsparadigmas: „basically the question of disease prevention and health promotion in the population is about our social and physical environments-how harmful or conducive they are for health".

Der australische Gesundheitssoziologe Germov (2013) hat eine umfassende Gegenüberstellung von Annahmen, Schwerpunkten und Grenzen der biomedizinischen vs. sozialen Perspektiven auf Krankheit und Gesundheit erstellt (Abb. 3). Richter/Hurrelmann (2016,12/13) haben diese Tabelle - leicht gekürzt - ins Deutsche übertragen und betonen, das soziale Modell von Gesundheit sei „nicht als Alternative zum biomedizinischen Modell gedacht, sondern als selbstbewusste, eigenständige Ergänzung. Es unterstreicht, dass wir unser Leben gleichzeitig als biologische Organismen und als soziale Wesen leben" (2016, 13).

TABLE 1.2 A COMPARISON OF BIOMEDICAL AND SOCIAL MODELS OF HEALTH: KEY CHARACTERISTICS

	BIOMEDICAL MODEL	SOCIAL MODEL
Focus	• Individual focus: acute treatment of ill individuals • Clinical services, health education, immunisation	• Societal focus: living and working conditions that affect health • Public health infrastructure and legislation, social services, community action, equity/access issues
Assumptions	• Health and illness are objective biological states • Individual responsibility for health	• Health and illness are social constructions • Social responsibility for health
Key indicators of illness	• Individual pathology • Hereditary factors, sex, age • Risk-taking factors	• Social inequality • Social groups: class, gender, 'race', ethnicity, age, occupation, unemployment • Risk-imposing factors
Causes of illness	• Gene defects and micro-organisms (viruses, bacteria) • Trauma (accidents) • Behaviour/lifestyle	• Political/economic factors: distribution of wealth/income/power, poverty, level of social services • Employment factors: employment and educational opportunities, stressful and dangerous work • Cultural and structural factors
Intervention	• Cure individuals via surgery and pharmaceuticals • Behaviour modification (non-smoking, exercise, diet) • Health education and immunisation	• Public policy • State intervention to alleviate health and social inequalities • Community participation, advocacy, and political lobbying
Goals	• Cure disease, limit disability, and reduce risk factors to prevent disease in individuals	• Prevent illness and reduce health inequalities to aim for an equality of health outcomes
Benefits	• Addresses disease and disability of individuals	• Addresses the social determinants of health and illness
Criticisms	• Disease focus leads to lack of preventive efforts • Reductionist: ignores the complexity of health and illness • Fails to take into account social origins of health and illness • Medical opinions can reinforce victim-blaming	• Utopian goal of equality leads to unfeasible prescriptions for social change • Overemphasis on the harmful side effects of biomedicine • Proposed solutions can be complex and difficult to implement in the short-term • Sociological opinions can underestimate individual responsibility and psychological factors

Abb. 3 Kernmerkmale biomedizinischer und sozialer Modelle von Gesundheit und Krankheit im Vergleich (aus: Germov 2013, 17 - in deutscher Übersetzung und leicht gekürzt in: Hurrelmann/Richter 2016, 12/13)

Die bakteriologischen und epidemiologischen, auf Risikofaktoren bezogenen Grundlagen der biomedizinischen Perspektive werden von den rasanten Fortschritten in der Zellbiologie, Genomforschung und Genetik, molekularen Medizin und der Nanotechnologie bedrängt. Eine sich rapide entwickelnde „individualisierte“ bzw. „personalisierte“ Medizin und Prävention stellt für die nahe Zukunft fünf Wissens- und Handlungsoptionen in Aussicht:

Gruppenbildung aufgrund von krankheitsassoziierten Biomarkern;

- genombasierte Informationen über gesundheitsbezogene Merkmale (mittels sogenannter „DNA-Arrays“);
- Ermittlung individueller Erkrankungsrisiken;
- differenzielle Früherkennung und (frühe) Intervention auf molekularer bzw. biochemischer Ebene;
- Entwicklung therapeutischer Unikate („maßgeschneiderte“ Pharmakotherapien).

Gesundheit, Krankheit und Krankheitsrisiken werden zukünftig wesentlich an das Wissen um genetische und personenbezogen-zellbiologisch angenommene Dispositionen gebunden sein - sowohl auf individueller als auch auf gesellschaftlicher Ebene. Damit tritt „Genetisierung“ als neuer Teilaspekt der Medikalisierung aller Lebensverhältnisse in den Vordergrund (**Prädiktive Medizin**).

Die *molekulare Medizin* ist nach Ansicht von Kritikerinnen und Kritikern das Einfallstor für „Anthropotechniken“ in Medizin und Gesellschaft: Auf breiter Basis entfaltet sich „human bioengineering“ zur Nutzung medizinischen und biowissenschaftlichen Wissens für menschliche Leistungssteigerungen und zur Überschreitung natürlicher Grenzen. Hiervon werden nicht nur die Menschenbilder und professionellen Perspektiven auf Gesundheit und Krankheit beeinflusst, sondern auch die Ressourcenverteilung in der Gesundheitsforschung, der Leistungs- und Aufnahmekatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung und öffentlichen Gesundheitsversorgung, die informationelle Selbstbestimmung und der Datenschutz, nicht zuletzt die Definition und Ausgestaltung von primärer bzw. prädiktiver **Prävention** in einer noch nicht vollständig absehbaren Weise verändert.

Gleiches dürfte für das noch neuere Expansions- und Konfliktfeld „Big Data und Gesundheit“ gelten. Als Chancen sieht der Deutsche Ethikrat 2018 bessere Stratifizierungsmög-

lichkeiten bei Diagnostik, Therapie und Prävention und damit verbundene Effizienz- und Effektivitätssteigerungen sowie die Unterstützung gesundheitsförderlichen Verhaltens. Als Risiken werden benannt: Entsolidarisierung, Verantwortungsdiffusion, Monopolisierung, Datenmissbrauch und informationelle Selbstgefährdung.

In der Gesundheitsförderung, in der primären **Prävention** und in den Gesundheitswissenschaften werden pathogenetische Konzepte und die biomedizinische Perspektive nicht völlig verworfen. Sie werden in ein **gesundheitswissenschaftliches**, d.h. bio-psycho-soziales, interdisziplinäres und intersektorales Denken und Handeln integriert. Je ganzheitlicher eine Intervention geplant und umgesetzt wird, desto höher ist der Gesundheitsgewinn. Im Gegensatz zur traditionellen Gesundheitserziehung zielen erfolgreiche gesundheitsfördernde Interventionen aber nicht mehr nur darauf, bei Einzelnen oder Gruppen von Menschen die epidemiologisch identifizierte **Risikoverhaltensweisen und Risikofaktoren** „abzustellen". Ziel ist vielmehr, durch Kompetenzförderung, Stärkung der **Selbsthilfefähigkeiten**, **Netzwerkförderung** und **Capacity Building/Kapazitätsentwicklung** die Bedingungen für gesundheitsfördernde Lebensweisen und Lebenslagen zu schaffen und zu erhalten.

Literatur:

Badura B/Knesebeck Ovd, Soziologische Grundlagen der Gesundheitswissenschaften, in: Hurrelmann K/Razum O, Handbuch Gesundheitswissenschaften, 6. Aufl., Weinheim 2016, 187-220;

Borgetto B/Kälble K, Medizinsoziologie, Weinheim, München 2007;
Deacon BJ, The biomedical model of mental disorder: a critical analysis of its validity, utility, and effects on psychotherapy research, in: Clinical Psychology Review, 2013 (33), 7, 846-861;

Deutscher Ethikrat (Hg.), Big Data und Gesundheit - Datensouveränität als informationelle Freiheitsgestaltung, Berlin 2018;

Faltermaier T, Gesundheitspsychologie, Stuttgart 2017, 2., überarb. u. erw. Aufl.
Franke A, Modelle von Gesundheit und Krankheit, Bern 2012, 2. Aufl.;

Germov J, Imagining health problems as social issues, in: ders. (ed.), Second Opinion - An introduction to health sociology, 5th edition, Oxford University Press Australia 2013, 5-22;

Hüsing B et al, Individualisierte Medizin und Gesundheitssystem, Berlin (TAB Deutscher Bundestag) 2008;

McKeown T, Die Bedeutung der Medizin, Frankfurt/M 1982;

Nordenfelt L, The concepts of health and illness revisited, in: Medical Health Care and Philosophy 2007 (10), 1, 5-10;

Novak P, Erklärungsmodelle von Krankheit und Kranksein, in: Wilker FW et al (Hg.), Medizinische Psychologie, Medizinische Soziologie, München 1994, 195-200;

Puska P, What are the drivers of the new paradigm? In: European Journal of Public Health 2008 (18), 3, 219;

Richter M/Hurrelmann K, Die soziologische Perspektive auf Gesundheit und Krankheit, in: dies. (Hg.), Soziologie von Gesundheit und Krankheit, Berlin 2016, 1-19;

Sarto-Jackson I, Time for a Change: Topical Amendments to the Medical Model of Disease, in: Biological Theory, 1, 2018 (13), 29-38;

Schramme T, A qualified defence of a naturalist theory of health, in: Medical Health Care and Philosophy 2007 (10), 1, 11-17.

Internetadressen:

www.awmf.de (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V.)

Verweise:

Capacity Building / Kapazitätsentwicklung, Epidemiologie und Sozialepidemiologie, Gesundheitliche Aufklärung und Gesundheitserziehung, Gesundheits-/Krankheits-Kontinuum, Gesundheitsberatung, Gesundheitswissenschaften / Public Health, Lebenslagen und Lebensphasen, Lebensweisen / Lebensstile, Patientenberatung / Patientenedukation, Prädiktive Medizin und individualisierte Medizin, Prävention und Krankheitsprävention, Psychosomatische Perspektive, Risikofaktoren und Risikofaktorenmodell, Selbsthilfe, Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeförderung, Soziale Netzwerke und Netzwerkförderung

Capacity Building/ Kapazitätsentwicklung

Stefan Nickel, **Alf Trojan**

(letzte Aktualisierung am 04.01.2015)

„Kapazitätsentwicklung" bedeutet den Aufbau von Wissen, Fähigkeiten, Engagement, Strukturen, Systemen und Führungsqualitäten, um effektive Gesundheitsförderung zu ermöglichen. Kapazitätsentwicklung umfasst Aktionen zur Verbesserung der Gesundheit auf drei Ebenen:

- Weiterentwicklung von Wissen und Fähigkeiten bei den gesundheitsfördernden Tätigkeiten,
- Ausdehnung der Unterstützung und Infrastrukturen der Gesundheitsförderung in den Organisationen,
- Entwicklung des Zusammenhalts und der partnerschaftlichen Kooperation zur Gesundheit in den Gemeinschaften (Smith et al 2006).

Capacity Building wird oft in Deutschland - einengend, aber doch noch zu umständlich - als „Struktur- und Kompetenzentwicklung" übersetzt. Es ist bisher kaum als Konzept genutzt worden. Viel bekannter ist das inhaltlich ähnliche Konzept von Empowerment (**Empowerment**).

In der Ergänzung des WHO-Glossars wird Capacity Building nicht von dem Konzept Empowerment abgegrenzt. Die Formulierungen legen nahe, dass Aktivitäten und Prozesse des Capacity Buildings wie auch des Empowerments letztendlich zu denselben Ergebnissen führen: nämlich zu Gemeinden, die auf die Bedürfnisse ihrer Bewohnerschaft eingehen sowie die erforderliche soziale und politische Unterstützung besitzen, um Programme erfolgreich umzusetzen. Als Unterschied kann allenfalls unterstellt werden, dass Empowerment mehr die politische *Befähigung* sozial Benachteiligter anspricht, während der Akzent bei Capacity Building mehr auf den pragmatischen Lernprozess und die *Strukturentwicklung* eines Gemeinwesens fokussiert.

Seit einigen Jahren wird Capacity Building als Erklärungsmodell und Zielgröße für Gesundheitsförderung aufgeführt.

Bereits aus dieser kurzen Erläuterung wird die Komplexität des Konzepts deutlich, aber auch seine grundsätzliche Eignung als Erfolgsindikator für setting- bzw. lebensweltbezogene Gesundheitsförderungsansätze. Dadurch, dass es sowohl die individuellen als auch die organisatorischen/gemeinschaftlichen Elemente des Empowermentkonzepts mit dem Communitykonzept verbindet, stellt es eine Ergänzung der Modelle rein individuellen Gesundheitsverhaltens dar. Die Wurzeln des Ansatzes reichen bis in die amerikanische Gemeindepsychologie der 1970er-Jahre zurück und wurden sehr stark im Zusammenhang mit internationalen Entwicklungsprojekten konzipiert. Eine Übertragung in das Feld von Public Health und/oder gemeindenaher Gesundheitsförderung erfolgte erst in den letzten beiden Jahrzehnten (**Gesundheitsbezogene Gemeinwesenarbeit**).

In der Gesundheitsförderungsstrategie der WHO taucht der Ausdruck Capacity Building zum ersten Mal in der Jakarta-Erklärung „Neue Akteure für eine neue Ära - Gesundheitsförderung für das 21. Jahrhundert“ auf. Als vierte Priorität werden dort die Förderung von Kompetenzen der Gemeinden und die Befähigung der Einzelnen genannt. Der Akzent liegt im weiteren erläuternden Text vor allem auf dem Aufbau von Partnerschaften für Kooperation und der Mobilisierung von Wissen, Fähigkeiten und Ressourcen. In dem kurze Zeit darauf erschienenen „Health Promotion Glossary“ hat Capacity Building noch keinen eigenständigen Eintrag, wird aber im Kontext der „intermediären“ Gesundheitsergebnisse erwähnt.

Eine jüngere internationale Bilanz basiert auf vier Herzinfarktprogrammen im Rahmen der Canadian Heart Health Initiative (CHHI), in der Capacity Building als Indikator nachhaltiger Strukturbildung und Kompetenzentwicklung in den letzten Jahren immer größere Bedeutung bekommen hat. Einerseits werden die Probleme des Konzepts in diesem Kontext systematisch zusammengefasst und die erheblichen Unterschiede der Operationalisierung (Messbarmachung) in den verschiedenen Programmen aufgezeigt. Andererseits werden auch Strategien für den Umgang mit Messproblemen berichtet, insbesondere erfolgreiche Versuche, die Gültigkeit und Zuverlässigkeit quantitativer Daten zu überprüfen und die „Glaubwürdigkeit“ qualitativer Erhebungen systematisch zu berücksichtigen.

In der heutigen Theorie und Forschung lassen sich mindestens fünf grundlegende Elemente von Capacity Building identifizieren, die sich als Gemeinsamkeit verschiedenster Definitionsversuche herauskristallisiert haben.

- Unterstützung von Prozessen der partizipativen Einbindung von Gemeindemitgliedern in gemeinschaftliche Aktionen
- Kompetenz/Befähigung von zumeist professionellen Akteuren, verschiedene Formen von Selbstorganisation zu unterstützen („Leadership“)
- Vorhandene Ressourcen in einer Gemeinde (z.B. Fähigkeiten und Fertigkeiten der Gemeindemitglieder, gut verankerte Organisationen, Zugang zu finanziellen Mitteln)
- Beziehungsnetzwerke zwischen Organisationen oder Personengruppen (sowohl formell-instrumentell als auch informell und emotional)
- Aufbau von Gesundheitsstrukturen und -leistungen (einschließlich Überwindung von Zugangsbarrieren, Angebote für schwer erreichbare Zielgruppen)

Abb. 1: Kernelemente von Capacity Building

Hinsichtlich seiner praktischen Einbindung und Umsetzung in der Gesundheitsförderung hat sich das Konzept vor allem im Rahmen der kontinuierlichen Qualitätsentwicklung und **Evaluation** langfristiger Interventionen bewährt. Es erfüllt nach Stockmann (2000) vier wesentliche Aufgaben der Evaluation: Erkenntnis-, Kontroll-, Dialog- und Legitimationsfunktion. Dabei können verschiedene Messmethoden ins Auge gefasst werden, insbesondere Experteninterviews, Fokusgruppen, Surveys, Dokumenten- und Sekundäranalysen. Wer die Einschätzungen der Ausgangssituation und der späteren Veränderungen vornimmt, ist nicht genau festgelegt. In jedem Fall sollte es die Gemeinde - seien es Vertreter formaler Organisationen oder auch nur lose organisierte Personengruppen - möglichst weitgehend selbst tun.

Für die Visualisierung der Ergebnisse eignet sich die Darstellung in Form von Spinnennetzdiagrammen (vgl. Abb. 2). Beispiele guter Praxis liegen sowohl für sozial benachteiligte Quartiere im großstädtischen Raum (siehe etwa die Gesundheitsförderungsprogramme „Lenzgesund“ in der Lenzsiedlung/Hamburg oder „Bewegtes Leben im Quartier“ in Marzahn-Nord/Berlin) als auch für gemeindenahe Gesundheitsförderungsaktivitäten in eher ländlichen Gebieten („Gesunde Gemeinde Karlshuld“/Bayern; „Lebenswerte Lebenswelten für ältere Menschen“ in der Steiermark/Österreich) vor.

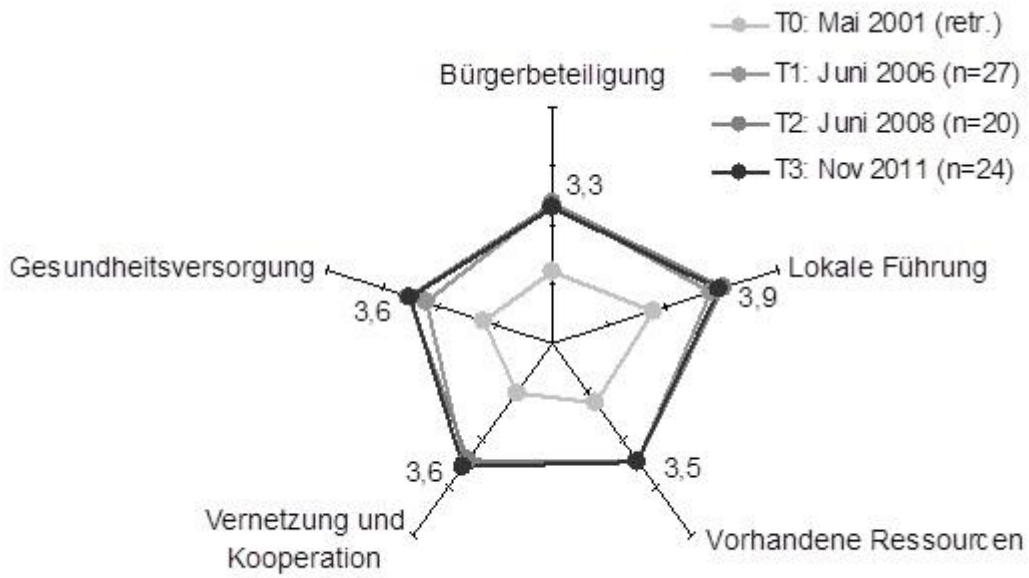


Abb. 2: Beispiel für die Darstellung von Kapazitätsentwicklung im Quartier: Die Hamburger Lenzsiedlung im Zeitverlauf (Trojan und Nickel 2009)

Die Grenzen der evaluativen Anwendung des Konzepts sind eng mit den Zugangsweisen verknüpft, die sich auf unterschiedliche Systembereiche beziehen. Dazu gehört an erster Stelle die sehr verbreitete expertendominierte Einschätzung von Community Capacities, wobei die Experten, Expertinnen und Schlüsselakteure oft ganz stark in den Handlungsprozess involviert sind und daher letztlich ihre eigene Arbeit bewerten. Dieser Sachverhalt spricht für die generelle Notwendigkeit, verschiedene Instrumente und Methoden bei der Evaluation von Prävention und Gesundheitsförderung einzusetzen. Ein zweites Hauptproblem besteht darin, dass der Gesundheitsbezug lediglich in einer Dimension - und auch dort nur in sehr allgemeiner Weise - konzipiert ist. Ein darauf aufbauendes Evaluationsinstrument ist somit nicht geeignet zur Messung der Wirkung von Gesundheitsförderungsprogrammen, die auf einzelne Risikobereiche (Ernährung, Bewegung usw.) oder auf die Verhaltensprävention bei einzelnen Zielgruppen ausgerichtet sind. Auch der Sozialraum darf nicht zu klein sein, da einige Dimensionen sich deutlich auf ein komplexes soziales Gebilde mit verschiedenen Funktionen für die Bewohnerschaft beziehen (Gesundheit, Soziales, Stadtentwicklung, medizinische Versorgung, Jugendarbeit usw.). Die untere Grenze der Anwendbarkeit dürfte bei ca. 3000 Einwohnerinnen und Einwohnern liegen.

Trotz der geschilderten Einschränkungen und Probleme ist Capacity Building (verstanden als nachhaltige Strukturbildung und Kompetenzentwicklung) im Prinzip als allgemeiner, „intermediärer“ Erfolgsindikator komplexer Gesundheitsförderungsansätze gut geeignet. Bei Konsens über die relevanten Dimensionen des Konzepts lassen sich auch in ihrer Akzentsetzung völlig unterschiedliche settingbezogene Projekte oder Programme miteinander vergleichen. Die methodischen Probleme sind allerdings nicht unerheblich. Der Stel-

lenwert des hier vorgestellten Konzepts für Zwecke von einerseits Evaluationsforschung und andererseits kontinuierlicher Qualitätsentwicklung (**Evaluation**) kann erst auf der Basis weiterer Erprobung und wissenschaftlicher Analyse beurteilt werden.

Literatur:

Alexander JA/Christianson JB/hearld LR et al, Challenges of Capacity Building in Multisector Community Alliances, Health Education and Behaviour 37, 2010, 645-664;

Laverack G, Gesundheitsförderung und Empowerment. Grundlagen und Methoden mit vielen Beispielen aus der praktischen Arbeit, Werbach-Gamburg 2010;

Laverack G, Health Promotion Practice - Building Empowered Communities, Berkshire 2007;

Liberato SM/Brimblecombe J/Richie J et al, Measuring capacity building in communities: a review of the literature, BMC Public Health 2011, 11:850; DOI:10.1186/1471-2458-11-850

Nickel S, Trojan A, Kapazitätsentwicklung im Quartier am Beispiel der Lenzsiedlung, in: Trojan A, Süß W, Lorentz C, Nickel S, Wolf K (Hg.), Quartiersbezogene Gesundheitsförderung. Umsetzung und Evaluation eines integrierten lebensweltbezogenen Handlungsansatzes, Weinheim 2013, 240-246;

Penz H, Gemeindebezogene Gesundheitsförderung - eine Fallstudie zu etablierten Konzepten in der landesweiten Umsetzung, Wiesbaden 2008;

Smith BJ/Tang KC/Nutbeam D, WHO Health Promotion Glossary: new terms, Health Promotion International, 21 (4), 2006, 340-345;

Stockmann R, Evaluation in Deutschland, in: Stockmann R (Hg.), Evaluationsforschung - Grundlagen und ausgewählte Forschungsfelder, Opladen 2000, 11-40;

Verweise:

Empowerment/Befähigung, Evaluation, Gesundheitsbezogene Gemeinwesenarbeit

Determinanten von Gesundheit

Matthias Richter, Klaus Hurrelmann

(letzte Aktualisierung am 15.06.2018)

Ein Grundgedanke in der Gesundheitsförderung ist die Einflussnahme auf Determinanten der Gesundheit. Ein Gewinn von Gesundheitspotenzialen kann einmal durch ein Zurückdrängen von Krankheitsrisiken über die Strategie der „Krankheitsprävention" erfolgen, zum anderen durch die Ausweitung der Grenzen des Möglichkeitsraums von Gesundheit. Hierbei werden vor allem die sozialen, wirtschaftlichen und organisatorischen Bedingungen für die Herstellung von Gesundheit verbessert. Dies ist der Kern der umfassenden Strategie der Gesundheitsförderung.

Ein Gesundheitsgewinn für den allgemeinen Gesundheitszustand der Bevölkerung entsteht, indem die sozialen und materiellen, die gesamte Bevölkerung betreffenden Ausgangsvoraussetzungen für Gesundheit durch das Angebot angemessener Ernährung, Hygiene, Bildung, Arbeit und Wohnen und gesundheitlicher Versorgung verbessert werden. Durch die Beeinflussung dieser Determinanten wird die Gesamtheit von Gesundheitspotenzialen in einer Gesellschaft ausgeweitet. So kann erreicht werden, dass Gesundheitspotenziale gestärkt und Krankheitsrisiken geschwächt werden.

Die Determinanten der Gesundheit mitsamt ihrem positiven oder negativen Einfluss auf die Gesundheit können in fünf übergeordnete Bereiche systematisiert werden (s. Abb. 1). Die einzelnen Gruppen von Determinanten stehen in einer wechselseitigen Beziehung. Die übereinander liegenden Schichten sollen verdeutlichen, dass sie sowohl einen direkten als auch einen indirekten - über die nächste Schicht vermittelten - Einfluss auf die Gesundheit besitzen. Gesundheit wird so als Ergebnis eines Netzes verschiedener Einflüsse gesehen. Dieses Netz konstituiert im weiteren Sinne die „Determinanten der Gesundheit".

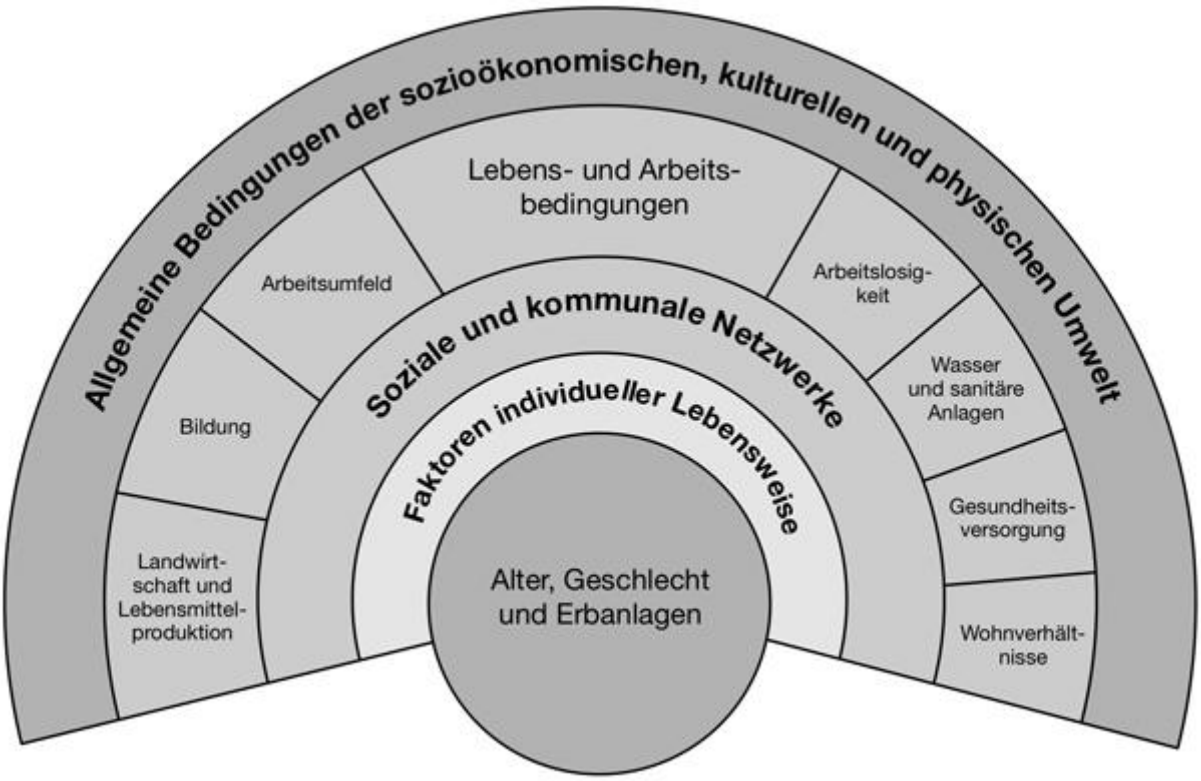


Abb. 1: Determinanten der Gesundheit. Quelle: Dahlgren & Whitehead (1993).

Genetische Dispositionen, Geschlecht und Alter stellen den Kern des Modells dar, sind jedoch unbeeinflussbare, feste Determinanten der Gesundheit. Die anderen Faktoren in den umgebenden Schichten können hingegen - mit Strategien der Prävention und Gesundheitsförderung - potenziell modifiziert werden, um so einen positiven Einfluss auf die Gesundheit auszuüben:

- Der Lebensstil und das Gesundheitsverhalten beziehen sich primär auf gesundheitsförderliche wie -schädigende Verhaltensweisen (z.B. Ernährung, Tabak- und Alkoholkonsum oder Gewalt).
- Eine gute soziale Integration in unterschiedliche soziale Netzwerke (Freundeskreis, Familie, Community) unterstützt die Erhaltung und Wiederherstellung von Gesundheit und senkt das Risiko externer gesundheitsschädigender Einflüsse. Diese Determinanten haben nicht nur einen direkten Effekt, sondern wirken auch indirekt über das Gesundheitsverhalten auf die Gesundheit.
- Beeinflusst werden diese sozialen und gemeinwesenbezogenen Netzwerke durch die individuellen Lebens- und Arbeitsbedingungen, wie etwa die Belastung am Arbeitsplatz, Bildung ebenso wie die Wohnsituation und das Gesundheitssystem. Auch diese Einflussgrößen können einen eigenständigen sowie vermittelten Effekt auf die Gesundheit haben.

» Die allgemeinen sozioökonomischen, kulturellen und umweltbezogenen Bedingungen - wie sie sich beispielsweise in sozialen Ungleichheiten ausdrücken - stellen als Makrofaktoren die komplexesten Determinanten der Gesundheit dar und sind in diesem Sinne die „Ursachen der Ursachen" von eingeschränkter Gesundheit und Krankheit.

Die medizinische Versorgung stellt eine allgemein viel diskutierte Determinante der Gesundheit dar. Wie Abbildung 1 verdeutlicht, ist der Einfluss des Gesundheitssystems auf den Gesundheits- und Krankheitszustand der gesamten Bevölkerung aber nur ein Bedingungsfaktor unter vielen. Bereits Studien in den 1970er-Jahren haben aufzeigen können, dass Fortschritte in der Gesundheitsversorgung in den vergangenen 150 Jahren nur wenig zur Verbesserung der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung beigetragen haben. Studien zur Abschätzung des Gewichts der unterschiedlichen Gruppen von Determinanten bestätigen diese Aussage: Die *Strukturen des medizinischen, rehabilitativen und pflegerischen Versorgungssystems* („Gesundheitssystem") haben einen verhältnismäßig geringen Anteil bei der Bestimmung der gesundheitlichen Lage.

Vor diesem Hintergrund erhält die Frage, warum man die Krankheiten von Menschen „behandeln" soll, ohne zu verändern, was sie in erster Linie krank macht, ein besonderes Gewicht.

Das weitaus größte Gewicht für die Erklärung des Gesundheits- und Krankheitszustandes der Bevölkerung haben die *verhaltensbezogenen und sozialen Determinanten, d.h. der Lebensstil und die Lebensbedingungen.* Unzählige Studien zeigen, dass das Gesundheitsverhalten einen bedeutenden Einfluss auf die Gesundheit ausübt. Nun ist es aber kein Zufall, dass Personen sich zum Beispiel ungesund ernähren. Vielmehr hängt das Ernährungsverhalten von verschiedenen übergelagerten Einflüssen ab und wird durch diese maßgeblich determiniert (z.B. räumliche Möglichkeiten des Erwerbs von Lebensmitteln, kulturelle Vorlieben für Nahrungsmittel, finanzielle und zeitliche Ressourcen oder das Wissen, sich gesund zu ernähren).

Hebt man ausschließlich die Bedeutung des Gesundheitsverhaltens hervor und vernachlässigt die strukturelle Einbettung dieser Verhaltensweisen in die individuellen Lebensbedingungen, besteht die Gefahr einer individuellen Zuschreibung von Verantwortung („blaming the victim"), die tatsächlich gesellschaftlichen bzw. strukturellen Mechanismen zuzuordnen ist und keiner individuellen Kontrolle unterliegt. So sind Lebensgewohnheiten eng mit den tagtäglichen Arbeits-, Wohnungs- und Kulturgegebenheiten verbunden. Sie stellen so etwas wie das subjektive Spiegelbild der objektiven gesellschaftlichen Verhältnisse dar. Ihre jeweilige Ausprägung und die damit einhergehenden Gesundheitsgewinne bzw. -verluste werden erheblich von **sozialer Ungleichheit** beeinflusst. Ohne die Berück-

sichtigung dieser Einbettung des Verhaltens würde die Bedeutung des Lebensstils dementsprechend wesentlich überschätzt werden.

Durch den direkten Einfluss auf die Gesundheit und den indirekten Beitrag, der über das Gesundheitsverhalten wirkt, haben die Lebens- und Arbeitsbedingungen - wie z.B. unterschiedliche Erwerbschancen, Wohnbedingungen oder ökonomische Ressourcen - eine höhere Erklärungskraft für die Gesundheit als das Gesundheitsverhalten allein. Dieses Ergebnis zeigt, dass verhaltensbezogene Maßnahmen nur begrenzt erfolgreich sein können und dass eine Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen viel eher zu einer Verbesserung der Gesundheit beitragen kann.

Gestützt werden diese Ergebnisse durch eine Gegenüberstellung der Entwicklung des Gesundheits- und Krankheitszustands der Bevölkerung in den westeuropäischen und den osteuropäischen Ländern seit den 1990er-Jahren. Die osteuropäischen Länder holen nach dem Zusammenbruch der Sowjetunion den Prozess der Vollindustrialisierung und den anschließenden Weg zur Dienstleistungsgesellschaft gewissermaßen nach. Sie zeigen dabei phasenverschoben die Formen von gesundheitlichen Belastungen, die auch in den westeuropäischen Ländern verbreitet waren. Während in den westeuropäischen Ländern in den letzten Jahren die Anteile der Todesfälle an Herz-Kreislauf-Erkrankungen langsam absinken und der Anteil der Krebskrankheiten langsam ansteigt, sind in den osteuropäischen Ländern die Herz-Kreislauf-Erkrankungen in hohem Tempo auf dem Vormarsch. Hierin drücken sich epidemiologische Transitionen (d.h. Veränderungen in der Häufigkeit von Erkrankungen als Folge gesellschaftlicher Entwicklung) aus, die schon seit Beginn der Industrialisierung beobachtet wurden. Sie weisen eine enge Verbindung von ökonomischen Veränderungen und statistisch messbaren Krankheits- und Sterbequoten nach.

Die osteuropäischen Länder haben insgesamt eine erheblich schlechtere Gesundheitsbilanz für die gesamte Bevölkerung als die westeuropäischen Länder. Die Schere im Lebensstandard zwischen den gut und schlecht situierten Bevölkerungsgruppen hat sich besonders in den osteuropäischen Ländern nach dem Zusammenbruch der früheren Sowjetunion ab 1990 schnell vergrößert. Hier zeigt sich, wie trotz des kaum veränderten Krankheitsversorgungssystems die soziale und ökonomische Ungleichheit auf das gesundheitliche Wohlbefinden der gesamten Bevölkerung durchgeschlagen ist.

Während der Zusammenhang zwischen gesellschaftlichem Wohlstand und Gesundheit gut dokumentiert ist, hält die international vergleichende Forschung ein weiteres interessantes Ergebnis bereit. Nicht nur die Höhe, sondern auch das Ausmaß ökonomischer Disparitäten, vor allem der Einkommensungleichheit, spielt eine zentrale Rolle für die Gesundheit auf Bevölkerungsebene. Je größer die Kluft zwischen den reichen und den armen Bevölkerungsgruppen ist, desto höher sind die gesundheitlichen Beeinträchtigungen in der Population des jeweiligen Landes. Die angelsächsischen Länder USA, Großbritannien, Australien

und Neuseeland mit ihrem hohen Ausmaß an ökonomischer Ungleichheit weisen demnach die höchsten gesundheitlichen Beeinträchtigungen auf Bevölkerungsebene auf. Demgegenüber schneiden die skandinavischen Länder eindeutig besser ab, während sich die zentraleuropäischen Länder, meist auch die südeuropäischen, im Mittelfeld bewegen. Diese Assoziation findet sich für verschiedene Gesundheitsindikatoren wie Säuglingssterblichkeit, psychische Störungen, Abhängigkeit von Alkohol und illegalen Drogen, Übergewicht und Adipositas. Sie lassen sich zudem nicht nur für die Einkommensungleichheit nachweisen, sondern auch für andere Indikatoren auf gesellschaftlicher Ebene wie etwa unterschiedliche Typen von Wohlfahrtspolitik, politische Strukturen, die Höhe öffentlicher Ausgaben für Gesundheit oder die Rolle der Gleichberechtigung in einer Gesellschaft.

In den kommenden Jahren wird vor allem eine intensive Erforschung der Zusammenhänge zwischen schlechter wirtschaftlicher und sozialer Lebenslage und Gesundheit sowohl innerhalb als auch zwischen Gesellschaften notwendig. Solche Untersuchungen verbinden das Wissen über die Determinanten von Gesundheit und Krankheit mit der Genese und den Auswirkungen sozialer Ungleichheit.

Literatur:

Bambra C/Gibson M/Sowden A/Wright K/Whitehead M/Petticrew M. Tackling the wider social determinants of health and health inequalities: evidence from systematic reviews. J Epidemiol Community Health. 2010, 64(4):284-91;

Commission on Social Determinants of Health (CSDH) (Hg.), Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health, Geneva 2008;

Dahlgren, G., Whitehead, M. Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholm: Institute for Future Studies;1991

Hurrelmann K/ Richter M. Gesundheits- und Medizinsoziologie. Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Gesundheitsforschung. Weinheim 2013

Richter M/ Hurrelmann K (Hg.). Soziologie von Gesundheit und Krankheit. Ein Lehrbuch.. Wiesbaden: Springer VS, 2016

Internetadressen:

www.gesundheitliche-chancengleichheit.de (Plattform „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“)
www.health-inequalities.eu (European Portal for Action on Health Inequalities)
www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/social-determinants (WHO - Social determinants of health)
www.equalitytrust.org.uk/ (Kampagnenorganisation zur Reduzierung sozialer Ungleichheiten)

Verweise:

Soziale Ungleichheit und Gesundheit/Krankheit

Diversity und Diversity Management/Vielfalt gestalten

Thomas Altgeld

(letzte Aktualisierung am 31.10.2016)

In vielen Ländern sind seit Beginn des Jahrtausends rechtliche Rahmenbedingungen geschaffen worden sowie Forschungs- und Handlungskonzepte entstanden, die differenzorientiert sind und den entstehenden „Diversitäten" Rechnung tragen. Insbesondere im angelsächsischen Sprachraum stellen „Diversity Studies" ein etabliertes Forschungsfeld dar, in dem ausgelotet wird, welche Vielfalt in den heutigen Gesellschaften und ihren unterschiedlichen Subsystemen vorhanden ist und wie ein produktiver Umgang damit, z.B. im Bildungsbereich oder in der Arbeitsmarktpolitik, aussehen könnte.

Der aus dem Englischen stammende Begriff Diversity wird häufig auch im deutschsprachigen Raum übernommen, oder es wird eine seiner möglichen Übersetzungen verwendet: Verschiedenheit, Vielfalt oder Heterogenität. Die Stärke des Diversity-Konzeptes liegt darin begründet, dass es die gesamte Vielfalt von pluralistischen Gesellschaften umfassend beschreibt und dafür einen ganzheitlichen Ansatz mit einer festen Verankerung in Organisationen und Strukturen schafft. Der Diversity-Ansatz stammt ursprünglich aus der Zeit der US-amerikanischen Bürgerrechtsbewegung und wurde dann in angelsächsischen Wirtschaftsunternehmen als Managementstrategie unter dem Begriff Diversity Management (auch: Managing Diversity) seit Mitte der 1990er-Jahre weiterentwickelt. Ziel des Diversity Managements ist einerseits die erfolgreiche Rekrutierung und die Bindung von Arbeitskräften an das Unternehmen sowie andererseits die Schaffung neuer Absatzmärkte durch zielgruppengerechte Ansprache von bis dato noch wenig berücksichtigten Zielgruppen. Produktiver Umgang mit Vielfalt wird in diesen Kontexten v.a. als Wettbewerbsvorteil begriffen. Im deutschsprachigen Raum laufen diese Managementstrategien auch unter den Begriffen „Vielfaltsmanagement" oder „Umgang mit Vielfalt". Eine einheitliche Begriffswahl hat sich bislang nicht durchgesetzt.

Diversität beschreibt die Eigenschaften und Kontexte, in denen sich Menschen unterscheiden oder ähneln können. Die Vielfalt bezieht sich dabei zunächst auf die sechs primären *Dimensionen*:

- Alter,
- Geschlecht,

- Ethnie/kulturelle Herkunft,
- Behinderung,
- Sexuelle Orientierung,
- Religion/Weltanschauung.

Diese primären Dimensionen gelten als vom Individuum her betrachtet relativ schwer beeinflussbar. Es folgen sekundäre Dimensionen, die einen unterschiedlichen Grad an Veränderbarkeit aufweisen, z.B. Familienstand, Elternschaft, Wohnort, Einkommen und Stellung in der Hierarchie oder Gewohnheiten. Diese Liste der sekundären Dimensionen ist je nach Autorenschaft unterschiedlich lang und ausdifferenziert. Hinzu kommen organisationsbezogene Merkmale wie der Arbeitsort oder -inhalt, die Dauer und Art des Beschäftigungsverhältnisses sowie Gewerkschaftsmitgliedschaften.

Diversity Management stellt ein handlungsorientiertes Konzept zum Umgang mit den benannten Diversitätsdimensionen dar, wobei nicht alle Dimensionen immer gleichermaßen berücksichtigt werden. Es gibt bislang mehr Ansätze, die einzelne Dimensionen priorisieren und in den Vordergrund stellen, z.B. Familienfreundlichkeit und interkulturelle Kompetenzen. Für einige Vielfaltsdimensionen können bereits vorhandene Instrumente genutzt werden, z.B. Geschlecht (Gender Mainstreaming). Problematisch erweist sich teilweise die ungewichtete Aneinanderreihung aller Vielfaltsdimensionen und die Vernachlässigung von Wechselwirkungen zwischen den einzelnen Dimensionen, z.B. zwischen Geschlecht, ethnischem Hintergrund und Einkommen. Es besteht zudem die Gefahr, spezifische Merkmale für bestimmte Gruppen festzuschreiben und quasi stereotyp zuzuweisen, unabhängig davon, ob sie auf einzelne Individuen mit der gleichen Diversitätsdimension zutreffen oder nicht.

2006 wurde von der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration gemeinsam mit Wirtschaftsverbänden eine *„Charta der Vielfalt“* verabschiedet. Sie stellt eine Selbstverpflichtungserklärung von Unternehmen dar, u.a. Personalprozesse zu überprüfen und sicherzustellen, dass diese den vielfältigen Fähigkeiten und Talenten aller Beschäftigten gerecht werden. Auch in die Bildungsforschung und die Entwicklung von Bildungskonzepten haben Diversity-Ansätze Eingang gefunden. Chancengleichheit und Diversity ist auch eines der vier zentralen Handlungsfelder der Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA) neben Personalführung, Gesundheit sowie Wissen und Kompetenz.

Über diese eher unübersichtliche, heterogene *Umsetzungspraxis* von Diversity Management v.a. in Großunternehmen hinaus hat der Diversity-Ansatz zum Teil auch eine rechtliche Untermauerung erfahren. Der Rat der Europäischen Union hat bereits 2000 zwei Richtlinien erlassen, die den gesetzlichen Rahmen für Diversity Management in Europa begründen: die Richtlinie zur Anwendung des Gleichbehandlungsgrundsatzes ohne Unter-

schied der Rasse oder der ethnischen Herkunft sowie diejenige zur Festlegung eines allgemeinen Rahmens für die Verwirklichung der Gleichbehandlung in Beschäftigung und Beruf. In Deutschland ist die nationale Umsetzung über das 2006 verabschiedete Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz (AGG), umgangssprachlich auch Antidiskriminierungsgesetz genannt, erfolgt. Das AGG hat als Umsetzung von entsprechenden EU-Richtlinien auch für Deutschland einen einheitlichen gesetzlichen Schutz vor Diskriminierung wegen des Alters, wegen einer Behinderung, wegen der ethnischen Herkunft, des Geschlechts, der Religion oder Weltanschauung oder wegen der sexuellen Identität geschaffen. Das AGG hat damit den Schutz vor Diskriminierung in Alltag und Beruf gestärkt und das Thema Umgang mit Vielfalt auch in das gesellschaftliche Bewusstsein gerückt.

Im Rahmen neuer gesundheitswissenschaftlicher Studien sind einzelne Studiengänge in Deutschland entstanden, die Gesundheit und Diversität in den Studieninhalten integrieren und dabei entweder mit beispielsweise Gender oder Disability einzelne Diversitätsdimensionen in den Mittelpunkt von Forschung und Ausbildung stellen aber auch dimensionsübergreifende Abschlüsse in diesem Feld ermöglichen, z.B. der Studiengang Gesundheit und Diversity.

Schon seit Beginn der Rezeption des Diversityansatzes in Deutschland wird auch *Kritik* am Diversity-Management-Ansatz laut. So kritisieren Broden und Mecheril v.a. drei „Machtmomente“, die mit der Praxis des Diversity Managements und der mit ihr verbundenen Achtsamkeit für Differenzen einhergehen. Demnach wird (erstens) das fixierende Identitätsdenken eben nicht überwunden, sondern vervielfältigt. Der Zugang zum Bildungsmarkt ist durch komplexe Verhältnisse der Ungleichheit (z.B. Sprache oder formale Qualifizierungsstufen und -abschlüsse) strukturiert, „Diversity“-Angebote tendieren dazu, diese Struktur zu bekräftigen.

Außerdem ordnet sich Diversity Management (zweitens) der Logik anderer Zweckkalküle unter, z.B. Profitmaximierung. Noch steht die Entwicklung von transparenten Qualitätskriterien für den Diversity-Management-Ansatz aus. Wie (drittens) die verschiedenen Dimensionen systematisch und qualitätsgesichert berücksichtigt werden können, bleibt in den meisten Konzepten offen. Hier bestehen genau wie bei der Entwicklung von weiteren erprobten Instrumenten und Methoden noch Handlungsbedarfe.

Übertragen auf den *Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention* kann der Diversity-Ansatz eine genauere Definition von **Zielgruppen** und eine stärkere Berücksichtigung von deren Vielfalt ermöglichen. Nur wenige Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention in Deutschland berücksichtigen die Heterogenität der adressierten Zielgruppen. Das Gros der Maßnahmen und Projekte erreicht nach wie vor insbesondere besser gestellte Bevölkerungsgruppen mit einem höheren Bildungsniveau. Erstens sind viele gesund-

heitsfördernde Angebote beispielsweise aus dem Wellnessbereich rein marktförmig organisiert, d.h. sie setzen von vornherein auf Zielgruppen, die sich diese Dienstleistungen finanziell leisten können. Zweitens sind aber viele Angebote durch den Angebotskontext oder ihre Struktur indirekt mittelschichtorientiert, z.B. viele Maßnahmen der Individualprävention. Sie bauen häufig auf bereits vorhandenem Gesundheitsbewusstsein auf und werden in Bereichen angeboten, die besser gestellte Bevölkerungsgruppen eher erreichen, z.B. Volkshochschulen. Gruppen mit wesentlich schlechteren Ausgangslagen - aufgrund ihrer sozialen Lage, kulturellen Herkunft oder auch ihres Geschlechts - werden dagegen kaum angesprochen.

Diversity Management kann den Gesundheitsförderungs- und Präventionssektor v.a. zu einer Veränderung der Blickrichtung anregen sowie zur systematischen Beachtung von Vielfalt. So kann die Zielgruppengerechtigkeit verbessert werden. Die Heterogenität von Zielgruppen muss am Anfang jeder Programmentwicklung stehen. Dann müssen die relevanten Zielgruppen für den im Fokus stehenden gesundheitsbezogenen Problembereich identifiziert und ausgewählt werden. In weiteren Schritten sollten sozialraumorientiert geeignete Zugangswege, Methoden sowie zielgruppengerechte Anspracheformen unter Beteiligung der Zielgruppen entwickelt und umgesetzt werden.

In einigen Präventionsbereichen sind aber *Fortschritte* bei der Berücksichtigung von Vielfalt zu erkennen. Der von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) initiierte Kooperationsverbund „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ hat beispielsweise zum Ziel, das unübersichtliche Handlungsfeld der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung transparenter zu machen, den Austausch über angemessene Strategien zu verstärken und die Qualität der Angebote zu verbessern (**Chancengleichheit**). In diesem Kontext wurde unter anderem ein Good-Practice-Ansatz verwirklicht, der Bereiche identifiziert und benennt, in denen Projekte der Gesundheitsförderung herausragende Arbeit für heterogene Zielgruppen leisten. Erfolgreiche Projekte werden anderen zur Nachahmung empfohlen. Insbesondere für Frauen, Menschen mit Migrationshintergrund und ältere Menschen sind Modelle guter Praxis identifiziert worden. Der Bereich der inklusiven Gesundheitsförderung für Menschen mit Behinderungen steht zur Zeit in Deutschland noch am Anfang.

Im Rahmen der Umsetzung der Präventionsgesetzes in Deutschland sind Menschen mit Behinderungen, Menschen mit Migrationshintergrund und ältere Menschen als vulnerable Gruppen definiert worden. Deshalb werden für diese Personengruppen genauso wie für Langzeitarbeitslose und Alleinerziehende kassenartenübergreifende Interventionen erarbeitet. 2016 wurde die BZgA im Rahmen ihrer neuen im **Präventionsgesetz** verankerten Funktionen durch den GKV-Spitzenverband mit der der Entwicklung von Modellinterventionen für die genannten Zielgruppen beauftragt.

Auch in der **betrieblichen Gesundheitsförderung** existieren Ansätze zur stärkeren Berücksichtigung von Vielfalt. Da sowohl Diversity Management als auch Betriebliches Gesundheitsmanagement beschäftigtenorientierte Managementstrategien darstellen, liegen erste Ansätze zur Integration beider Managementsysteme vor. Dabei werden vonseiten des Betrieblichen Gesundheitsmanagements Aspekte des Diversity Managements aufgegriffen. Die Initiative Arbeit und Gesundheit hat 2009 einen Leitfaden zum interkulturellen Betrieblichen Gesundheitsmanagement herausgegeben. Das Konzept eines kultursensiblen Gesundheitsmanagements setzt auf die bessere Wahrnehmung von Unterschieden und Informationsvermittlung über den angemessenen Umgang mit Vielfalt (**Gesundheitsförderung bei Menschen mit Migrationshintergrund**). Die Entwicklung einer Kultur der Achtsamkeit für Gesundheit in Betrieben unter den Bedingungen vielfältiger Belegschaften versucht in neueren Gesundheitsmanagementansätzen den jeweiligen Erwartungen von Frauen und Männern, Jüngeren und Älteren sowie Menschen mit unterschiedlichem ethnischen Hintergrund gerecht zu werden. Alle diese Ansätze werden bislang aber in Großbetrieben umgesetzt, Strategien für Klein- und Mittelbetriebe, die hier greifen, sind bislang nicht entwickelt worden.

Literatur:

Altgeld T/Bächlein B/Deneke C (Hg.), Diversity Management in der Gesundheitsförderung Nicht nur die leicht erreichbaren Zielgruppen ansprechen!, Frankfurt am Main 2006;

Badura B/Schröder H/Klose J & Macco K. (Hg.), Fehlzeiten-Report 2010. Vielfalt managen Gesundheit fördern - Potenziale nutzen. Berlin und Heidelberg 2010.

Badura B/ Steinke Mika. Die erschöpfte Arbeitswelt - Durch eine Kultur der Aufmerksamkeit zu mehr Energie, Kreativität, Wohlbefinden und Erfolg! Gütersloh 2011

Klein U/ Heitzmann (Hg.). Hochschule und Diversity - Theoretische Zugänge und empirische Bestandsaufnahme. Weinberg 2012

Broden A/Mecheril P (Hg.), Re-Präsentationen. Dynamiken der Migrationsgesellschaft, 2007. Download unter http://bieson.ub.uni biele-feld.de/frontdoor.php?source_opus=1105;

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hg.), Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten, 5. erweit. und überarb. Aufl., Köln 2011;

Initiative Gesundheit und Arbeit, Alle anders - alle gleich - alle gesund im Betrieb: Das Interkulturelle Betriebliche Gesundheitsmanagement, Berlin/Dresden/Essen 2009;

Krell G/Riedmüller B/Sieben B/Vinz D (Hg.), Diversity Studies. Grundlagen und disziplinäre Ansätze, Frankfurt 2007

Internetadressen:

www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/praxisdatenbank/ (Praxisdatenbank gesundheitliche Chancengleichheit)
http://ec.europa.eu/justice/discrimination/diversity/charters/index_de.htm (Chartas der Vielfalt in der EU)
www.charta-der-vielfalt.de/startseite.html (Charta der Vielfalt in Deutschland)
www.igainfo.de/fileadmin/redakteur/Veroeffentlichungen/iga_Fakten/Dokumente/Publikationen/iga-Fakten_8_Potenziale_der_Vielfalt_barrierefrei.pdf (iga.Fakten 8: Potenziale der Vielfalt in der Prävention und betrieblichen Gesundheitsförderung von 2016)
www.gesundheit-nds.de/CMS/images/stories/PDFs/LVG-Zeitschrift-Nr87-Web.pdf (Mittendrin oder nebenher? Inklusive Gesundheitsförderung für Menschen mit Behinderungen, impu!se - Zeitschrift für Gesundheitsförderung Nr.87 (2/2015))
www.inqa.de/DE/Informieren-Themen/inhalt.html (Themenfelder von INQA)

Verweise:

Gesundheitliche Chancengleichheit, Gesundheitsförderung und Betrieb, Gesundheitsförderung und Migrationshintergrund, Präventionsgesetz, Zielgruppen, Multiplikatorinnen und Multiplikatoren

Empowerment/Befähigung

Sven Brandes, Wolfgang Stark

(letzte Aktualisierung am 09.02.2016)

Empowerment zielt darauf ab, dass Menschen die Fähigkeit entwickeln und verbessern, ihre soziale Lebenswelt und ihr Leben selbst zu gestalten und sich nicht gestalten zu lassen. Fachkräfte der Gesundheitsförderung sollen durch ihre Arbeit dazu beitragen, alle Bedingungen zu schaffen, die eine ‚Bemächtigung' der Betroffenen fördern und es ihnen ermöglichen, ein eigenverantwortliches und selbstbestimmtes Leben zu führen. Dies gilt für Menschen mit und ohne eingeschränkte(n) Möglichkeiten, für Erwachsene ebenso wie für Kinder.

Empowerment beschreibt Prozesse von Einzelnen, Gruppen und Strukturen, die zu größerer gemeinschaftlicher Stärke und Handlungsfähigkeit führen. Durch den Empowermentansatz sollen Personen(-gruppen) dazu ermutigt werden, ihre eigenen (vielfach verschütteten) personalen und sozialen Ressourcen sowie ihre Fähigkeiten zur Beteiligung zu nutzen, um Kontrolle über die Gestaltung der eigenen sozialen Lebenswelt (wieder) zu erobern. Die jeweiligen Rahmenbedingungen der Zielgruppe (das soziale und politische Umfeld) müssen stets mitgedacht werden, da diese das Vorhandensein und die Entwicklung von Ressourcen mitbestimmen. Die Förderung von **Partizipation**/Teilhabe und Gemeinschaftsbildung sind wesentliche Strategien des Empowermentprozesses.

Prozesse des Empowerments beziehen sich auf solidarische Aktionen zumeist von marginalisierten Personen und Gruppen. Durch gegenseitige Unterstützung und soziale Aktion sollen diskriminierende Lebensbedingungen überwunden werden. Ergebnisse dieser Prozesse sind meist die Aufhebung von Ohnmacht und ein gestärktes Selbstbewusstsein für die Betroffenen - also eine Umverteilung von Macht im Kleinen.

Leitfragen zu dieser professionellen Förderung finden sich in Abbildung 1.

- Unter welchen Bedingungen gelingt es Menschen, eigene Stärken zusammen mit anderen zu entdecken?
- Was trägt dazu bei, dass Menschen aktiv werden und ihre eigenen Lebensbedingungen gestalten und kontrollieren?
- Was können Professionelle dazu beitragen, um verschiedene Formen von Selbstorganisation zu unterstützen? Wie können sie ein soziales Klima schaffen, das Prozesse des Empowerments unterstützt?
- Welche Konsequenzen haben solche Erfahrungen auf die beteiligten Menschen, Organisationen und Strukturen?

Abb. 1: Leitfragen zur Förderung von Prozessen des Empowerments (eigene Darstellung)

Das Empowermentkonzept stammt aus der amerikanischen Gemeindepsychologie. Heute ist es nicht nur in der Gesundheitsförderung, in der Selbsthilfe, in der Psychiatrie oder in der Jugendhilfe, sondern auch in der modernen Organisationsentwicklung ein einflussreiches Konzept. In der Entwicklungsarbeit (Dritte-Welt-Arbeit) sind Prinzipien des Empowerments für Prozesse des „community building“ wichtig. Auch die weltweite NGO-Bewegung (NGO: non-governmental organizations = Nicht-Regierungs-Organisationen) verwendet den Begriff in vielen Zusammenhängen.

Empowerment als Grundlage für ein Konzept und eine Praxis der Gesundheitsförderung hat weitreichende Konsequenzen für ein professionelles und freiwilliges Engagement im psychosozialen und Gesundheitsbereich - besonders im Bereich präventiver Ansätze. Es verlässt die hierarchische oder paternalistische Ebene vieler sozialer und gesundheitlicher Dienstleistungen, die Hilfe für andere als Hilfe und Fürsorge für Schwächere ansieht. Empowerment sucht und betont die weiterhin vorhandenen Stärken und Ressourcen (**Lebenskompetenzen**), v.a. die Rechte von Hilfe- und Ratsuchenden, die in der traditionellen sozialen und gesundheitsbezogenen Arbeit oft vernachlässigt werden.

Seit der Alma-Ata-Erklärung und der Ottawa-Charta für Gesundheitsförderung stellt Empowerment ein zentrales Konzept der WHO-Vision von Gesundheitsförderung dar. Obwohl das Wort in der Ottawa-Charta nicht fällt, ist die Nähe zum Empowermentansatz unübersehbar. Sie nutzt den Begriff „befähigen“ und nennt als wichtige Voraussetzung für körperliches und seelisches Wohlbefinden die Fähigkeiten und Möglichkeiten einer Person, ihr eigenes Leben selbst zu kontrollieren (**Salutogenetische Perspektive**, **Gesundheitsför-**

derung 1). Dort heißt es: „Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl Einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. sie verändern können." (WHO 1986)

Die Definition lässt sich zunächst eher über das Gegenteil erschließen: Machtlosigkeit, erlernte Hilflosigkeit, Entfremdung und Kontrollverlust sind Begriffe, die in der psychosozialen Arbeit sehr viel häufiger gebraucht werden als ihre positiven Gegenteile. Es lassen sich jedoch Bedingungen, Strukturen und Handlungslogiken beschreiben, unter denen es Professionellen gelingen kann, Prozesse des Empowerments auf verschiedenen Ebenen zu fördern, vielleicht sogar anzustoßen oder auch zu behindern. Fachkräfte für Gesundheitsförderung können für die Entdeckung von Empowermentprozessen im Alltag sensibel werden und sie gezielt fördern durch

- Bereitstellung von instrumentellen Hilfen (Räume, Finanzen etc.),
- Befähigung zur Reflexion von Problemen, Bedürfnissen und Ressourcen,
- Aufzeigen oder Schaffen von Handlungsspielräumen,
- Anbieten von Orientierungshilfen und Erschließen von Informationsquellen,
- Unterstützung bei der Erarbeitung von Entscheidungen, Lösungen und Zielen,
- Unterstützung von Selbstorganisation und Selbsthilfe,
- Mediation,
- sozialpolitische Einflussnahme.

Praktisch angewendet werden empowerment-orienterte Handlungslogiken etwa in einem globalen Netzwerk für Empowermentprozesse. Hier wird kollektives Erfahrungswissen systematisch für gesellschaftliche Innovationen genutzt.

Das Gelingen von Empowermentprozessen erfordert die Entwicklung eines sozialen Klimas und einer „nicht technizistischen" professionellen Grundhaltung. Diese umfasst u.a.

- Ressourcen- und Kompetenzorientierung,
- Prozessorientierung,
- Zielorientierung,
- Optimismus,
- Bereitschaft zu gleichberechtigten Arbeitsbeziehungen,
- Bereitschaft, Vertrauen entgegenzubringen,
- Bereitschaft, Verantwortung und Kontrolle abzugeben.

Der Anstoß von Prozessen des Empowerments durch Professionelle erfolgt durch die Verknüpfungen von Ressourcen auf der individuellen und der Gruppenebene sowie das Herstellen von Zusammenhängen. Dabei müssen Professionelle darauf achten, die dafür fördernden Rahmenbedingungen zur Verfügung zu stellen oder zu entwickeln, jedoch sich selbst nicht oder nur sehr vorsichtig in den Prozess einzumischen. Diese Haltung einer „Arbeit am und im sozialen Kontext" verbessert für Fachkräfte der Gesundheitsförderung die Möglichkeiten, Betroffene *selbst* ihre Interessen vertreten zu lassen - und nicht diese Interessen für die Betroffenen zu vertreten (**Anwaltschaft**, **Kompetenzförderung**). Im Gesundheitswesen hat sich der Begriff ‚patient empowerment' etabliert. Damit sollen für schon im Gesundheitswesen versorgte Personen verbesserte Information, höhere Transparenz und stärkere Mitwirkungschancen erreicht werden.
Um Prozesse des Empowerments anzustoßen, ist es prinzipiell wichtiger, Fragen zu stellen als Antworten zu geben. Mit einer Frage wird die Neugier der Befragten angeregt und ein Prozess des „Suchens" ausgelöst. Diese Aktivierung zieht Kreise, denn ein Suchprozess ist nicht denkbar ohne Kontakt zu anderen Personen oder Gruppen. Diskussionen und Erfahrungsaustausch werden notwendig und stecken möglicherweise andere an. Solche Prozesse geschehen häufig in **Gesundheitsselbsthilfegruppen**, deren Mitglieder über die eigene Betroffenheit hinaus die Notwendigkeit erkennen, sich mit gesundheits- und versorgungspolitischen Fragestellungen zu beschäftigen. Die professionelle Arbeit mit partizipativen Methoden (wie etwa Zukunftswerkstätten, aktivierenden Befragungen, Nutzerbeiräten, Methode des Open Space) kann diese Entwicklungen befördern.

Eine Kritik, die im Hinblick auf den Empowermentbegriff geäußert wird, ist seine relativ unbestimmte und uneinheitliche Konzeption. Inzwischen existieren jedoch einige Versuche, das Empowermentkonzept zu schärfen und von benachbarten Konzepten wie Partizipation und **Capacity Building** abzugrenzen. Durch Offenlegung der verschiedenen Verständnisse und Dimensionen soll das Konzept einer zielgerichteten Umsetzung und Evaluation zugänglich gemacht werden (siehe u.a. Schwerpunktheft der Zeitschrift „Das Gesundheitswesen" 2008).

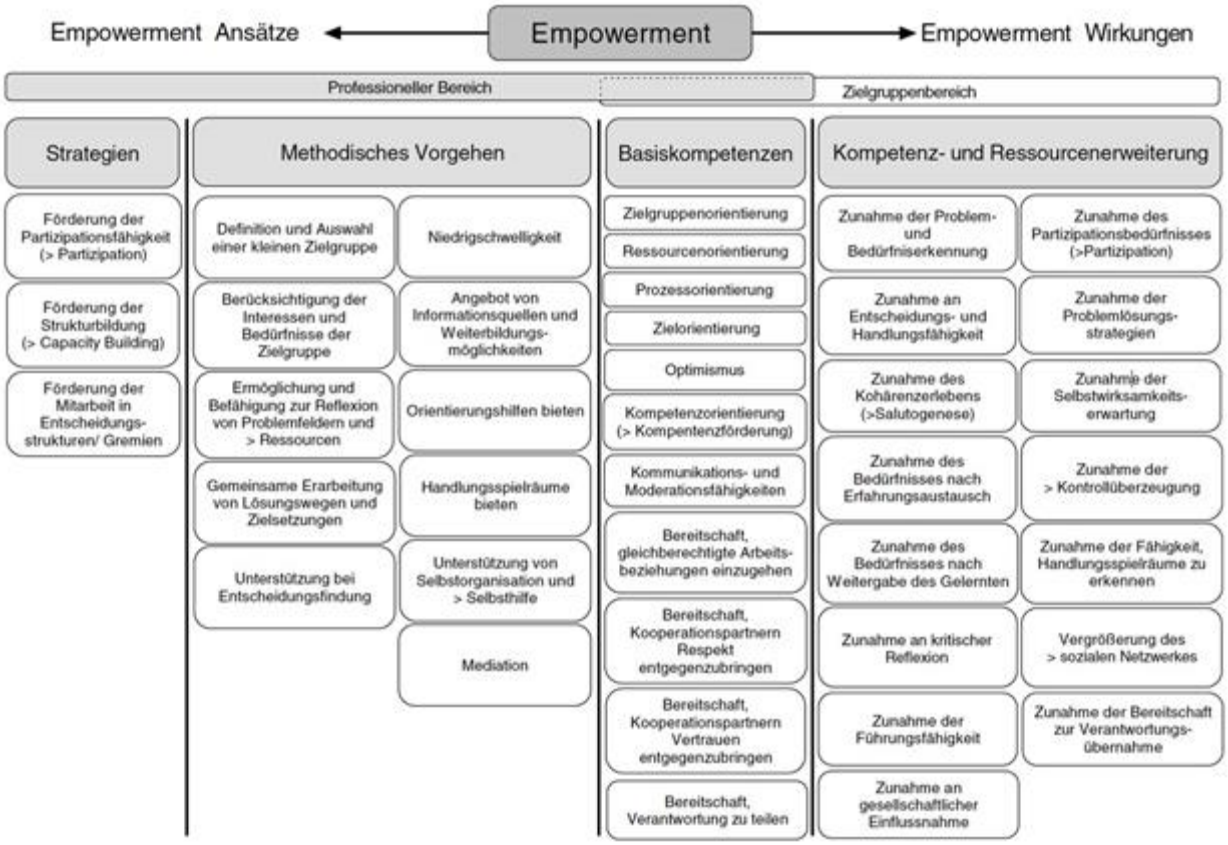


Abb. 2: Empowerment - Ansätze und Wirkungen, eigene Darstellung von Brandes und Reker 2009

Literatur:

Blank, B, Die Interdependenz von Ressourcenförderung und Empowerment, Farmington Hills 2012;

Brandes, S.; Reker, N, Empowerment systematisch entwickeln. Ein Hilfsmittel für qualitätsorientierte Teamprozesse. Info_Dienst für Gesundheitsförderung, 1, 2009, 7-8;

Kieffer C, Citizen empowerment: a developmental perspective, in: Rappaport J/Swift C/Hess R, (eds): Studies in Empowerment. Haworth: New York 1984;

Lenz A/Stark W, Empowerment - Perspektiven für psychosoziale Praxis und Organisation, Tübingen 2002;

Lenz A, Empowerment. Handbuch für die ressourcenorientierte Praxis, Tübingen 2011

Miller T/Pankofer S, Empowerment konkret - Handlungsentwürfe und Reflexionen aus der psychosozialen Praxis, Stuttgart 2000;

Rappaport J, Ein Plädoyer für die Widersprüchlichkeit - ein sozialpolitisches Konzept des Empowerments anstelle präventiver Ansätze, in: Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis 2, 1985 (17), 257-278;

Schuler D, Liberating Voices. A Pattern Language for communication Revolution. MIT Press, Cambridge 2008

Stark W, Empowerment - Neue Handlungskompetenzen für die psychosoziale Praxis, Freiburg 1996;

Stark W, Wie Menschen stärker werden, in: Focus - Schweizerische Zeitschrift für Gesundheitsförderung, 3/2000, 12-16

Internetadressen:

www.thieme-connect.com/products/ejournals/issue/10.1055/s-002-14193 (Empowerment in der Gesundheitsförderung, in: Schwerpunktheft der Zeitschrift „Das Gesundheitswesen“, 2008, 70)
http://publicsphereproject.org/ - Globales Netzwerk für empowerment-orientierte Gruppenprozesse
http://enope.eu - Europäisches Netzwerk für patient empowerment
www.selbsthilfefreundlichkeit.de - Deutsches Netzwerk für Selbsthilfefreundlichkeit und Patientenorientierung im Krankenhaus

Verweise:

Anwaltschaft - Vertretung und Durchsetzung gesundheitlicher Interessen, Capacity Building / Kapazitätsentwicklung, Gesundheitsförderung 1: Grundlagen, Kernkompetenzen professioneller Gesundheitsförderung, Lebenskompetenzen und Kompetenzförderung, Partizipation: Mitentscheidung der Bürgerinnen und Bürger, Salutogenetische Perspektive, Selbsthilfe, Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeförderung

Epidemiologie und Sozialepidemiologie

Joseph Kuhn, **Gabriele Bolte**

(letzte Aktualisierung am 13.01.2015)

Epidemiologie ist die Lehre von der Häufigkeit und von den Determinanten gesundheitsbezogener Zustände und Ereignisse in einer Bevölkerung. Dies schließt die Untersuchung von Gesundheitspotenzialen und Versorgungsaspekten ein. Die Epidemiologie stellt eine Kerndisziplin der **Gesundheitswissenschaften** dar. Der Begriff Epidemiologie stammt, wie das Wort unschwer erkennen lässt, ursprünglich aus der Seuchenbekämpfung und wurde von dort in andere Bereiche übertragen. Die Infektionsepidemiologie ist somit heute nur noch ein Teilgebiet der Epidemiologie. Andere etablierte Teilgebiete sind z.B. die Krebsepidemiologie, die Herz-Kreislauf-Epidemiologie oder die Umweltepidemiologie; neuere Gebiete sind z.B. die genetische Epidemiologie oder die Versorgungsepidemiologie. In der für die Gesundheitsförderung sehr relevanten Sozialepidemiologie steht der Zusammenhang von sozialer Lage und Gesundheit im Mittelpunkt (**Chancengleichheit**, **soziale Ungleichheit und Gesundheit**).

Für die Gesundheitsförderung spielen epidemiologische Studien in mehrfacher Hinsicht eine wichtige Rolle:

- Die Epidemiologie ist ein unverzichtbarer Ausgangspunkt für eine evidenzbasierte Planung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen, indem sie aufzeigt, wie Krankheiten, Risiken und Gesundheitspotenziale in der Bevölkerung verteilt sind (deskriptive Epidemiologie), welche Faktoren zum Erhalt der Gesundheit bzw. zum Entstehen von Krankheiten beitragen (analytische Epidemiologie), was im Hinblick auf Häufigkeit, Schwere oder Kosten wichtige Handlungsfelder sind und welche Maßnahmen der Gesundheitsförderung als bewährt gelten können.
- Sie dient des Weiteren der Umsetzungsbegleitung und Evaluation, indem sie die Wirkungen der Gesundheitsförderung untersucht (teilweise auch als experimentelle Epidemiologie),
- und sie stellt eine Grundlage für **Gesundheitskommunikation** und **Gesundheitsberichterstattung** dar und leistet so einen Beitrag zur Beteiligungsfähigkeit der Bevölkerung bzw. der jeweiligen Zielgruppen.

Wichtige epidemiologische Grundbegriffe: Die *Prävalenz* bezeichnet die Häufigkeit einer Krankheit (oder eines anderen gesundheitsbezogenen Merkmals) in der Bevölkerung. Die Prävalenz berechnet sich als Quotient der Fallzahl und der Bezugsbevölkerung. Dabei kann unterschieden werden zwischen der Krankheitshäufigkeit zu einem bestimmten Zeitpunkt (Punktprävalenz) oder in einem Zeitraum (Periodenprävalenz, z.B. 12-Monats-Prävalenz, Lebenszeitprävalenz). Man schätzt beispielsweise die Punktprävalenz von Rückenschmerzen auf ca. 30 Prozent, d.h., ein Drittel der Bevölkerung leidet aktuell an Rückenschmerzen, über die gesamte Lebensdauer hinweg sind dagegen ca. 80 Prozent aller Menschen betroffen.

Die *Inzidenz* gibt die Neuerkrankungen innerhalb eines vorgegebenen Zeitraums an, bezogen auf die Bevölkerung unter Risiko am Anfang dieser Beobachtungsperiode (kumulative Inzidenz) oder bezogen auf die beobachtete Personenzeit (Inzidenzdichte).

Die *Sterblichkeit* ist eine Inzidenz. Sie gibt an, wie viele Menschen in einem Zeitraum, z.B. einem Jahr, bezogen auf die Gesamtbevölkerung, gestorben sind. Speziell mit Blick auf die Identifikation des präventiven Handlungsbedarfs wurden in der Epidemiologie Kennziffern wie die *Vermeidbare Sterblichkeit* oder *Verlorene Lebensjahre* gebildet. Bei der vermeidbaren Sterblichkeit wird für ausgewählte Krankheitsarten eine Altersgrenze angenommen, unterhalb derer die Todesfälle als grundsätzlich vermeidbar betrachtet werden. Meist liegt diese Grenze bei 65 Jahren. Diese Fälle werden aufsummiert und auf die Bevölkerung dieser Altersgruppe bezogen oder als Anteil an allen Sterbefällen ausgewiesen. Bei den „Verlorenen Lebensjahren“ (PYLL - Potential Years of Life Lost) geht es um die Summe der nicht mehr gelebten Jahre vom Sterbejahr bis zu einem im Prinzip für alle erreichbaren Alter von 65 Jahren. Krankheitsarten mit vielen vermeidbaren Sterbefällen oder vielen verlorenen Lebensjahren geben Hinweise auf einen möglicherweise unausgeschöpften präventiven Handlungsbedarf.

Die Inzidenz ist ein Maß für das *absolute Risiko* einer Erkrankung in der Bevölkerung. Der Risikobegriff bezeichnet in der Epidemiologie also die rein statistische Auftretenswahrscheinlichkeit einer Erkrankung und weicht etwas vom Alltagsverständnis des Wortes ab.

Für die Quantifizierung des Zusammenhangs zwischen zwei Merkmalen bzw. die Wirkung von Expositionen auf eine Gruppe von Menschen werden sogenannte *Assoziationsmaße* bzw. *Effektmaße* gebildet. Das *relative Risiko (RR)* gibt an, ob eine Risikoerhöhung oder -verminderung im Zusammenhang mit einer Exposition besteht. Ist das relative Risiko größer als 1, deutet dies darauf hin, dass die Exposition das Erkrankungsrisiko erhöht. Ist das relative Risiko kleiner als 1, ist davon auszugehen, dass die Exposition das Erkrankungsrisiko verringert, also einen schützenden Effekt hat. Eine ähnliche Bedeutung hat die *Odds Ratio (OR)*, die häufig berechnet wird, da oftmals keine Inzidenzdaten zur Berechnung des relativen Risikos verfügbar sind.

Ein weiteres Effektmaß ist die *Risikodifferenz.* Sie gibt das der Exposition zuschreibbare („attributable") Risiko an und ist für die Planung von Präventionsmaßnahmen von Bedeutung, weil sie zeigt, in welchem Umfang die Inzidenz einer Erkrankung gesenkt werden kann, wenn die Exposition nicht mehr vorliegt. Die *attributable Risiko Proportion* gibt an, welcher Anteil der Krankheit in der exponierten Gruppe auf die Exposition zurückzuführen ist. Unter Public-Health-Gesichtspunkten ist außerdem bedeutsam, welcher Anteil an Erkrankungen in der Gesamtbevölkerung auf die Exposition zurückzuführen ist. Hierfür wird das *populationsattributable Risiko* berechnet. Wenn es sich statt einer gesundheitsschädlichen Exposition um einen schützenden Einflussfaktor handelt, z.B. eine erfolgreiche Gesundheitsförderungsmaßnahme, kann die *preventive fraction* berechnet werden: Sie gibt das Verhältnis zwischen den durch die Gesundheitsförderungsmaßnahme (also den schützenden Faktor) verhinderten Fällen zu den ohne diese Maßnahme zu erwartenden Fällen an.

Signifikanz, Relevanz, Kausalität: Epidemiologische Aussagen werden häufig statistischen Signifikanzprüfungen unterzogen, z.B. durch die Angabe von Konfidenzintervallen bei Schätzwerten oder durch die Angabe von p-Werten bei Hypothesentests. Die statistische Signifikanz von Befunden gibt an, dass sie - mit der angegebenen Wahrscheinlichkeit - nicht durch Zufall zustande gekommen sind. Über die gesundheitliche Bedeutung ist damit nichts ausgesagt: Bei großer Fallzahl werden auch kleine Unterschiede statistisch signifikant. Davon zu unterscheiden ist also die gesundheitliche Relevanz der Befunde, die inhaltlich beurteilt werden muss. Beispielsweise kann ein geringes relatives Risiko von großer gesundheitlicher Bedeutung sein, wenn die Exposition einen Großteil der Bevölkerung betrifft. Dies ist z.B. bei Luftschadstoffen aus dem Straßenverkehr der Fall.

Infrage gestellt wird häufig auch, ob epidemiologisch ermittelte Zusammenhänge von Expositionen und Effekten kausal interpretiert werden dürfen. Zunächst geht es nur um statistische Assoziationen, für die Interpretation sind weitere Informationen hinzuzuziehen. Hinweise, ob hinter solchen statistischen Assoziationen kausale Zusammenhänge zu vermuten sind, geben z.B. die Kausalitätskriterien nach Austin Bradford Hill (1965) gemäß ihrer aktuellen Interpretation (z.B. Rothman et al. 2008).

Die drei h*äufigsten Studientypen* sind Querschnittstudien, Fall-Kontroll-Studien und Kohortenstudien. In *Querschnittstudien* wird eine Gruppe von Menschen zu einem bestimmten Zeitpunkt untersucht. Querschnittstudien sind zur Untersuchung von kausalen Zusammenhängen wenig geeignet; die erfassten Merkmale lassen sich nur als statistische Assoziationen darstellen. Die Stärken von Querschnittstudien liegen in der einfachen Erhebung von Prävalenzen im Kontext vieler Merkmale, die Ausgangspunkt zur Bildung von Hypothesen über kausale Zusammenhänge sein können.

Bei *Fall-Kontroll-Studien* wird eine Gruppe von neu Erkrankten und nicht Erkrankten im Hinblick auf eine zurückliegende (ggf. hypothetische) Exposition gegenüber gesundheitsschädigenden Faktoren untersucht. Das Verhältnis von Gesunden und Kranken ist durch das Studiendesign festgelegt. Aussagen zu Inzidenzen und Relativen Risiken sind daher nicht möglich. Fall-Kontroll-Studien sind für seltene Erkrankungen und für Expositionen mit langen Latenzzeiten besonders geeignet.

In *Kohortenstudien* wird eine gesunde Population mit Exponierten und Nichtexponierten in ihrer weiteren Entwicklung beobachtet. Das Auftreten von Erkrankungen in den beiden Gruppen wird analysiert. Das Studiendesign lässt die Berechnung von Inzidenzen und Relativen Risiken zu. Ein Vorteil von Kohortenstudien ist, dass die zeitliche Abfolge von Exposition und Erkrankungen eindeutig bestimmt werden kann.

Die wichtigsten *methodischen Standards* zur Durchführung epidemiologischer Studien sind in den *Leitlinien und Empfehlungen zur Sicherung Guter Epidemiologischer Praxis (GEP)* der Deutschen Gesellschaft für Epidemiologie zusammengefasst. Die Deutsche Gesellschaft für Epidemiologie ist eine wissenschaftliche Fachgesellschaft, die das Fach Epidemiologie in Forschung und Lehre vertritt. Einzelne Studien sind allerdings oft nicht in der Lage, Sachverhalte mit der erforderlichen Belastbarkeit nachzuweisen. Dies macht die methodisch angeleitete Zusammenführung vieler Studien zu einem Sachverhalt notwendig, z.B. in Form von Cochrane-Reviews. An Cochrane-Reviews arbeiten Forschergruppen auf der Basis nachvollziehbarer methodischer Vorgaben. Epidemiologische Methoden haben heute aber weit über die Forschung hinaus Bedeutung gewonnen. Sie stellen das wichtigste Instrumentarium der evidenzbasierten Medizin dar. Das 2004 gegründete Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWIG) bearbeitet die ihm übertragenen Fragen ganz wesentlich auf der Grundlage epidemiologischer Studien.

Für viele der heute in Gesundheitsförderung und Prävention behandelten Themen - vom Tabak- und Alkoholkonsum über Adipositas bis hin zur Umweltqualität des Wohnumfelds - stehen inzwischen umfangreiche epidemiologische Forschungsbefunde zur Verfügung. Diese Befunde sind auch Grundlage präventionspolitischer Weichenstellungen. Beispielsweise hat der Nachweis, dass allein durch das häusliche Passivrauchen mehrere tausend vorzeitige Sterbefälle jährlich zu verzeichnen sind, die Nichtraucherschutzpolitik befördert.

Auch der Zusammenhang zwischen sozialer Lage und Gesundheit, zu dem in Deutschland noch Anfang der 1990er-Jahre vergleichsweise wenig Forschungsbefunde vorlagen, ist durch die *Sozialepidemiologie* inzwischen gut erforscht , **soziale Ungleichheit und Gesundheit**). Gesundheitsrelevante Aspekte der **sozialen Lage** sind neben den klassischen Indikatoren wie Bildung und Einkommen das Geschlecht (*Gender*) und der **Migrationshintergrund**. Die meisten Krankheiten und Risikofaktoren weisen einen deutlichen Sozi-

algradienten dergestalt auf, dass eine schlechtere soziale Lage auch eine schlechtere Gesundheit zur Folge hat. Der Einfluss der sozialen Lage auf die Gesundheit beginnt dabei bereits in der Kindheit. Kinder aus sozial schlechter gestellten Familien haben mehr Geburtsrisiken, sie sind im Schulalter häufiger adipös, haben häufiger Karies, sie weisen mehr Entwicklungsverzögerungen und psychische Störungen auf. Im Erwachsenenalter sind die gesundheitlichen Folgen von Arbeitslosigkeit bzw. prekärer Beschäftigung, einem niedrigem Bildungsgrad und einem niedrigen beruflichen Status vielfach belegt. An Merkmalen wie dem Krankenstand der Beschäftigten oder der Frühberentungsrate zeigt sich der Sozialgradient der Gesundheit sogar in den Routinestatistiken der Sozialversicherung. Auch Umweltbelastungen sind sozial ungleich verteilt, z.B. wohnen sozial Benachteiligte öfter an verkehrsreichen Straßen oder in einem industriell belasteten Umfeld. In Deutschland wird dies unter dem Stichwort „Umweltgerechtigkeit“ bzw. „Chancengleichheit bei Umwelt und Gesundheit“ in den letzten Jahren zunehmend diskutiert (Bolte et al. 2012). Sowohl den Umwelt- bzw. Lebensbedingungen als auch dem Gesundheitsverhalten und dem Zugang zur Gesundheitsversorgung kommt eine vermittelnde Rolle zwischen Sozialstatus und Gesundheit zu. Vielversprechende Erklärungsansätze der sozialepidemiologischen Befunde liefern Konzepte wie das der „Verwirklichungschancen“ (Amartya Sen) oder des **„Sozialen Kapitals“** (Pierre Bourdieu, Robert Putnam). In der Summe führt die höhere Krankheitslast sozial Benachteiligter dazu, dass in Deutschland Menschen im unteren Einkommensviertel eine um 5 bis 10 Jahre kürzere Lebenserwartung haben als Menschen im oberen Einkommensviertel. Der enge Zusammenhang zwischen sozialer Lage und Gesundheit verweist auf die Notwendigkeit einer guten Verhältnisprävention in den Gemeinden, am **Arbeitsplatz** und in anderen Settings wie der Wohnumwelt, in denen Menschen unabhängig von ihrer sozialen Lage erreicht werden können.

Literatur:

Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (Hg.), GBE Praxis 2. Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung. Begriffe, Methoden, Beispiele. Eine Handlungshilfe, Erlangen, 4. Aufl. 2014;

Beaglehole R/Bonita R/Kjellström T, Einführung in die Epidemiologie, Bern 1997;

Berkman LF/Kawachi I/Glymour MM, Social Epidemiology, Oxford, New York 2014;

Bolte G/Bunge C/Hornberg C/Köckler H/Mielck A (Hg.), Umweltgerechtigkeit. Chancengleichheit bei Umwelt und Gesundheit:

Hill, AB, The environment and disease: Association or causation? Proc R Soc Med 1965, 58, 295-300; Konzepte, Datenlage und Handlungsperspektiven, Bern 2012;

Kreienbrock L/Pigeot I/Ahrens W, Epidemiologische Methoden, Stuttgart, Berlin, Heidelberg 2012;

Mielck A/Bloomfield K, Sozial-Epidemiologie. Eine Einführung in die Grundlagen, Ergebnisse und Umsetzungsmöglichkeiten, Weinheim 2001;

Rothman KJ/Greenland S/Poole C/Lash TL, Causation and causal inference. In: Rothman KJ/Greenland S/Lash TL (Eds.), Modern Epidemiology, Philadelphia 2008

Internetadressen:

www.dgepi.de (Deutsche Gesellschaft für Epidemiologie - auf dieser Internetseite sind auch die „Leitlinien und Empfehlungen zur Sicherung von Guter Epidemiologischer Praxis [GEP]“ in der aktuellen Version verfügbar)
www.rki.de (Robert Koch-Institut)

Verweise:

Gesundheitliche Chancengleichheit, Gesundheitsberichterstattung, Gesundheitsförderung und Betrieb, Gesundheitsförderung und Migrationshintergrund, Gesundheitskommunikation und Kampagnen, Gesundheitswissenschaften / Public Health, Soziale Ungleichheit und Gesundheit/Krankheit, Soziales Kapital, Soziologische Perspektiven auf Gesundheit und Krankheit, Verhaltens- und Verhältnisprävention

Erklärungs- und Veränderungsmodelle I: Einstellungs- und Verhaltensänderungen

Annette C. Seibt

(letzte Aktualisierung am 25.04.2016)

Einleitung und Hintergrund

Die Entwicklung der Gesundheitserziehung und Prävention hin zur Gesundheitsförderung und deren Evaluationsforschung (Qualitätssicherung) ist rückblickend einen klar nachvollziehbaren Weg gegangen. Die ersten Modelle aus den 50er Jahren des vorigen Jahrhunderts mit dem Ziel, *Verhaltensänderungen* allgemein zu *verstehen* und *durch Interventionen zu beeinflussen,* bezogen sich auf ein kontext-loses Individuum (Modell der Gesundheitsüberzeugungen / Health Belief Modell; Attributionstheorie). Die chronologisch folgenden Modelle bzw. Theorien bezogen zusätzlich den Einfluss anderer Personen oder spezifischer Informationen (Theorie des Geplanten Verhaltens; Theorie der Schutzmotivation), und dann die *Lebensweise und deren Determinanten*, also das soziale und gesellschaftlich-kulturelle Umfeld und deren *interaktive Dynamiken* (Sozial-kognitive Theorie) mit ein. Diese späteren Modelle fokussierten zunehmend auf Vorhersagen (Prädiktionen) von Gesundheits- und Krankheitsverhalten.

In den beiden folgenden Kapiteln werden die Begriffe *Theorie* und *Modell* austauschbar benutzt, obwohl sie wissenschaftstheoretisch sowie im allgemeinen Sprachgebrauch Unterschiedliches bedeuten. Im vorliegenden Kontext ist eine strengere Unterscheidung nicht sinnvoll, da die einzelnen Gedankengebäude von ihren AutorInnen selbst - ohne differenzierende Definitionen - entweder Modell oder Theorie genannt wurden. Diese Unschärfe trifft auch auf die Benutzung der Begriffe *Konstrukte* und *Konzepte* zu, womit die einzelnen, mehr oder minder voneinander abgrenzbaren Elemente der Gedankengebäude gemeint sind.

Alle hier vorgestellten Theorien und Modellen der Gesundheitspsychologie gehen der Frage nach, weshalb Menschen mit ihren gesundheitsgefährdenden Gewohnheiten auf der Basis von "richtigen, wissenschaftlich belegten und bewiesenen Informationen" ihr Verhalten nicht einfach ändern? Welche kognitiven, emotionalen, verhaltenshinderlichen oder

motivierenden Faktoren spielen - ggf. in Kombination miteinander - die entscheidenden Rollen, damit Verhaltensänderungen stattfinden oder nicht? Das Ausleuchten dieser „Black Box“ ist die Ursprungsfrage der hier vorgestellten und vieler weiterer Theorien. Für diese Frage gibt es bis heute keine endgültige Erklärung, aber viele Erklärungsversuche.

Modell der Gesundheitsüberzeugungen (Health Belief Model)

Das Modell der Gesundheitsüberzeugungen (Health Belief Model) ist in den 1950er Jahren in den USA entwickelt worden. Die Forschungsfrage lautete, ob regelhafte Bedingungen und wiederholbare "Muster" gefunden werden könnten, Menschen zu einer Verhaltensänderung zu veranlassen. Grund war die geringe Beteiligung der Bevölkerung an kostenlosen Tuberkuloseschutzimpfungen. Dem Modell liegt die Annahme zugrunde, dass Menschen rational denken und negative Konsequenzen ihres Verhaltens vermeiden wollen.

Konstrukte des Modells werden bis heute bei Gesundheitsprogrammen eingesetzt, zumeist in Kombination mit anderen Theoriekonstrukten (Theorie der Schutzmotivation, **Sozial-kognitives Prozessmodell des Gesundheitsverhaltens**).

Das ursprüngliche Modell bestand aus vier eigenständigen Konstrukten bzw. subjektiven Wahrnehmungskonzepten, aus deren Zusammenwirken sich die Wahrscheinlichkeit zum Gesundheitshandeln ergibt (Abb. 1):

- ***1.*** *Subjektiv wahrgenommene Krankheitsanfälligkeit, Verletzlichkeit oder Verwundbarkeit (perceived susceptibility)*: Nur wer sich durch eine Erkrankung verletzbar fühlt, verhält sich präventiv oder befolgt einen gesundheitlichen Rat.
- ***2.*** *Schweregrad der Krankheit oder der Folgen (perceived severity)*: Selbst bei hoher Verwundbarkeit kann die Konsequenz akzeptabel sein („Ich kann dann Medikamente nehmen”). Es werden lang- gegen kurzfristige Konsequenzen abgewogen (z.B. vorzeitiger Tod in 30 Jahren gegen Lustverzicht heute).
- ***3.*** *Vorteile oder Nutzen (benefits)*: Menschen entscheiden sich nach einer Art Kosten-Nutzen-Analyse für die Vorgehensweise, die sie für die wirkungsvollste und effektivste halten.
- ***4.*** *Barrieren (barriers)*: Typische negative Aspekte sind z.B. soziale oder finanzielle Kosten, Nebenwirkungen oder Unbequemlichkeiten.

Die subjektive Verwundbarkeit (1) und der subjektive Schweregrad (2) machen die Energie und das Motiv zum Handeln aus und werden als *subjektive Bedrohung* bezeichnet. Eine positive Bilanz der Vorteile (3) gegen die Barrieren (4) zeigt die Handlungsrichtung an (Abb. 1).

Im Laufe der Jahre wurde das Modell durch drei Konzepte erweitert:

- der durch interne oder externe Auslöser bewirkte *Handlungsanstoß* (*cue to action*), wie z.B. eine Krankheit in der Familie, ein Gespräch oder ein beiläufiger Medienspot;
- die *demographische, sozialpsychologische Differenzierung* nach Alter, Geschlecht, ethnischer Zugehörigkeit, sozialökonomischem Status etc.;
- das als *Selbstwirksamkeitsüberzeugung* definierte Konzept, das aus der **Sozial-kognitiven Theorie** entliehen ist.

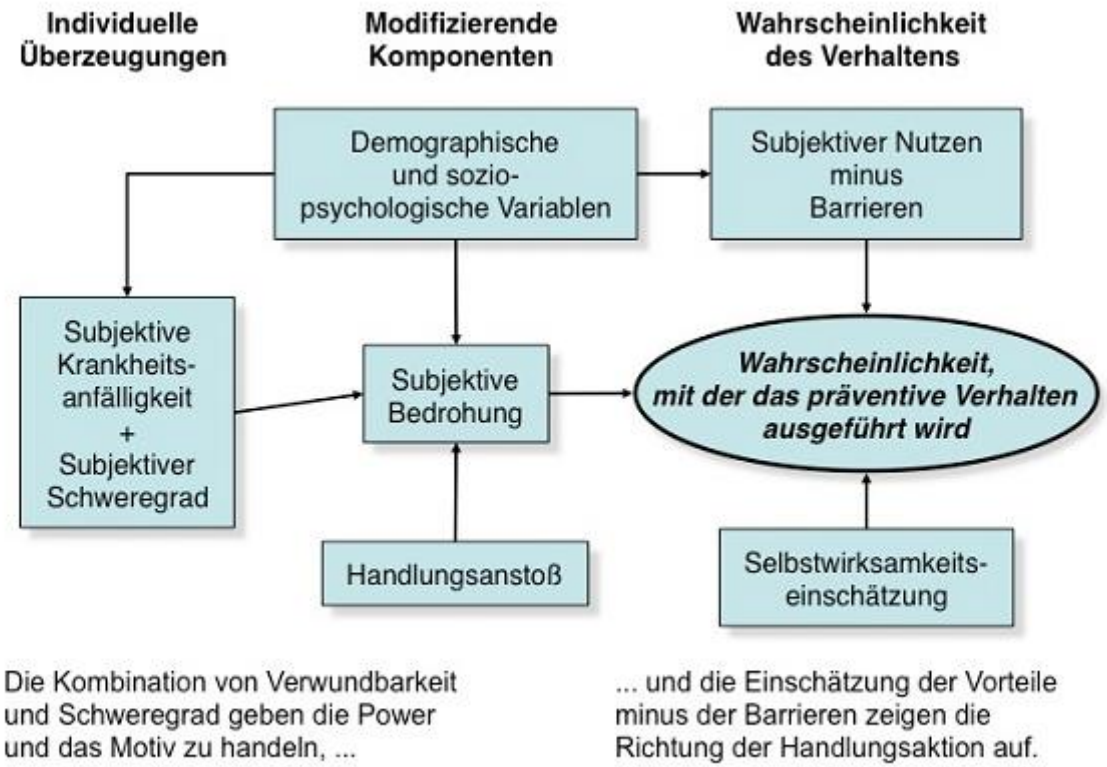


Abb. 1: Konstrukte des Modells der Gesundheitsüberzeugungen / „Health Belief Model“, Darstellung Seibt.

Das Modell wird weltweit sowohl zur Erklärung von Verhalten als auch zur Entwicklung von Interventionsstrategien genutzt. Im Folgenden wird das erste beforschte Anwendungsbeispiel aus den USA vorgestellt: Ältere Risikopersonen hatten von ihrer Hausarztpraxis eine Postkarte mit der Aufforderung zu einer kostenlosen Grippeimpfung in drei verschiedenen Textversionen zugesandt bekommen:

- Neutral („Impfungsmöglichkeit besteht bei Ihrem Hausarzt“), oder
- Persönlich („Ich als Ihr Hausarzt möchte Sie auffordern, zum Impfen vorbeizukommen“) oder

» nach dem Health Belief-Modell operationalisiert („Personen Ihres Alters sind dieses Jahr besonders gefährdet

Das Risiko einer Erkrankung wird durch eine Impfung sehr reduziert und die Nebenwirkungen sind vernachlässigbar"). Im Vergleich zu Personen der ersten beiden Gruppen nahmen signifikant mehr an den Grippeimpfungen teil, die eine nach dem Health Belief-Modell operationalisierte Postkarte erhalten hatten.

Die Begrenzungen des Modells wurden im Lichte der Entwicklung der Gesundheitsförderung immer deutlicher: es ist nur für begrenzte Problematiken der **Prävention** anwendbar, denn es fokussiert schwerpunktmäßig auf Gesundheitsverhalten als individuellen Entscheidungsprozess und berücksichtigt nur am Rande soziale, ökonomische und institutionelle Umweltbedingungen (nämlich über das Konstrukt Demographisches und Psycho-Soziales). So wird beispielsweise für Prostituierte der Druck von Freiern, ohne Kondome zu arbeiten, trotz wahrgenommener subjektiver STI-Bedrohung dazu führen, kein wirksames Schutzverhalten zu zeigen, wenn dadurch die Kunden und damit das Einkommen verloren gehen.

Das Modell war der erste wissenschaftliche Versuch, theorie-geleitete Strategien für bevölkerungsbezogene Verhaltensänderung zu entwickeln, und damit Gesundheitsbehörden ein generelles Instrument an die Hand zu geben, ihre besonders gefährdeten Bevölkerungsgruppen anzusprechen.

Theorie der Schutzmotivation

Die Theorie der Schutzmotivation (Protection Motivation Theory) wurde entwickelt, um die Bedeutung von Furchtappellen für gesundheitsbezogene Verhaltensänderungen zu verstehen. Diese Art des Informationsinhaltes basiert darauf, in Menschen Furcht auszulösen, um sie zu einem anderen Verhalten zu motivieren. Die ursprüngliche Theorie, von R.W. Rogers 1975 formuliert, umfasste die drei Konstrukte *wahrgenommene eigene Verletzlichkeit (vulnerability)*, den *wahrgenommenen Schweregrad (severity)*, die dem Modell der Gesundheitsüberzeugungen / Health Belief Model entliehen wurden, und die *Handlungswirksamkeitserwartung* aus der (Sozial-kognitiven Theorie), womit - in diesem Kontext - eine wirksame Schutzmotivation gemeint ist. Später wurde dem Modell das Konstrukt der *Intention* aus der Theorie des Geplanten Verhaltens hinzugefügt; laut Theorie gehen Intentionen einem Verhalten voraus und gelten als stärkster Prädiktor für Verhaltensänderungen. Der Begriff der *Schutzmotivation* kann als identisch mit dem der *Intention, ein neues Verhalten auszuführen*, angesehen werden.

Unter Furcht wird eine negative emotionale Reaktion verstanden, auf welche die Betroffenen die Möglichkeit haben, durch ein konkretes Verhalten zu reagieren. Bestenfalls soll die

Furcht durch dieses Verhalten reduziert werden mit dem Ziel der selbstständigen Wiederholung des neuen Verhaltens.

Durch die Wahrnehmung von gesundheitsbezogenen Informationen in Form von Furchtappellen wird Einfluss auf die *Bedrohungseinschätzung* und auf die *Bewältigungseinschätzung* genommen. Die *Bedrohungseinschätzung* macht laut Modell die *intrinsischen* und die *extrinsischen Belohnungen* aus, die modifiziert werden durch die Einschätzung der *Verletzlichkeit* und deren *Schweregrad*. Die *Bewältigungseinschätzung* ist als Abschätzung der Möglichkeiten zur Abwendung der Bedrohung definiert, und setzt sich zusammen aus den Konstrukten der *Selbstwirksa*mkeitserwartung *(self efficacy)* und der *Handlungswirksamkeitserwartung* (auch: Konsequenz- / Ergebniserwartung, *outcome expectations*, definiert als antizipierte Konsequenzen eines Verhaltens minus den sogenannten Handlungskosten, wie z.B. Überwindung und Anstrengung (Abb. 2).

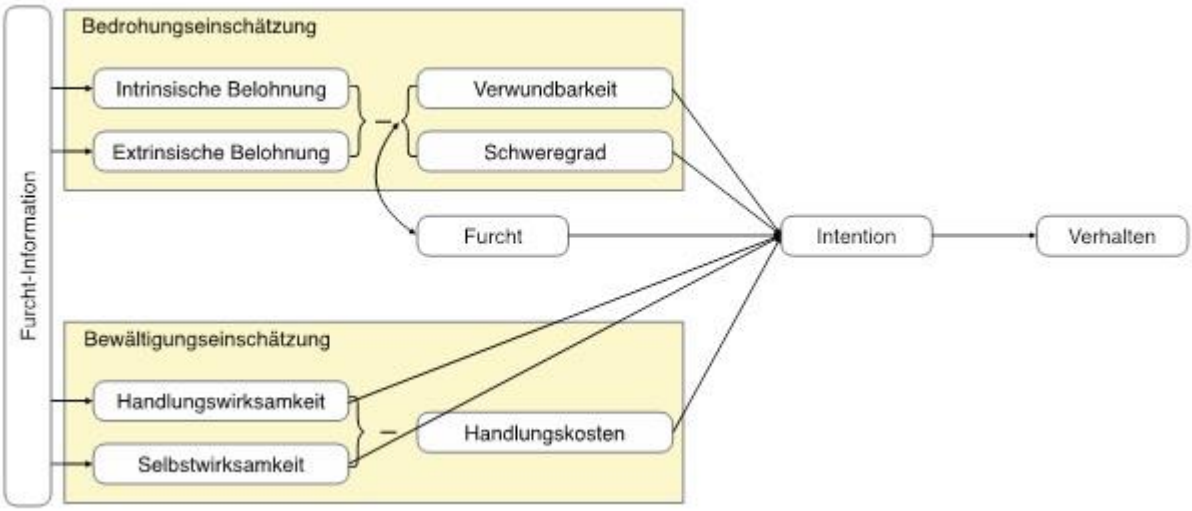


Abb. 2: Konstrukte der Theorie der Schutzmotivation"; Darstellung nach Lippke & Renneberg, 2006, 39, mit Änderungen von Seibt.

Studien zur Wirkung von Furchtappellen zeigen allerdings, dass neben aus Public Health-Perspektive gewünschten Reaktionen auch "unpassende" Verhalten wie Abwiegeln, Ausblenden, Verweigerung oder Aggressionen resultieren können. Auch ist bekannt, dass Furcht zumeist nur kurzfristig Einfluss zeigt, und Bedrohungen von Menschen sehr unterschiedlich aufgenommen werden bzw. dass unterschiedlich darauf reagiert wird.

Im Public Health-Bereich betrachtet man es im Allgemeinen auch als kritisch bzw. unethisch, vorsätzlich Verunsicherung und Bedrohung hervorzurufen. Forschungen zeigen jedoch, dass vorsätzliche Furchtappelle zum Zwecke der Gesundheitsförderung durchaus wirksam (und ggfs. akzeptabel?) sind, *wenn* sofort und gleichzeitig Bewältigungsmöglichkeiten und Alternativen "mitgeliefert" werden: wenn z.B. Kondome als Teil einer Informationsbroschüre zum Thema HIV-Infektionen beigepackt sind. Ein aktueller Untersuchungsgegenstand der Schutzmotivationstheorie sind Warnhinweise auf Zigaretten-

schachteln als Beispiele für Furchtappelle. Ab Mai 2016 sind auch in Deutschland auf Zigarettenschachteln großflächige Bilder von angegriffenen gelben Zähnen, von Krebslungen und Raucherbeinen zu sehen. Forschungsergebnisse zeigen, dass durch diese Abschreckstrategie die Zahl der Rauchenden gesenkt wird, da durch die Bilder negative Gefühle dem Rauchen gegenüber ausgelöst werden. In Australien sind Gräuelbilder dieser Art auf der gesamten Vorder- und Hinterfläche der Packungen zu sehen, und es ist ebenso groß die Telefonnummer der Anti-Smoking-Unterstützungshotline aufgedruckt.

Andere Thematiken waren Krebsprävention, Sport und Ernährung, Rauchen, HIV-Prävention, Alkoholmissbrauch, aber auch weitergehende Public Health-Problematiken wie Gebrauch von Pestiziden, Unfallprävention durch das Tragen von Fahrradhelmen, Schutz von bedrohten Tierarten, Prävention von Kindesmisshandlung, etc.

Theorie des Geplanten Verhaltens

Die Theorie des Geplanten Verhaltens - auch *Theorie der Handlungsveranlassung* oder *Theorie des Rationalen Handelns* genannt (*Theory of Planned Behavior / Reasoned Action*) - beschreibt die Beziehung zwischen Überzeugungen, Einstellungen, Intentionen und Verhalten. Aus den Verknüpfungen dieser Konstrukte werden Vorhersagen abgeleitet, ob Menschen Verhaltensänderungen durchführen werden oder nicht. Ausgangspunkt der Theorie sind die Annahmen, dass a) Verhalten dem freien menschlichen Willen unterworfen ist und, b) Menschen unter Abwägung rational-psychologischer Gründe eine Absicht oder *Verhaltensintention* bilden. Laut Theorie sind Intentionen die direktesten Vorhersagen für eine Verhaltensänderung.

Die Theorie wurde Mitte der 1960er Jahre von den Amerikanern Fishbein und Ajzen vorgestellt. Anfang der 1990er Jahre wurde ihr das Konstrukt *wahrgenommene Verhaltenskontrolle* (perceived behavioral control) hinzugefügt, was als Ausmaß der Kontrollierbarkeit und Eigenkompetenz definiert ist und als identisch mit dem Konstrukt der *Selbstwirksamkeitsüberzeugung* (self-efficacy) aus der Sozial-kognitiven Theorie angesehen wird.

Parallel zur *wahrgenommenen Verhaltenskontrolle* - bestimmt durch die *Kontrollüberzeugung* und deren eingeschätzte *Stärke* - werden die Verhaltensintentionen durch zwei weitere Faktoren beeinflusst (Abb. 3):

- Durch die eigene *Einstellung* gegenüber dem Verhalten, die wiederum bestimmt ist durch die *Überzeugung*, dass durch dieses Verhalten das gewünschte Ergebnis erreicht werden kann und dass dieses Verhalten der Gesundheit nützt; sowie
- Durch *subjektive Normen* als die Überzeugung, dass „wichtige andere Personen" *Erwartungen* haben, und den Grad der Bedeutung von Zustimmung oder Ablehnung von diesen Bezugspersonen.

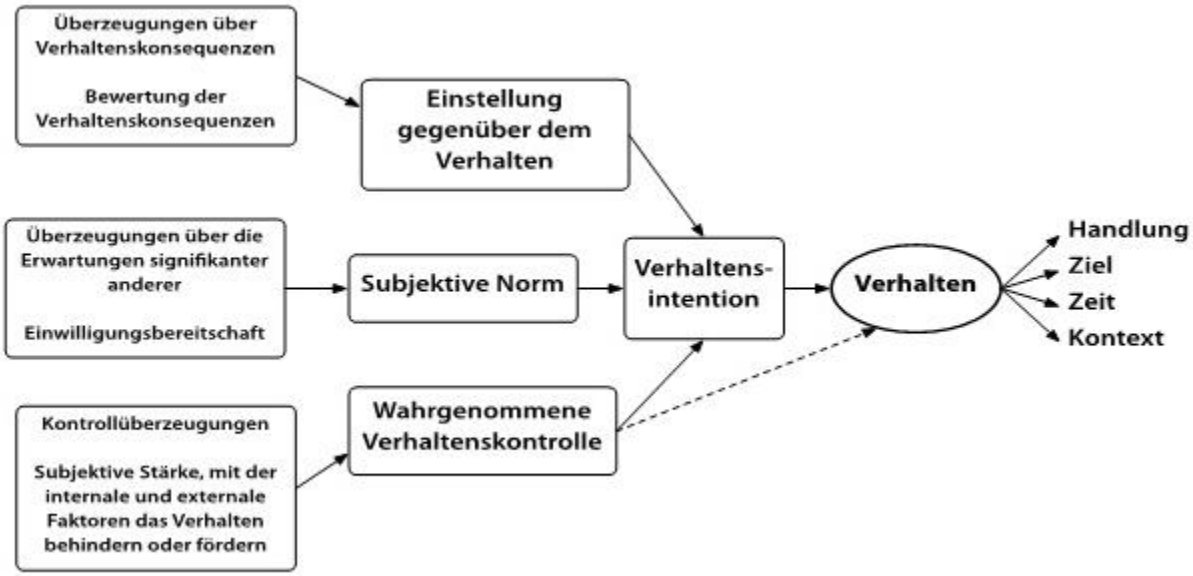


Abb. 3: Variablen der Theorie des Geplanten Verhaltens mit dem ergänzten Faktor „Wahrgenommene Kontrolle über das Verhalten"; Darstellung nach Schwarzer (2008, 53) mit Ergänzungen von Seibt.

Die Theorie berücksichtigt auch sozial-normative Faktoren. Die Absicht zu handeln wird demnach sowohl durch subjektive Einstellungen und Einschätzungen als auch durch soziale Normen und die Wahrnehmung äußerer Einflüsse bestimmt: Menschen führen mit hoher Wahrscheinlichkeit ein erwünschtes Verhalten durch, wenn sie a) glauben, dass dies ihrer Gesundheit nützt (Einstellung), und wenn sie b) Druck durch das soziale Umfeld erfahren, sich entsprechend zu verhalten (sozialer Einfluss), und wenn sie, c) die Entscheidungsmacht haben und sich in der Lage sehen, das Verhalten durchzuführen.

Als Schlüssel für Programmerfolge gilt somit die Identifikation der Faktoren, die für die jeweilige **Zielgruppe** am ehesten geändert werden sollten. Beispielsweise sind Jugendliche oft der Meinung, dass die meisten Mitschülerinnen und Mitschüler (bereits) multiple sexuelle Erfahrungen haben. Wenn sie bisher kein "erstes Mal" erlebt haben, fühlen sie sich in der Minderheit und nicht der sozialen Norm entsprechend. Sie fühlen sich nicht "normal", meinen, nicht mitreden zu können und haben Gruppendruck, den vermeintlichen Normen zu entsprechen. Dies kann zu unüberlegten und ungewollten sexuellen Begegnungen führen.

Theorie-geleitete Maßnahmen des Modells zielen auf die drei Faktoren *Einstellung*, *Norm* und *Verhaltenskontrolle*. Sie wurden für Gesundheitsprogramme vielfältig operationalisiert - etwa für Verhalten wie Rauchen, Alkohol trinken, sich medizinisch behandeln lassen, Kontrazeptive- und Kondombenutzung, sich anschnallen oder Sicherheitshelme tragen, regelmäßig Sport treiben, stillen, wählen gehen, Waren oder Dienstleistungen kaufen, Geld spenden etc.

Neben oder in Kombination mit der Sozialen Lerntheorie wird die Theorie des Geplanten Verhaltens heute häufig für Programme der Prävention und Gesundheitsförderung benutzt. Sie ist die Grundlage des Sozial-kognitiven Prozessmodells des Gesundheitsverhaltens. Die Theorie nützt bei der Identifizierung all jener Faktoren, die gesundheitsbezogenes Verhalten beeinflussen und hilft, Interventionsziele auszuwählen. Fachleuten der Gesundheitsförderung kann geraten werden, bei der Programmplanung sowohl die Wahrnehmung der Zielgruppe zu einem speziellen Gesundheitsthema zu erfassen als auch die sie beeinflussenden wichtigen Personen (zumeist aus dem direkten sozialen Umfeld) zu identifizieren und diese mit einzubeziehen. Einschränkend ist zu bedenken, dass es sich auch hier um eine individuumsbezogene, psychologische Theorie handelt. Strukturelle oder kulturelle Elemente werden nicht explizit beachtet bzw. es wird angenommen, dass diese bereits implizit in die Überzeugungen und deren Bewertung eingeflossen sind.

Attributionstheorie

Attributionen sind Zuschreibungen, d.h. subjektive Erklärungen für den Erfolg oder Misserfolg des eigenen Verhaltens, die zu unterschiedlichen Erfolgserwartungen für die Zukunft führen. Die Theorie postuliert, dass sich Menschen ein positives oder negatives Ergebnis ihres vergangenen Verhaltens rational erklären: sie suchen nach „Gründen“, die dann beeinflussen, welches Ergebnis sie als Folge ihres zukünftigen Verhaltens erwarten. Verschiedene, seit Mitte des 20. Jahrhunderts formulierte Gedankenmodelle mit Attributionen wurden vom US-amerikanischen Psychologen Bernard Weiner in den 1970er-Jahren als eigene Attributionstheorie zusammengefasst. Laut Theorie sind Erklärungen, die sich beispielsweise rückfällig gewordene Raucherinnen und Raucher über ihren „Misserfolg“ geben, entscheidend dafür, ob sie weitere Entwöhnungsversuche unternehmen werden. Selbstgegebene Erklärungen verlaufen innerhalb von drei Dimensionen:

1. *Verortung der Kausalität:* Liegt die Erklärung für das Ergebnis *innerhalb* oder *außerhalb* der eigenen Person? Ein Rückfall zum Rauchen kann entweder als eigene innere Schwäche *oder* durch äußere Umstände erklärt werden. Ein positives Ergebnis wird eher der eigenen Person, ein negatives Ergebnis der „Situation“ zugeschrieben. „Ich bin ein selbstbestimmter Mensch und kann das, wenn ich will“ ist eine der eigenen Person zugeschriebene Attribution. Eine als äußeren Gruppendruck verortete Kausalität ist hingegen: „Meine Freunde haben mich zum Rauchen verführt“.

2. *Stabilität:* Stabile Gründe für das Ergebnis sind unveränderbar und werden auch beim nächsten Mal wieder so erwartet. Nicht stabile Gründe könnten dagegen bei einem neuen Versuch nicht mehr oder anders vorliegen. Schreibt eine Person z.B. ihren Erfolg den eigenen Fähigkeiten zu und betont, dass „ich zu meinen Vorsätzen stehe“ (stabil), sind die Erwartungen auf einen erneuten Erfolg größer, als wenn sie

den Erfolg auf den instabilen Grund „Glück“ zurückführt. Wird der Misserfolg eigener Unfähigkeit zugeschrieben, „in diesen Situationen werde ich immer schwach“, ist dies eine stabilere Zuschreibung als dass „ich einen schlechten Tag hatte“. Menschen mit stabilen Zuschreibungen für den eigenen Misserfolg haben geringere Erfolgserwartungen und investieren folglich weniger Energie in bevorstehende Aufgaben.

3. *Kontrollierbarkeit:* Die dritte Dimension beschreibt den Grad der Kontrollierbarkeit künftiger Ergebnisse: „Mit mehr Anstrengung und Vorbereitung schaffe ich es beim nächsten Mal“ sagt einen Verhaltenserfolg besser voraus als „damit bin ich überfordert, das ist für mich sehr schwierig“.

Die Theorie wird eingesetzt, um Menschen eine *Um-Interpretation* von kontraproduktiven Zuschreibungen anzubieten, worin ihre Relevanz für die Gesundheitsförderung liegt. Die Theorie legt auch nahe, bei der Gestaltung von Projekten die Betroffenen selbst nach ihren „Laien“-Erklärungen zu befragen (**Subjektive Gesundheit/Alltagskonzepte von Gesundheit**).

Besonders bedeutend ist die Theorie für die Rückfallprävention. Für Menschen, die z.B. wieder rauchen, werden die genannten Gründe uminterpretiert, um sie zu einem erneuten Versuch zu motivieren. Zu diesem Zweck wird eine stabile und unkontrollierbare Attribution für Misserfolg („eigene Charakterschwäche“) in eine nicht stabile und kontrollierbare Attribution („die meisten Leute brauchen mehrere Anläufe, bevor sie es schaffen, und lernen dabei“) uminterpretiert. Werden zwischenzeitlich mehr Wissen und neue Fähigkeiten erworben, erhöht sich die Erfolgserwartung zusätzlich, was die Anstrengung vergrößert und einen nächsten Erfolg wahrscheinlicher macht (Selbstwirksamkeitsüberzeugung aus der Sozial-kognitiven Theorie).

Frühe attributionstherapeutische Interventionen in Deutschland bezogen sich u.a. auf die Veränderung der Ursachenzuschreibungen bei Herzneurotikern, Sprechängstlichen, Typ 1 und Typ 2-Diabetikern, Adipösen und Rauchern, z. T. mit präventiven und gesundheitsförderlichen Absichten. Dabei wurde im Rahmen von Einzel- und Gruppeninterventionen versucht, eine gesundheitsförderliche Attribution der persönlichen Kontrollierbarkeit herzustellen. Seit Jahren wird auch überlegt, gesundheitshinderliche Attributionen und fehlende gesundheitliche Eigenverantwortung bevölkerungsweit durch geeignete Gesundheitskommunikationen zu beeinflussen.

Die Attributionstheorie hat als Anleitung zur Veränderung von Gesundheitseinstellungen und -verhalten gedient,

- für Versuche, mit dem Rauchen aufzuhören,
- zur Gewichtskontrolle bei Übergewichtigen,

» um diskriminierende Einstellungen und Verhaltensweisen gegenüber HIV-infizierten oder AIDS-kranken Menschen zu beeinflussen.

Sozial-kognitive Theorie

Die Sozial-kognitive Theorie (SKT), früher Soziale Lerntheorie genannt, ist das Ergebnis jahrzehntelanger Bemühungen der Psychologie, Prinzipien menschlichen Verhaltens allgemeingültig zu erklären. Die Theorie beschreibt, wie Menschen *lernen*, insbesondere wie sie *sich verhalten lernen*. Die SKT befasst sich mit den Determinanten von Verhalten und legt programmatische Methoden zur Veränderung nahe.

Die SKT betont die Interaktion zwischen Individuum und Umwelt. Lernen und Handeln wird als Triade der drei Determinanten *Person*, *Verhalten* und *Umwelt* angesehen, die sich gegenseitig bedingen und beeinflussen:

1. Kognitive, affektive und biologische Determinanten der individuellen *Person*,
2. Verhaltensdeterminanten: das *Handeln* dieser Person, und
3. Einflüsse, die aus der sozialen oder physischen *Umwelt* auf die Person einwirken und / oder die von dieser Person auf die Umwelt ausgehen.

Dieses Prinzip wird als reziproker Determinismus bezeichnet (Abb. 4).

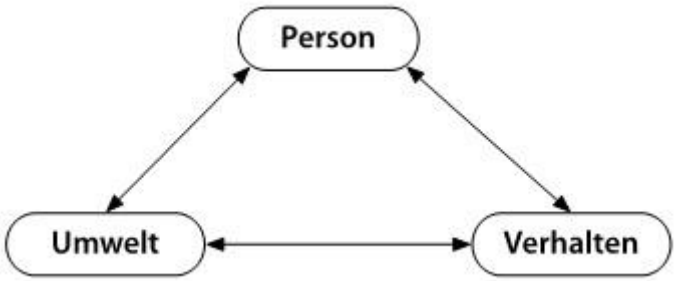


Abb. 4: Schema des „reziproken Determinismus" der drei ständig interaktiv aufeinander wirkenden Determinanten, nach: Bandura 1986; Darstellung von Seibt.

Gesundes Ernährungsverhalten beispielsweise wird zum einen durch individuelle Vorlieben, Einstellungen und Gewohnheiten beeinflusst (Person). Zum anderen bedarf es der Fertigkeit, beim Einkauf gesündere von weniger gesunden Nahrungsmitteln zu unterscheiden und diese zubereiten zu können (Verhalten). Drittens ist bedeutsam, ob und wie bestimmte Waren akzeptiert sind, z.B., Pferdefleisch, Algen, Maden oder roher Fisch, sowie die Verbreitung und Zugänglichkeit dieser Waren (Umwelt). Hier wird deutlich, dass das Zusammenspiel zwischen Person, Umwelt und Verhalten subtil und komplex verläuft, zumal in vielen Situationen "nur" informelle soziale und kulturelle Normen wirken (Umwelt), die individuell sehr unterschiedlich interpretiert werden können.

Die SKT ist Mitte der 1980er Jahre von Albert Bandura als Erweiterung der klassischen Lerntheorien entwickelt worden; jene hatten menschliches Verhalten als Konsequenz ei-

nes Reiz-Reaktions-Mechanismus erklärt. Durch die sozial-kognitiven Theorien sind *kognitive Erwartungshaltungen* „dazwischen geschaltet“ worden, die zwischen Umweltreiz und Verhalten "vermitteln": die *Erwartung von Konsequenzen* wirke vermittelnd auf das Verhalten. Menschen können sowohl durch eigene Erfahrungen (z.B. Kurzatmigkeit infolge des Rauchens), aber auch durch das Beobachten Anderer lernen: aus den Konsequenzen und Ergebnissen deren Verhaltens ziehen sie Schlüsse über das zu erwartende Ergebnis des eigenen Verhaltens. Damit spricht die Theorie Menschen auch die *Fähigkeit des beobachtenden oder stellvertretenden Lernens* zu.

In Gesundheitsprogrammen kann diese Fähigkeit genutzt werden, für gewünschtes Gesundheitsverhalten gezielt Vorbilder einzusetzen, wodurch Menschen lernen können: dass auch sie (wahrscheinlich) mit einem bestimmten Ergebnis rechnen können; dieses Konstrukt wird in der SKT „Ergebniserwartung“ genannt; dass und wie das Verhalten durchgeführt werden kann, was die „Selbstwirksamkeitseinschätzung“ erhöht.

Das Konstrukt *Selbstwirksamkeitseinschätzung* (*self-efficacy*) wird auch Handlungs- oder Eigenkompetenz, Selbstwirksamkeits- oder Kompetenzerwartung genannt. Sie ist definiert als Einschätzung der eigenen Fähigkeit und Möglichkeit, ein Verhaltensergebnis zu erreichen bzw. als Überzeugung, ein Verhalten erfolgreich durchführen zu können. Dieses SKT-Konstrukt ist in andere Theorien übernommen worden (Modell der Gesundheitsüberzeugungen, Theorie des Geplanten Verhaltens, Sozial-kognitives Prozessmodell des Gesundheitsverhaltens, Theorie der Schutzmotivation).

Durch die SKT ist für die Gesundheitsförderungspraxis für gesundheitspsychologische Interventionen erkannt worden, dass Maßnahmen nicht nur isoliert auf das Individuum, d.h. auf sein Verhalten oder seine Einstellungen fokussiert werden können. Zusätzlich zeigt die Theorie die dynamische und wechselseitige Beeinflussung zwischen Individuum, dessen Verhalten und der sozialen und / oder physischen Umwelt auf, was für die Praxis bedeuten kann, Handlungsfähigkeiten und Wissen des Individuums durch Training und reflektierte Lernmöglichkeiten zu fördern, und dabei auch die Umwelt und das soziale Umfeld zur Unterstützung mit einzubeziehen: dafür sollen gezielt Rollenmodelle als Vorbilder eingesetzt werden, um das Wahrnehmen der Umwelt und die eigene Kompetenzeinschätzung zu verändern.

Für theoriegeleitete Präventions- und Gesundheitsförderungsprogramme wird die SKT neben der Theorie des Geplanten Verhaltens und dem **Transtheoretischen Modell** wahrscheinlich am häufigsten genutzt. Die Gründe dafür sind, dass sie Konstrukte hat, die sich für die Veränderung von Problemverhalten als besonders relevant erwiesen haben;sich ihre Konstrukte relativ leicht für die Praxis und Evaluation operationalisieren lassen; aus langjährigen Praxiserfahrungen die Möglichkeit erwuchs, ein

theoretisches Modell der Psychologie für immer neue Problembereiche (z.B. die Gewaltprävention) in den angewandten **Gesundheitswissenschaften / Public Health** zu nutzen. Historisch ist es das Verdienst dieser Theorie, dass durch sie auf die enorme Bedeutung der Umwelt / des Umfeldes auf das Verhalten von Menschen aufmerksam gemacht wurde. Heute wird sie in Public Health-Kampagnen weltweit stark genutzt (insbesondere in Australien und den USA).

Literatur:

Literatur Modell der Gesundheitsüberzeugungen (Health Belief Model) :

Skinner CS / Tiro J / Champion VL, The Health Belief Model, in: Glanz K/ Rimer BK/ Viswanath K, eds. Health Behavior: Theory, Research, and Practice. Jossey-Bass, 2015, 75-94

National Institutes of Health (NIH), Theory at a Glance: A Guide for Health Promotion Practice, National Cancer Institute, USA 2005

Schwarzer R, Psychologie des Gesundheitsverhaltens. 3., überarb. Auflage, Berlin 2004

Nutbeam D / Harris E / Wise M, Theory in a Nutshell - A practical guide to health promotion theories. 3rd ed, Sydney 2010

Literatur Theorie der Schutzmotivation :

Rogers RW, Cognitive and physiological processes in fear appeals and attitude change: A revised theory of protection motivation, in Cacioppo JR / Petty RE (eds.), Social psychology: A sourcebook, New York: Guilford Press, 1983, 153-176

BZgA (Hg.), Prävention durch Angst? - Stand der Furchtappellforschung. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 4; Köln 1998

Drambyan Y, Die Theorie der Schutzmotivation heute - Eine Studie zur Wirksamkeit und graphischen Warnhinweisen auf Zigarettenschachten, Hamburg; 2011

Lippke S / Renneberg B, Theorien und Modelle des Gesundheitsverhaltens, in: Renneberg Hammelstein P (Hg.), Gesundheitspsychologie, Heidelberg, Springer Medizin Verlag,2006, Kap. 5, 35-60. https://en.wikipedia.org/wiki/Protection_Motivation_Theory. Gesehen am 3.1. 2016

Literatur Theorie des Geplanten Verhaltens:

Ajzen I, The Theory of Planned Behavior, in: Organizational Behavior and Human Decision Processes, 1991, 50, 179-211

Schwarzer R, Psychologie des Gesundheitsverhaltens. 3., überarb. Auflage, Berlin 2004, 53

Montano DE / Kasprzyk, Theory of Reasoned Action, Theory of Planned Behavior, and the Integrated Behavioral Model, in: Glanz K/ Rimer BK/ Viswanath K, eds. Health Behavior: Theory, Research, and Practice, San Francisco, Jossey-Bass, 2015, 95-124

Literatur Attributionstheorie:

Weiner B, An attributional theory of motivation and emotion, New York 1996

Haisch J, Attributionsverändernde Maßnahmen in Psychotherapie und Medizin: Theoretische Begründung, Ansatzpunkte und Erfolg, in: Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie 43, 1995, 234-248

Haisch J, Wie Eigenverantwortung und Beteiligung der Bevölkerung an der Prävention gestärkt werden können. Public Health Forum 12, 2004, 16

Lewis F / Daltroy LH, How Causal Explanations Influence Health Behavior: Attribution Theory, in: Glanz K / Lewis FM / Rimer BK, eds, Health Behavior and Health Education - Theory, Research and Practice, 2nd ed, San Francisco 1990, 92-114

Schwarzer R, Psychologie des Gesundheitsverhaltens. 3., überarb. Auflage, Berlin 2004, 51-56

Literatur Sozial-kognitive Theorie:

Bandura A, Social Foundations of Thought and Action - A Social Cognitive Theory, Englewood Cliffs 1986

McAlister AL / Perry CL / Parcel GS, Social Cognitive Theory, in: Glanz K / Rimer BK / Viswanath K, Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice, 4th edition, San Francisco 2008, 169-188

Kelder SH / Hoelscher D / Perry CL, How Individuals, Environments, and Health Behaviors Interact, in: Glanz K/ Rimer BK/ Viswanath K, eds. Health Behavior: Theory, Research, and Practice. Jossey-Bass, 2015, 159-182

Schwarzer R, Psychologie des Gesundheitsverhaltens. 3., überarb. Auflage, Berlin 2004, 61-73

Nutbeam D / Harris E, Theory in a Nutshell - A practical guide to health promotion theories, 2nd ed, Sydney 2009.

Verweise:

Gesundheitswissenschaften / Public Health, Prävention und Krankheitsprävention, Sozial-kognitive Theorie (Erklärungs- und Veränderungsmodelle I), Sozial-kognitives Prozessmodell des Gesundheitsverhaltens (Erklärungs- und Veränderungsmodelle II), Subjektive Gesundheit: Alltagskonzepte von Gesundheit, Transtheoretisches Modell der Phasen der Verhaltensänderung (Erklärungs- und Veränderungsmodelle II), Zielgruppen, Multiplikatorinnen und Multiplikatoren

Erklärungs- und Veränderungsmodelle II: Stufen und Phasen von Planungs- und Veränderungsprozessen

Annette C. Seibt

(letzte Aktualisierung am 25.04.2016)

Einleitung und Hintergrund

Im Leitbegriff „Erklärungs- und Verhaltensmodelle I“ wurden Theorien vorgestellt, die sich mit der "Einstellungs-Black Box" als Mittlerin zwischen Wissen und Verhaltensänderungen auseinandersetzen und auf Analysen und Vorhersagen von Risiko- und Gesundheitsverhalten fokussieren. Die im Folgenden vorgestellten drei Modelle befassen sich mit den aufeinander folgenden Stufen oder Phasen von Planungs- und Veränderungsprozessen. Diese Modelle unterstützen schwerpunktmäßig die Konzeptionalisierung und theoriegeleitete Operationalisierung von Planungs- und Analyseschritten sowie deren systematische Durchführung und differenzierte Evaluation. Dabei beziehen sie eine zeitliche Dimension für Veränderungen mit ein: sie verweisen auf eine Verlaufstruktur mit einem "zuerst" und einem darauf folgenden "dann".

Das als erstes vorgestellte PRECEDE/PROCEDE-Modell ist vermutlich das umfassendste Planungs- und Evaluationsmodell in der Gesundheitsförderung und Prävention, das in den USA und den Niederlanden zwischenzeitlich als "Intervention Mapping-Model" weitere Ausdifferenzierungen erfahren hat. In seiner neuesten Version ist es ein umfassendes Gerüst u.a. auch für die Integration der als Leitbegriff „ Erklärungs- und Verhaltensmodelle I“ vorgestellten Theorien und Modellen.

PRECEDE / PROCEED-Modell

Das PRECEDE/PROCEED-Modell bietet ein Gerüst für die Entwicklung und Evaluation von Gesundheitsmaßnahmen. Sein Zweck ist es, Projekte partizipativ und ergebnisoffen zu beginnen und sie bedarfsorientiert durchzuführen. Seit seiner Entstehung 1974 war das Modell zumeist als Planungsmodell genutzt worden, seit 2005 wurde es dahingehend erweitert, auch Konstrukte anderer Theorien einzubeziehen und zu kombinieren. Entlang des Modells wird differenziert aufgezeigt und begründet, in welchen Planungsphasen welche andere Theoriekonstrukte am effektivsten eingesetzt werden können (**Modell der**

Gesundheitsüberzeugungen / Health Belief Modell, Sozial-kognitive Theorie, Diffusionstheorie).

Im Modell wird zwischen *kausalen Theorien* und *Aktionstheorien* unterschieden. *Kausale Theorien* sind so definiert, dass sie die Beziehung zwischen Einflussfaktoren oder Determinanten eines Verhaltens und deren Wirkungen erklären. Davon abgegrenzt erklären *Aktionstheorien*, wie die Interventionsmaßnahmen diese Determinanten als Projektergebnis beeinflussen (sollen). Die Kombination beider Theorietypen bezeichnen die Autoren des Modells, Lawrence W. Green und Marshall W. Kreuter, als *Programmtheorie*. In einer Programmtheorie wird die Einschätzung der ursächlichen Ausgangslage - also die identifizierten kausalen Zusammenhänge der im Englischen *Assessments* genannten Beschreibungen des Status-Quo - aufgenommen, woraus dann die Interventionsplanung und Evaluationsindikatoren abgeleitet werden.

PRECEDE (übersetzt: „in Zeit- oder Reihenfolge vorangehen“) ist ein englischsprachiges Akronym für „Predisposing, Reinforcing and Enabling Causes in Educational Diagnosis and Evaluation“ - das Modell besagt, dass für jedes Interventionsprojekt zunächst eine Diagnose der Ausgangslage und -bedingungen vorgenommen werden soll. In diesen mehrphasigen Diagnoseprozess sollen die Betroffenen einbezogen werden. Damit ist Precede/Proceed ein explizit partizipatorisches Planungsmodell (**Partizipation**).

Das Modell startet mit dem Verständnis für die übergeordneten, gewünschten Ergebnisse eines Programms. Nicht das „Wie“ oder „Was“, sondern das umfassende „Warum“ ist die Ausgangsfrage: "Warum kann und soll das Programm dazu beitragen, die Lebensqualität bzw. Gesundheit einer Population zu verbessern?". Nach der Formulierung der gewünschten Ergebnisse und Ziele wird dann in Richtung originäre Ursachen zurück gearbeitet, und die jeweiligen Einflüsse werden systematisch abgeleitet und ausformuliert (Abb. 1).

Phase 1 umfasst die *Soziale Diagnose*. Ihr Fokus sind die von befragten „Community“-Mitgliedern genannten Beeinträchtigungen ihrer Lebensqualität wie z.B. Kriminalität, Wohn-, Arbeits- und Lebensverhältnisse, strukturelle Diskriminierung, Analphabetismus, Arbeitslosigkeit, soziale Infrastruktur. Es wird die allgemeine Lebensqualität erhoben und neben den Problemen auch Ressourcen und Prioritäten erfasst.

In Phase 2, der *epidemiologischen Diagnose,* werden Statistiken und epidemiologische (Stadtteil-) Daten herangezogen, die mit den in Phase 1 genannten Themen in Verbindung stehen. Beispiele sind Mortalitäts- und Morbiditätsraten, Prävalenzen und Inzidenzen von Risikofaktoren oder soziale Kosten von Problemen. Ein Abgleich der Ergebnisse von Phase 1 und 2 verhindert die Entwicklung von Projekten, die die Betroffenen als unwichtig erachten.

In Phase 3, der *Verhaltens- und Umweltdiagnose*, werden diejenigen verhaltens- / lebensstil- bzw. umweltbezogenen Faktoren identifiziert, die mit den in Phase 2 als dringlich erkannten Problemen zusammenhängen. Hier sollte nach Alter, Geschlecht, sozialökonomischem Status, Ethnizität differenziert werden. Beispiele für *verhaltens-* bzw. *lebensstilbezogene* Faktoren sind Gesundheitsverhalten, Einstellungen zu Prävention und Vorsorge, Bewältigungsstrategien, Kauf- und Konsumverhalten, Nutzung von Dienstleistungen und Einrichtungen. Als *umweltbezogene* Faktoren zählen Einflüsse der direkten Umwelt, von Organisationen und Einrichtungen, die „Community" mit ihren politischen, physischen und ökologischen Strukturen, und die allgemeinen gesellschaftlichen Rahmenbedingungen. Als Beispiel sei hier der Ernährungszustand von Kindern genannt, welcher das Ergebnis des eigenen Kauf- und Essverhaltens gekoppelt mit dem Angebot aus dem Umfeld, z.B. der Schulkantine, sein kann.

In Phase 4, *Erziehungs- und Organisationsdiagnose* genannt, werden die Ursachen und Hintergründe der in Phase 3 identifizierten Faktoren und deren Interaktionen analysiert. Die Analyse dieser Faktoren erfolgt entlang dreier Dimensionen: *Neigungsfaktoren* (*predisposing*) sind die Kenntnisse und Einstellungen, Wahrnehmungen und Werte, Überzeugungen und Auffassungen, welche die Betroffenen in Hinblick auf ihre Gesundheit beeinflussen; *Befähigungsfaktoren* (*enabling*) sind Faktoren, die etwas Erwünschtes möglich(er) machen; sie reichen vom Erlernen neuer Fertigkeiten und Fähigkeiten über Ressourcen, die ein Verhalten oder eine Umweltveränderung unterstützen, bis zur Modifikation sozialer Normierungen oder Umstrukturierung gesellschaftlicher Strukturen;
Verstärkungsfaktoren (*reinforcing*) sind „Belohnungen" und Feedbacks, welche Personen, Gruppen oder „Communities" erhalten, nachdem sie etwas Neues ausprobiert haben; Verstärkungen werden gegeben von u.a. Peers, Familienmitgliedern, Nachbarn, Arbeitgebern, Gesundheits- und anderem Personal oder von Institutionen - Beispiele sind die Auszeichnung als „Gesunder Betrieb" oder der „Gesunde Städte-Preis".

Die explizite Beachtung und Ausdifferenzierung der drei Dimensionen Neigung, Befähigung oder Verstärkung war das Innovative des PRECEDE-Modells, weil dadurch Betroffenen-spezifische Projekte konzeptionalisiert werden konnten.

In der 5. Phase, der *administrativen und politischen Diagnose,* liegt der Analyseschwerpunkt auf der Abwägung und Bemessung der organisatorischen, verwaltungsbezogenen, politischen und finanziellen Ressourcen für das Projekt. Erst in dieser Phase soll ein Abgleich mit Ressourcen, Gesetzen oder Rahmenbedingungen vorgenommen werden, um vorschnelle Einschränkungen zu verhindern: erst jetzt soll, z.B. bei knappen Mitteln oder mangelnder Kompetenz, nach synergistischen Lösungen, wie z.B. Kooperationen mit anderen Gruppierungen, gesucht werden.

Nach dieser fünften Analysephase endete das ursprüngliche PRECEDE-Modell. Anfang der 1990er Jahre wurden ihm vier weitere Phasen hinzugefügt: eine Durchführungsphase sowie drei Evaluationsphasen. Mit dieser Weiterentwicklung wurde die Analyse der sozialen, politischen, organisationsbedingten, ökonomischen und ökologischen Kräfte - sozusagen die „Verhältnisse“ bzw. **Gesundheitsdeterminanten** - nochmals deutlicher einbezogen. Die Bezeichnung des Modells wurde durch PROCEED (was mit „Fortfahren“ übersetzt werden kann) erweitert: ein Akronym für „Policy, Regulatory, and Organizational Constructs in Educational and Environmental Development“. Das gesamte Modell ist heute als PRECEDE/PROCEED-Modell bekannt.

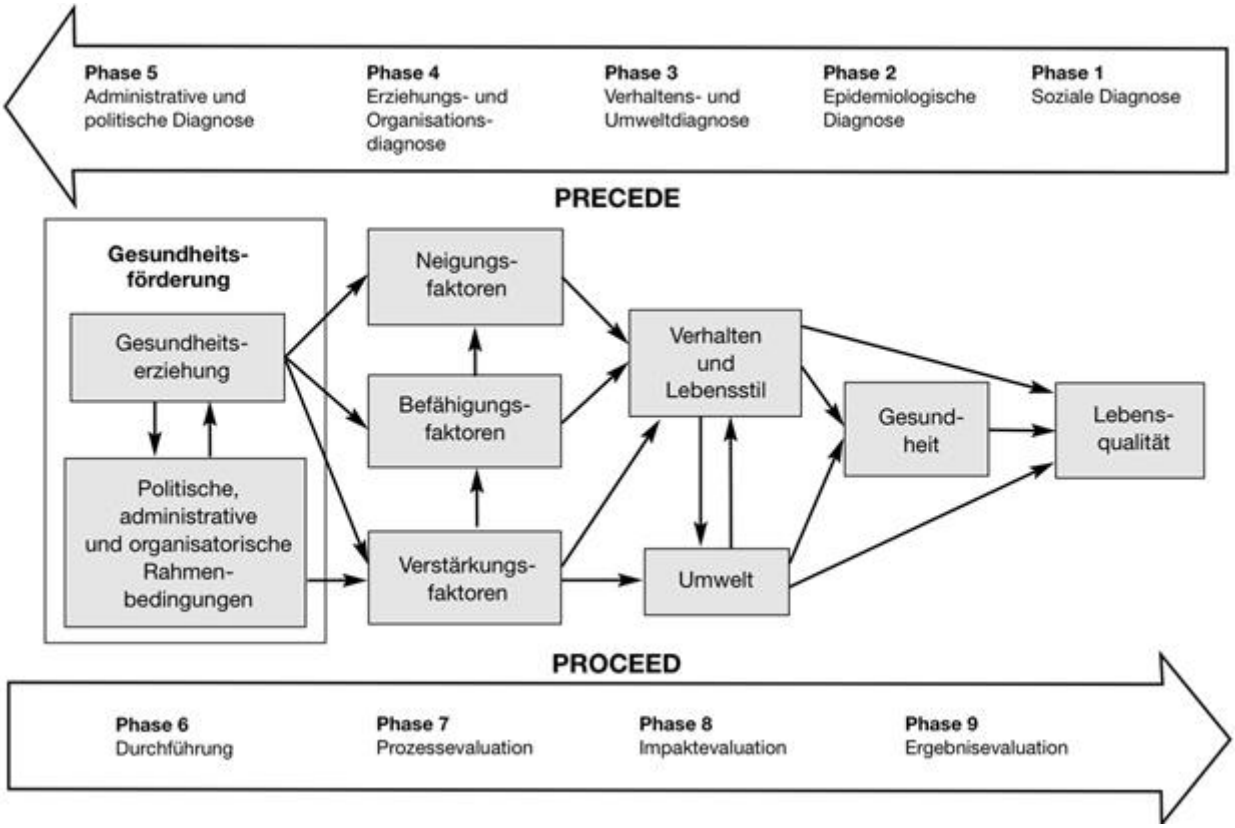


Abb. 1: Das PRECEDE/PROCEED-Modell von Green und Kreuter, Darstellung von Seibt.

Die 6. Phase des Modells, die *Durchführung*, beschäftigt sich mit den Rahmenbedingungen, den verschiedenen Interessenlagen und den unterschiedlichen Standards für die Evaluation eines Gesundheitsförderungs-Programms.

Die folgenden Phasen 7, 8 und 9 heißen *Prozess-*, *Impakt-* und *Ergebnisevaluation*. Stichworte für die Phase 7 der *Prozessevaluation* sind > Qualitätskontrolle, Audits, Zertifizierungen und Akkreditierungen, aber auch Peer Reviews. Es geht um Informationen zum Verlauf des Programms, oft formative Evaluation genannt: frühe Fehler oder Missverständnisse können hier korrigiert werden. Die *Impaktevaluation* der 8. Phase bewertet die Veränderungen in den Aspekten Wissen, Einstellungen, Fertigkeiten, Ressourcen. Insbe-

sondere die in Phase 4 identifizierten Neigungs-, Befähigungs- und Verstärkungsfaktoren werden hier verknüpft und ausgewertet. Als *Impakt* werden zusätzlich Veränderungen in der physischen und ökologischen Umwelt, der sozialen Infrastruktur, von Richtlinien oder Gesetzen, benannt. Die *Ergebnisevaluation* der 9. Phase erfasst die langfristigen Veränderungen im Gesundheitszustand der Bevölkerung. Diese werden durch Daten zur Morbidität, Mortalität und zu Risikofaktoren, in Angaben zur sozialen Kohärenz, zum subjektiven Gesundheitsbefinden und zur Lebensqualität gemessen. Hier schließt sich der Kreis des Modells durch die Rückkoppelung der in Phase 1 identifizierten Ziele.

Das Modell hat seinen Schwerpunkt als Analyseinstrument in der Programmplanungsphase. Die besondere Stärke liegt in der Ausdifferenzierung der Neigungs-, Befähigungs- und Verstärkungs-Faktoren. Das PRECEDE/PROCEED-Modell basiert auf Erkenntnissen und Erfahrungen der Epidemiologie und Biomedizin, der Sozial-, Verhaltens-, Erziehungs- und Politikwissenschaften. Es geht von der Annahme aus, dass Gesundheit und Gesundheitsrisiken nur durch multisektorale und multidimensionale Anstrengungen beeinflusst werden können.

An dieser Stelle kann auf das aus den Politikwissenschaften für die Gesundheitswissenschaften entliehene Model des **Gesundheitspolitischen Aktionszyklus / Public Health Action Cycle** verwiesen werden. Die neun PRECEDE/PROCEED-Phasen finden sich komprimiert in den vier Stufen des PHAC-Kreises wieder: 1. Problembestimmung, 2. Strategieformulierung, 3. Umsetzung, 4. Bewertung. Im Idealfall ergibt das Ergebnis der Bewertung eine neue Problembestimmung, und der Zyklus wird von neuem durchgearbeitet.

Das Modell hat sich bei Hunderten von Projekten auf lokaler, regionaler, nationaler sowie internationaler Ebene als sehr robust erwiesen. Ein umfassendes Beispiel aus Deutschland ist seine Anwendung als praxisorientierter Forschungsprozess für das BZgA-Pilotprojekt zum Einsatz von Social Media in der gesundheitlichen Aufklärung im Bereich Familienplanung und Sexualaufklärung (2015). Beforscht wurden Nutzung und Interaktion der BZgA-Websites www.loveline.de und www.familienplanung. de mit der Zielgruppe Jugendliche, außerdem neuere Kommunikationskanäle wie beispielsweise Foren-Webcare, Facebook-Fanpages, Facebook-Kooperationen, Facebook-Badges. Das Projektdesign nutzte das Precede-Proceed-Model in der Analyse-, Entwicklungs- und Evaluationsphase.

Transtheoretisches Modell der Phasen der Verhaltensänderung (TTM) - Stages of Change

Das Transtheoretische Modell, auch Phasen- oder Stufenmodell genannt (*Stages of Change*), wurde in den 1970er Jahren in den USA entwickelt. "Trans" verweist auf die Integration von Prozessen und Prinzipien aus verschiedenen psychologischen Disziplinen. Dem Modell zufolge durchlaufen Menschen oder Gruppen typischerweise fünf Phasen, um ein

bislang regelmäßig durchgeführtes Verhalten zu verändern bzw. ein neues Verhalten zu beginnen. Das Modell war zunächst zur Problematik rund um die Raucherentwöhnung und Drogenabhängigkeit entwickelt worden. Zunehmend wurde es auf andere gesundheitsrelevante Probleme angewandt wie z.B. auf Angstzustände, Depressionen, Essstörungen, HIV-Prävention, Mammographie-Screening, Verhütung ungewollter Schwangerschaften, Sonnenbrandschutz u.a.. Hier die Kurzbeschreibung der Phasen des Models (Abb. 2):

Phase (mit englischem Namen)	**Definition**	**Potenzielle Veränderungsstrategien**
Absichtslosigkeit (precontemplation)	Hat nicht die Absicht einer Verhaltensänderung innerhalb der nächsten sechs Monate	Das Bewusstsein für die Notwendigkeit einer Veränderung erhöhen; Informationen über Risiken und Vorteile personalisieren
Absichtsbildung (contemplation)	Hat die Absicht, innerhalb der nächsten sechs Monate das Verhalten zu ändern	Motivieren und ermutigen, spezifische Pläne zu machen
Vorbereitung (preparation)	Hat die Absicht, eine Veränderung innerhalb der nächsten 30 Tage vorzunehmen und hat einige entsprechende Schritte bereits unternommen	Bei der Entwicklung und Umsetzung konkreter Verhaltenspläne assistieren; darin unterstützen, graduelle Ziele zu setzen
Umsetzung (action)	Hat das Verhalten für weniger als sechs Monate geändert	Mit Feedback, Problemlösungen, sozialer Unterstützung und Bestätigung assistieren
Stabilisierung (maintenance)	Hat das Verhalten für länger als sechs Monate geändert	Assistieren beim Coping, durch Gedächtnisstützen, beim Alternativen finden, beim Vermeiden von Ausrutschern/Rückfällen (je nach Situation)

Abb. 2: Phasen der Verhaltensänderung nach dem Transtheoretischen Modell („stages of change“), Darstellung von Seibt

- ***Phase 1**: Absichtslosigkeit (precontemplation,* auch *Unbewusstseinsphase* genannt*):* Hier zieht die Person nicht in Betracht, ihr Verhalten in absehbarer Zeit zu ändern, z.B. Sport zu treiben. Für entsprechende Informationen ist sie nicht offen. Fachkräfte bezeichnen Menschen in dieser Phase als "resistent" oder unmotiviert.
- ***Phase 2**: Absichtsbildung (contemplation,* auch *Aufmerksamkeitsbereitschafts-, Zweifel- oder Erwägungsphase* genannt*):* Das anzustrebende Verhalten wird nicht ausgeführt, es besteht jedoch möglicherweise die Absicht zur Veränderung. Personen in dieser Phase öffnen sich für neues Wissen und Beobachtungen. Sie beginnen, das eigene Verhalten zu überdenken: „Wie würde meine Umwelt reagieren?“, „Könnte ich mir die Mitgliedschaft in einem Sportclub leisten?“. Argumente dafür und dagegen werden abgewogen. Diese Evaluationen ermöglichen die gedankliche Vorwegnahme eines alternativen Verhaltens. In dieser sehr ambivalenten Phase verbleiben Personen in der Regel längere Zeit, das Gewohnte wird noch positiver bewertet.
- ***Phase 3**: Vorbereitung (preparation,* auch *Such- und Informationsphase* genannt*):* In dieser Phase hat die Person viele „Pro“-Argumente gesammelt und Vorbereitungen getroffen; häufig hat sie erste Schritte bereits unternommen (z.B. die Sportvereine der Nachbarschaft recherchiert und Probestunden besucht). Die Selbstwirksamkeitseinschätzung (**Sozial-kognitive Theorie**) ist relativ hoch. In dieser Phase geht es um das „Ausprobieren“.
- ***Phase 4**: Umsetzung (action,* auch *Handeln* genannt): Personen in dieser Phase führen das neue Verhalten seit kurzem aus. Sie agieren aus einem Gefühl der Selbstbefreiung heraus („Ich treibe Sport!”). Für diese Phase wird geraten, Unterstützung aus dem sozialen Umfeld mit einzubeziehen, da eine hohe Rückfallwahrscheinlichkeit besteht.
- **Phase 5**: Stabilisierung *(maintenance,* auch *Aufrechterhaltung* genannt): In dieser Phase wird das neue Verhalten stetig ausgeführt (regelmäßiger Sport). Es haben sich neue Gewohnheiten gebildet. Die Rückfallwahrscheinlichkeit ist jedoch immer noch da, z.B. bei Ex-Rauchern fast 50% nach 12 Monaten und 7% nach 5 Jahren.

Manchmal wird noch eine 6. Phase, *termination,* genannt. Hier besteht keinerlei Versuchung mehr, das ehemalige Verhalten auszuführen - als hätte es niemals stattgefunden. Als historisches Beispiel sei hier die Anschnallpflicht im Auto genannt, die, Mitte der 1970er Jahre eingeführt, damals als nicht durchführbar angesehen wurde.

Für Veränderungen hat sich die Berücksichtigung eines Phasenverlaufs sowohl im professionell gesteuerten als auch im Laien- und Selbsthilfebereich als bedeutsam erwiesen. In den letzten Jahren kristallisierte sich die zunehmende Bedeutung der Entscheidungsbalance von Argumenten „dafür“ (Pro’s) und „dagegen“ (Con’s) heraus. Bei einer Hinwendung zur Absichtsbildung nehmen die Pro-Argumente deutlich zu, und es kann eine Abnahme der Gegen- und eine Zunahme der Pro-Argumente über alle jeweils folgenden Pha-

sen gefunden werden: bei Menschen in der Aktionsphase werden etwa doppelt so viele „dafür-“ als „dagegen-“ Argumente gezählt. Dies spricht dafür, bei Interventionsplanungen mehr Gewicht auf die Vorteile und den Nutzen als auf die Beseitigung der Kosten und Barrieren zu legen.

Das Modell hilft Fachkräften, Individuen oder Gruppen nach Phasen zu identifizieren und Maßnahmen phasenspezifisch zu entwickeln. Die meisten Präventionsprogramme heutzutage sind jedoch aktionsorientiert und erwarten eine schnelle Verhaltensänderung. Das Modell macht klar, dass durch Aktionsaufforderungen nur Personen angesprochen werden, die sich in den späteren Vorbereitungs- und Umsetzungsphasen (3 und 4) befinden. Ein Großteil der Population, also diejenigen in der Absichtslosigkeit oder Absichtsbildung (Phase 1 und 2), werden durch eine Einladung in Aktionsprogramme gar nicht erreicht (z.B. durch „Just-do-it“-Kampagnen). Sie sind (noch) nicht „ready for action“.

Für die Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung bietet das Modell analytische und prädiktive Hilfen: bei der Problemanalyse differenziert es Individuen oder Gruppen anhand der Phase, in der sie sich im Durchschnitt befinden. Im nächsten Schritt kann das Modell für die Ausarbeitung von Interventionsmaßnahmen genutzt werden, die dann „passgenau“ bzw. phasensensibel entwickelt und implementiert werden.

Das Phasenmodell macht es möglich, Projekte auch dann als erfolgreich zu bewerten, wenn sich Personen oder Gruppen „nur“ zur nächsten Phase hin weiterentwickelt haben. Eine modellspezifische Evaluation lässt erkennen, ob Menschen eine Phase „voran“ gekommen sind, auch wenn sich dies (noch) nicht als verhaltensgeändertes Endergebnis zeigt. Diese Erkenntnis hat in der Präventions- und Gesundheitsförderungsforschung den Wechsel vom Aktions- zum Phasenparadigma mit angestoßen.

Forschungs- und evaluationsmethodisch ist für dieses Modell kritisch auf einige Punkte hingewiesen worden: Ggfs. ließen sich die einzelnen Phasen nicht exakt voneinander trennen, wodurch eine forschungsrelevante Operationalisierung der Phasen-Konstrukte, der Interventionsmaßnamen und der angemessenen Messinstrumente nicht präzise möglich wäre. Ferner wurden konzeptionelle Überschneidungen bzw. Ergänzungen mit Konstrukten anderer Modelle vorgetragen u.a. mit den Konzepten der Selbstwirksamkeit und Ergebniserwartung (beide aus der **Sozial-kognitive Theorie**), den Vor- und Nachteilen des **Modells der Gesundheitsüberzeugungen / Health Belief Model** und mit Theorien, die mit verschiedenen Ausprägungen von Intentionen operieren (**Theorie des Geplanten Verhaltens**, das **Sozial-kognitive Prozessmodells des Gesundheitsverhaltens**). An dieser Stelle sei auch nochmals auf die neueste Version des Precede-Proceed-Modells verwiesen, das nahe legt, Konstrukte der verschiedenen Modelle und Theorie auf ihren Nutzen für die konkrete Thematik zu überprüfen und ggfs. miteinander zu verknüpfen.

Das Stages-Modell hat sich im Rahmen von Risikominimierung bei individuumsbezogenen und zielgruppenorientierten Informationskampagnen v.a. in der Suchthilfe bewährt. Beispiele aus Deutschland sind das mittlerweile in 15 Bundesländern implementierte Bundesmodellprojekt „Hart am Limit (HaLT)“ zur Prävention des riskanten Alkoholkonsums von Jugendlichen und das Programm „Rauchfreie Schule - Der Weg: fünf Schritte zum Erfolg“ der nordrhein-westfälischen ginko-Stiftung mit den Phasen 1 - Orientieren: Bestandsaufnahme als Grundlage, 2 - Entscheiden: Die Schulkonferenz ist gefragt; 3 - Planen: Ein ausgewogenes Konzept erstellen; 4 - Handeln: Die einzelnen Elemente umsetzen; 5 - Sichern: Den Erfolg zu Regel machen. Auch die 2011 vollständig überarbeitete Broschüre „rauchfrei!“ der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen arbeitet mit einer Aufteilung in fünf Betroffenheits- und Motivationsstufen und der jeweiligen Abfrage von Argumenten „dafür“ (Pro’s) und „dagegen“ (Con’s), um die Entscheidungsbalance und damit das Veränderungsstadium zu ermitteln.

Eine Zusammenführung der Konzepte des Stages-Modells mit dem der Motivierenden Gesprächsführung wurde von der BZgA, der ginko-Stiftung u.a. als Basis für Fortbildungen zu den MOVE-Projekten (Motivierende Kurzintervention) genommen, um die Interventionen den jeweils spezifischen Veränderungsmotivationen der Zielgruppen anzupassen. Ein BZgA-Leitfaden zur Kurzintervention bei Raucherinnen und Rauchern (2006) basiert auf diesen Kommunikationsmodellen, wobei hier Ärztinnen und Ärzte auf ein Gespräch für die Förderung des Nichtrauchens mit ihren Klienten vorbereitet werden sollen.

Sozial-kognitives Prozessmodell des Gesundheitsverhaltens / Health Action Process Approach (HAPA)

Das sozial-kognitive Prozessmodell des Gesundheitsverhaltens (*Health Action Process Approach - HAPA)* ist ein Modell zur Erklärung und Vorhersage gesundheitsförderlichen oder -schädigenden Verhaltens mit Fokus auf verschiedenen Selbstwirksamkeitsüberzeugungen (**Sozial-kognitive Theorie**), die in diesem Modell nochmals ausdifferenziert sind. Das Modell erläutert, warum Menschen ihre Intentionen oder Verhaltensabsichten oft nicht in tatsächliches Verhalten umsetzen, und füllt damit die in der **Theorie des Geplanten Verhaltens** bestehende Lücke zwischen Intentionen und Verhalten aus.

Das Modell wurde von Ralf Schwarzer und MitarbeiterInnen seit 1992 im Arbeitsbereich Gesundheitspsychologie der Freien Universität Berlin entwickelt. Es integriert die Konstrukte anderer Verhaltensänderungstheorien, bezieht sie aufeinander und differenziert sie in einigen Bereichen aus. Laut Modell müssen für eine Verhaltensänderung zwei Phasen durchlaufen werden: die Motivationsphase (*motivation*) und die Willensphase (*volition*).

In der ersten Phase der *Motivation* wirken drei Konstrukte auf die zu entwickelnde *Intention*, die Menschen am Ende dieser ersten Phase als Zielabsicht gebildet haben (Abb. 3):

- Die *Risikowahrnehmung* beruht auf der subjektiven Einschätzung der eigenen Verwundbarkeit und deren Schweregrad (**Modell der Gesundheitsüberzeugungen / Health Belief Modell**);
- Die *Handlungsergebniserwartung* drückt aus, dass für eine Verhaltensänderung die Voraussetzung bestehen muss, auch Alternativen und positive Ergebnisse erkennen zu können. Verschiedene Handlungsalternativen lassen in dieser Phase unterschiedliche positive und negative Ergebnisse erwarten, die jeweils Vorteile und Anreize oder Barrieren und Nachteile mit sich bringen. Hier werden die Argumente für oder gegen alternative Verhaltensweisen abgewogen (Transtheoretisches Modell: Entscheidungsbalance);
- Die *Selbstwirksamkeitserwartung in Bezug auf das Verhalten* (**Sozial-kognitive Theorie**) bezeichnet die subjektive Überzeugung, aufgrund eigener Kompetenz spezifische Handlungen durchführen zu können. Das Konstrukt der *Selbstwirksamkeitserwartung* ist sehr bedeutsam, da es das Setzen von Zielen, die Anstrengungsinvestition, die Ausdauer und die Rückfallwahrscheinlichkeit beeinflusst.

Das Ergebnis des Zusammenspiels dieser drei Einflüsse kumuliert in der *Intention*, die eine Person ans Ziel bindet. Die Stärke der Intention zeigt auf, ob eine Verhaltensänderung auch durchgeführt wird. Laut Schwarzer machen *Intentionen* durchschnittlich 20 bis 30 Prozent der Verhaltenswahrscheinlichkeit aus.

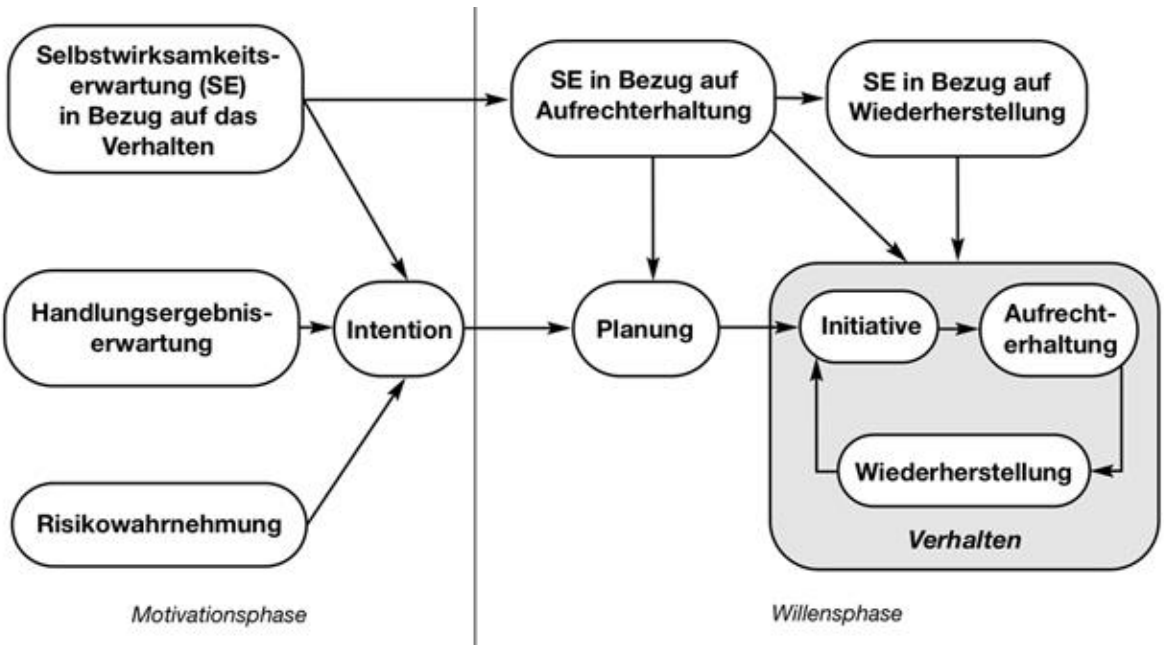


Abb. 3: Das Sozial-kognitive Prozessmodell des Gesundheitsverhaltens, übersetzt von Seibt, aus: Schwarzer 2008

In der zweiten Phase finden die psychologischen *Volitionsprozesse* statt, während derer sich Menschen ein konkretes Handlungsziel setzen. Hier sind unterschiedliche Selbstwirksamkeitseinschätzungen notwendig - je nachdem, ob ein Verhalten bewusst geplant ist, ob es tatsächlich initiativ begonnen wurde, ob es aufrechterhalten bleibt oder ob es - nach einem Misserfolg - wieder aufgenommen wird.

- Wenn z.B. die Intention formuliert ist, regelmäßig Sport zu treiben, beginnt die Planung, auf welche Weise das Ziel erreicht werden soll, aber es werden auch alternative Ausführungsmöglichkeiten in Betracht gezogen. Selbstwirksamkeitserwartungen beeinflussen in dieser Phase, ob sich jemand in der Lage sieht, günstige Gelegenheiten, Risikosituationen oder die „besten Umstände“ für den Start zu erkennen. Dieser Planungsprozess wird die präaktionale Phase mit seiner spezifischen *Selbstwirksamkeitserwartung in Bezug auf die Aufrechterhaltung* genannt.
- Nach der Planung („Ich will täglich 20 Minuten joggen“) und erfolgreichen Initialisierung des neuen Verhaltens wird in der *aktionalen Phase* die Handlung ausgeführt und aufrechterhalten. Es findet eine Kontrolle der Handlungsausführung statt, die eine Aufmerksamkeits- und Emotionsregelung erfordert. Das Ausmaß dieses Typs der *Selbstwirksamkeitserwartung* beeinflusst hier den Grad der Anstrengung und Beharrlichkeit. Zweifel an der eigenen Kompetenz bzw. Handlungsdefizite führen schneller zum Aufgeben.
- In der *postaktionalen Phase* findet eine Handlungsbewertung statt. Erfolge und Misserfolge werden interpretiert und eine Ursachenzuschreibung wird vorgenommen (**Attributionstheorie**). Falls der Grund für einen Misserfolg auf unangemessene Strategien oder mangelnde Vorbereitung zurückgeführt wird, kann dies die eigene Kompetenz steigern, da die Wirksamkeit dieser Strategien nun besser eingeschätzt und revidiert werden kann. Eine postaktionale Zielentbindung kann auf einen Mangel an Volitionsstärke hinweisen. Es kann auch sinnvoll sein, sich vom Ziel zu lösen und es durch andere Ziele zu ersetzen, z.B. durch eine Ernährungsumstellung anstelle von Sport.

Für die zweite, volitionale Phase ist es laut Modell wichtig, funktional unterschiedliche Selbstwirksamkeitserwartungen für die Planung, Initialisierung, Aufrechterhaltung und Wiederherstellung zu entwickeln und sie den jeweiligen Anforderungen entsprechend anzupassen.

Zusammenfassend postuliert das Modell, dass Selbstwirksamkeitserwartungen in allen Phasen als notwendig angesehen und für gesundheitsförderliche Maßnahmen beachtet werden sollten. Vom Forschungsteam um Schwarzer wurde das Modell für die folgenden Thematiken angewandt und analysiert: körperliche Bewegung im Alltag, Selbstuntersu-

chung der Brust, Ernährungsgewohnheiten, Nutzung von Sicherheitsgurten und das Zahnreinigen mit Zahnseide. Aus gesundheitspsychologischer Sicht ist HAPA ein integratives bzw. „Hybridmodell“ (Lippke/Renneberg), weil in ihm explizit motivationale, lineare und Stadienannahmen kombiniert werden. Es bietet vielfältige Ansatzpunkte v.a. für weitere Forschung, versteht sich aber auch als evidenzbasierte, theoriegeleitete Orientierung für die Förderung von Gesundheitsverhalten.

Literatur:

Literatur allgemein:

Bartholomew LK et al, Planning health promotion programs; an Intervention Mapping approach, 3rd ed, San Francisco 2011;

Glanz K/Rimer BK/Viswanath K (eds), Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice, 4th ed., San Francisco 2008;

Glanz K/Rimer BK/Viswanath K (eds), Health Behavior: Theory, Research, and Practice, 5th ed., San Francisco 2015;

Lippke S/Renneberg B, Theorien und Modelle des Gesundheitsverhaltens, in: Renneberg B/Hammelstein P (Hg.), Gesundheitspsychologie, Heidelberg 2006 (Kap. 5, 35-60)

Literatur PRECEDE / PROCEED-Modell:

Gielen AC et al, Using the PREDEDE-PROCEED-Model to Apply Health Behavior Theories, in: Glanz/Rimer/Viswanath 2008, 407-434;

Green LW/Kreuter MW, Health Promotion Planning: An Educational and Ecological Approach, 4th edition, New York 2005;

Quast T et al, Social Media in der gesundheitlichen Aufklärung - Ergebnisse aus einem Pilotprojekt der BZgA in den Themenfeldern Familienplanung und Sexualaufklärung, Köln (BZgA) 2015 (Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung 48)

Literatur Transtheoretisches Modell der Phasen der Verhaltensänderung / Stages of Change:

Prochaska JO / Redding CA / Evers KE, The Transtheoretical Model and Stages of Change, in: Glanz Rimer/Viswanath 2015, 125-148;

Schwarzer R, Psychologie des Gesundheitsverhaltens, 3., überarb. Aufl., Berlin 2004, 86-89

Miller WR/Rollnick S, Motivierende Gesprächsführung: Motivational Interviewing, Freiburg 2015 (4. vollst. Übersetzung der 3. amerikan. Auflage)

http://de.wikipedia.org/wiki/Transtheoretisches_Modell

http://archiv.ub.uni-marburg.de/diss/z1998/0303/html/ttm.html

www.halt-projekt.de/index.php?option=com_content&view=article&id=58&Itemid=100
www.ginko-stiftung.de/beratung/5schritte.aspx
www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Broschueren/rauchfrei.pdf
www.ginko-stiftung.de/move/Basisfortbildung-MOVE.aspx
www.bzga.de/botmed_32021000.html (Kurzintervention bei Patienten mit Alkoholproblemen - Leitfaden für Ärzte)

Literatur Sozial-kognitives Prozessmodell des Gesundheitsverhaltens / Health Action Process Approach:

Makuch A/Reschke K/Rupf S, Warum ist Motivieren so schwierig? in: Stomatologie 2011 (108), 7, 103-107;

Verweise:

Attributionstheorie (Erklärungs- und Veränderungsmodelle I), Determinanten von Gesundheit, Diffusionstheorie - Verbreitung von Innovationen (Erklärungs- und Veränderungsmodelle III), Modell der Gesundheitsüberzeugungen / Health Belief Model (Erklärungs- und Veränderungsmodelle I), Partizipation: Mitentscheidung der Bürgerinnen und Bürger, Public Health Action Cycle / Gesundheitspolitischer Aktionszyklus, Sozial-kognitive Theorie (Erklärungs- und Veränderungsmodelle I), Sozial-kognitives Prozessmodell des Gesundheitsverhaltens (Erklärungs- und Veränderungsmodelle II), Theorie des geplanten Verhaltens (Erklärungs- und Veränderungsmodelle I)

Erklärungs- und Veränderungsmodelle III: Kommunikation, Diffusion, Marketing und Interessenvertretung

Annette C. Seibt, **Peter Franzkowiak**

(letzte Aktualisierung am 25.04.2016)

Einleitung und Hintergrund

Die Leitbegriffe „Erklärungs- und Veränderungsmodelle I +II“ informieren über historische und aktuelle - ursprünglich primär der Psychologie zuzuordnende - Modelle und Theorien. Diese werden v.a. in der Krankheitsprävention genutzt, um Gesundheits- und Risikoverhaltensweisen bei Individuen und Gruppen zu erklären und vorherzusagen (Modelle I) oder um die Stufen, Phasen und Schritte von Planungs- und Veränderungsprozessen zu ergründen und zu operationalisieren (Modelle II). Jedes Modell beschreibt aus seiner Perspektive, wie und unter welchen Bedingungen Einflussfaktoren des Gesundheitsverhaltens beim Individuum zusammenwirken und wie diese ein Zielkriterium beeinflussen (z. B. die Absicht, mit dem Rauchen aufzuhören, die Planung einer gezielten Ernährungsumstellung im Alltag, die Umsetzung der Schutzmotivation gegenüber sexuell übertragbaren Krankheiten in konsequentes persönliches Vorsorgehandeln).

In diesem Leitbegriff werden vier Modelle vorgestellt, die vorrangig für die kollektive und kommunikative Umsetzung von Interventionen und Kampagnen von Bedeutung sind. Mit Ausnahme des ersten Modells (Überzeugende Kommunikation) entstammen sie nicht primär dem Theorie- und Forschungsrahmen der Psychologie und ihren vielfältigen Teilgebieten. Ihre Herkunft ist entweder aus der Soziologie (Diffusion von Innovationen), der Markt-/Werbeforschung und der Betriebswirtschaft (Soziales Marketing) oder den Kommunikationswissenschaften und ihrer aktivierenden Umsetzung (Medienanwaltschaft). Unterscheidungsmerkmal für die letzten drei Modelle ist auch, dass sie die bis heute vorherrschende Individuums- und Verhaltensbeeinflussung der klassischen (Risiko-)Prävention überschreiten: sowohl in Zielgruppen und Zielen, bei Instrumenten und Strategien, als auch für die erstrebten und realen Wirkungen. Im US-amerikanischen Sprachgebrauch fallen sie daher unter die Kategorie „social ecological theories“.

Die Umsetzungsmodelle zielen auf Erklärung und Nutzbarmachung all jener Mechanismen, die zu einer (im Idealfall gesundheitsförderlichen) Veränderung von kommunikativen, sozialen oder wirtschaftlichen Umwelten führen. Sie zielen in ihren jeweiligen Schwerpunkten (Kommunikation, Diffusion, Meinungsgestaltung und Interessenvertretung) vorrangig auf soziale, ökologische oder mediale >Gesundheitsdeterminanten. Erst aus diesem Rahmen heraus wirken sie auch auf spezifisches Risiko-/Gesundheitsverhalten von Einzelnen oder Gruppen.

Modell der überzeugenden Kommunikation

Das Modell der überzeugenden Kommunikation (engl. persuasion communication model) beschreibt die Prozesse und Komponenten, mit deren Hilfe Menschen neue Informationen verarbeiten und Entscheidungen fällen. Von besonderem Interesse ist die Frage, wie Menschen Informationen auch bei einer großen Fülle verarbeiten und wie sie angesichts von Widersprüchlichkeiten zu einer Entscheidung kommen. Für die Gesundheitsförderung ist relevant, wie sich diese Informationsverarbeitungsschritte und Entscheidungsfindungsstufen für unterschiedliche Kampagnen beschreiben, bewusst gestalten und evaluieren lassen.

Das Kommunikationsmodell wurde Mitte der 1980er Jahre vom US-amerikanischen Sozialpsychologen W. J. McGuire entwickelt. Es ist Teil der Theorien der Informationsverarbeitung aus dem Bereich der Kognitiven Psychologie. Beim Prozess der Verhaltensänderung durch Überzeugungskampagnen handelt es sich um die *idealtypische Stufenabfolge* der einzelnen Schritte einer Kampagnenwirkung (**Gesundheitskommunikation und Kampagnen**).

Als Modell der überzeugenden Kommunikation wurde eine übersichtliche und empirisch fundierte Matrix entwickelt (Abb. 1). Darin wird der Kommunikations-Output in anfangs 12, mittlerweile 13 Planungsschritten mit dem Kommunikationsinput in 5 Komponenten sehr differenziert verknüpft. Die Matrix dient als Grundlage für die Planung von Informations-, Einstellungs- und Verhaltensänderungsprogrammen.

Kommunikationsoutput	**Kommunikationsinput**				
= Planungsschritte / Grobziele Empfängerinnen / Empfänger müssen ...	Quelle der Information	Botschaft	Kanal	Empfänger	Ziele
1. der Botschaft ausgesetzt sein					
2. ihr Aufmerksamkeit schenken					
3. ihr Interesse zeigen					

4. sie verstehen

5. vorhandene Kognitionen abrufen

6. Fähigkeiten erwerben

7. Einverständnis zeigen = *Einstellung ändern*

8. die Veränderung speichern

9. relevantes im Gedächtnis finden

10. eine Entscheidung fällen

11. Handlung ausführen, *sich verhalten*

12. konsolidieren

Abb.1: Die Matrix der überzeugenden Kommunikation nach McGuire (1985,2001)

Die *13 Output- oder Planungsvariablen* werden als aufeinander folgende Schritte beschrieben, die durchlaufen werden müssen, wenn Menschen Informationen verarbeiten bzw. wenn eine Kommunikation einen verändernden Einfluss haben soll. Für jede Phase sind angemessene Maßnahmen vorzusehen. Die ersten sieben Stufen enden idealerweise mit einer Veränderung der Einstellung. Dafür müssen Personen zunächst der Botschaft ausgesetzt sein (1. Stufe), ihr Aufmerksamkeit schenken (2. Stufe), an ihr weitergehendes Interesse zeigen (3. Stufe) und sie verstehen (4. Stufe). Im 5. Schritt geschieht ein Abrufen und Erzeugen von verwandten, bereits gespeicherten Kognitionen. Falls neue Fertigkeiten erforderlich sind, müssen diese auf der 6. Stufe gelernt werden, um sich auf der 7. Stufe mit den Botschaftsinhalten einverstanden zu zeigen. Erst jetzt kann mit einer Einstellungsveränderung gerechnet werden. Einstellung ist hier als Beurteilung eines (gedanklichen) Objekts definiert.

Häufig enden Gesundheitsprogramme auf der 7. Stufe - der Einstellungsveränderung. Dabei wird dann fälschlicherweise und verfrüht der Schluss gezogen, dass sich das eigentliche Verhalten ebenfalls geändert habe oder eine solche Änderung fast zwingend zu erwarten wäre. Für eine längerfristige Einstellungsänderung sind jedoch noch die kognitiven und handlungsorientierten Phasen 8 - 12 zu durchlaufen. Tatsächliches und langfristiges Ausüben des neuen Verhaltens geschieht erst durch Konsolidierung auf der 12. Stufe. Dabei wird die neue Handlung in das eigene Überzeugungssystem eingebaut. Hier spielt das soziale Umfeld eine wichtige Rolle, das durch Rückmeldung das neue Verhalten unterstützt und weiter konsolidiert. In der später hinzugefügten Stufe 13 geht es um die Weiterverbreitung durch Überzeugung, Ermutigung, auch „Bekehrung“ anderer, sich ebenso zu verhalten.

Damit das Modell auch als Planungshilfe für Gesundheitsprogramme dienen kann, sollte weiterhin geklärt werden: *Wer?* sagt *was?* mit *welchem Medium? zu wem? mit welchem (Verhaltens-)Ziel?* Mit diesen fünf W-Fragen sind die *Kommunikations-Inputvariablen* angesprochen - die zweite, horizontale Achse der Matrix. Sie sollten bei der Planung auf jeder der 13 Stufen bewusst mitbearbeitet werden (vgl. Abb. 1):

- *Quelle der Information*, Sender: Personen, eine Gruppe oder Organisation, von denen die Botschaft kommt; für die Überzeugungsfähigkeit der Kommunikation spielen hier Aspekte wie Glaubwürdigkeit, Attraktivität sowie soziale Stellung/Macht eine Rolle;
- *Botschaft*: deren Inhalt und Form wie Wortwahl, Ansprache durch Furchtappelle oder Humor; für viele Bevölkerungsgruppen am besten in Form von Bildern, Comics o.Ä.;
- *Kanal*: das Medium, durch das die Botschaft vermittelt wird (z.B. Broschüren, TV, Radio, Zeitungen, Briefe, E-Mail, soziale Medien und mobile Technologien);
- *Empfänger*: die gewünschte Zielgruppe, ihre Zusammensetzung nach Geschlecht, Alter, Ethnizität, augenblicklichen Einstellungen und Verhalten;
- *Ziele*: hier sollen detaillierte Einzelziele für jede Outputstufe formuliert werden.

Das Modell liefert eine gute Übersicht über die Vielfalt der Komponenten, die bei der Entwicklung einer Aufklärungskampagne zu beachten sind. Mehrere große Interventionsstudien in den USA (zur AIDS-Prävention, Verkehrs- und Nahrungsmittelsicherheit, Förderung des Nichtrauchens u.a.) haben sich auf dieses Modell gestützt. Die dabei gemachten Erfahrungen führten zu einem besseren Verständnis der Einsatzmöglichkeiten und Grenzen in Bezug auf Reichweite und Wirksamkeit dieses und anderer Modelle der Massenkommunikation (Soziales Marketing).

Massenmedien werden heute zur Beeinflussung von Wissen, Einstellungen und Verhalten als Teil von umfassenderen Strategien bei krankheitspräventiven und gesundheitsfördernden Programmen genutzt. Die BZgA hat seit Ende der 1980er Jahre, beginnend mit „Gib AIDS keine Chance“, einen Großteil ihrer Mehr-Ebenen-Kampagnen (AIDS-Aufklärung und HIV-Prävention, Familienplanung, Suchtprävention, Gesundheitsförderung im Jugendalter, Organspende) unter Rückgriff auf McGuires Phasenmodell konzipiert und evaluiert. In jüngerer Zeit geschieht dies in Verbindung mit der >Diffusionstheorie von Rogers. Abb. 2 verdeutlicht das gegenwärtige Kommunikationsmodell am Beispiel der Kampagne „Alkohol - Kenn dein Limit.“.

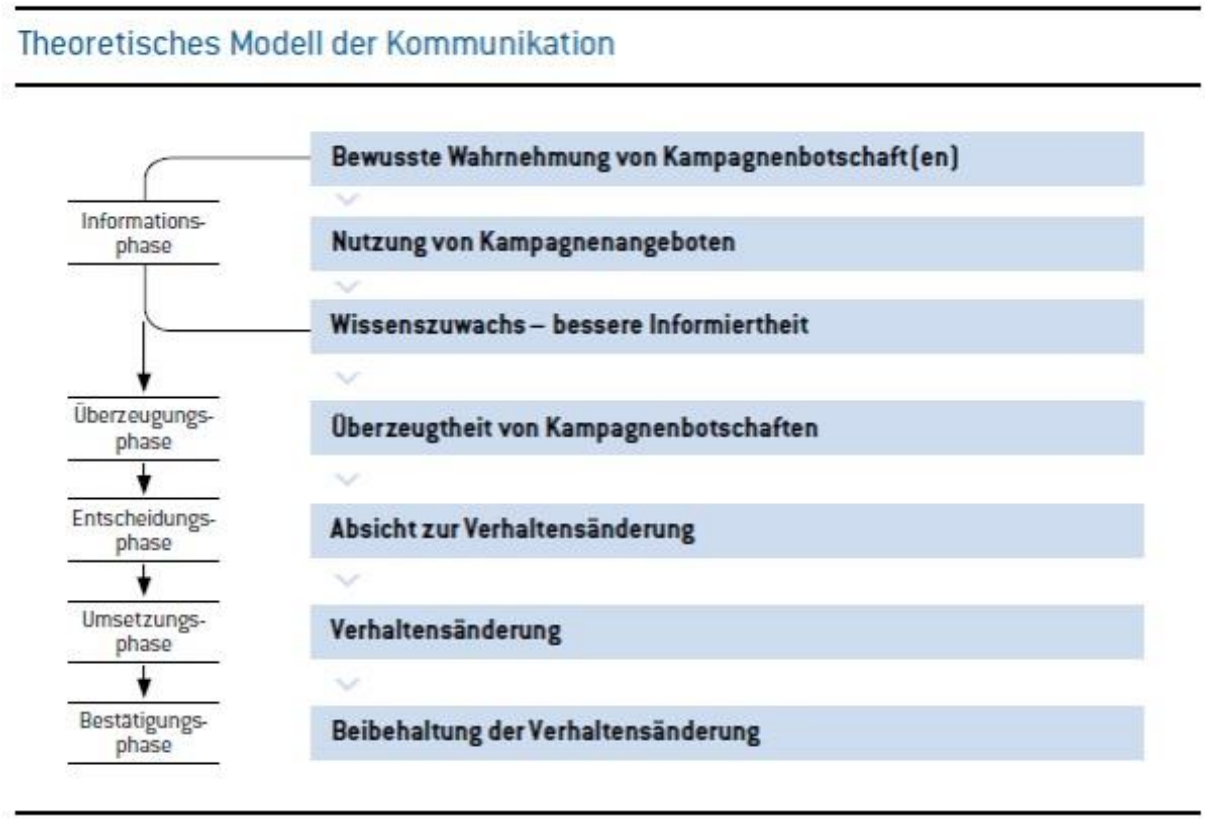


Abb. 2: Theoretisches Modell der Kommunikation in der BZgA-Kampagne „Alkohol - Kenn dein Limit." (aus: Bonfadelli 2015, 99 - nach Vorlage von Goecke/BZgA)

Diffusionstheorie - Verbreitung von Innovationen

Die Diffusionstheorie erklärt, wie Innovationen - neue Produkte, Konzepte und Ideen - auf relativ vorhersagbare, mehrstufige Weise in eine Gesellschaft oder (Sub-)Kultur Eingang finden und unter welchen Bedingungen sie akzeptiert werden. Diffusion ist ein Prozess, über den eine Innovation zwischen Mitgliedern eines sozialen Systems kommuniziert und akzeptiert wird. Typische Fragestellungen mit Gesundheitsbezug wären: über welche Mechanismen setzen sich neue Ernährungsgewohnheiten in „fremden" Kulturen und Ländern durch, wie wird Kondombenutzung als HIV-Schutzverhalten akzeptiert, wie erklärt sich die rapide und massenhafte Verbreitung von „Gesundheits-Apps", „Smartwatches" oder Fitness-Armbändern mit u.a. Schrittzählern und Kalorienverbrauchs-Feedback? (**Social Media**)

Die erstmals zu Beginn der 1960er Jahre vom US-Soziologen E. M. Rogers systematisch zusammengefasste Theorie beschreibt die Gesetzmäßigkeiten, die angeben, unter welchen Bedingungen welche Menschen Neuerungen annehmen. Sie hat seitdem über die Soziologie hinaus in weiteren Disziplinen, darunter den Gesundheitswissenschaften, international Anwendung gefunden. Durch die Kenntnis der Theorie können gesundheitliche Innovationen gezielter beeinflusst oder angestoßen werden. Ihre Konstrukte schaffen ein Erklärungsgerüst dafür,

- wie sich Menschen, die an der Spitze einer neuen sozialen Bewegung stehen oder die die neueste Gesundheitswelle aus- oder mitmachen (z.B. Joggen, fettärmer essen, nicht (mehr) rauchen, Fitnesstraining betreiben, „self-tracking“ über sog. Health Apps), von denjenigen unterscheiden, die sich erst später entsprechend verhalten oder die möglicherweise erst durch Vorschriften gezwungen werden, sich nach der nunmehr mehrheitlich akzeptierten Weise zu verhalten;
- welche Charakteristika das „Neue“ aufweisen muss, um mit größerer Wahrscheinlichkeit in einer Bevölkerung akzeptiert zu werden.

Die Diffusionstheorie unterscheidet Menschen danach, ob sie Neuerungen eher früh oder spät akzeptieren. Für diesen Prozessverlauf des „Adoptierens“ werden *fünf* empirisch abgrenzbare *idealtypische Kategorien von Menschen* unterschieden (vgl. Abb. 3): Innovatoren / Erstannehmer („Pioniere“); Frühe Adopter / Frühannehmer („Vorreiter“); Frühe Mehrheit; Späte Mehrheit; Nachzügler.

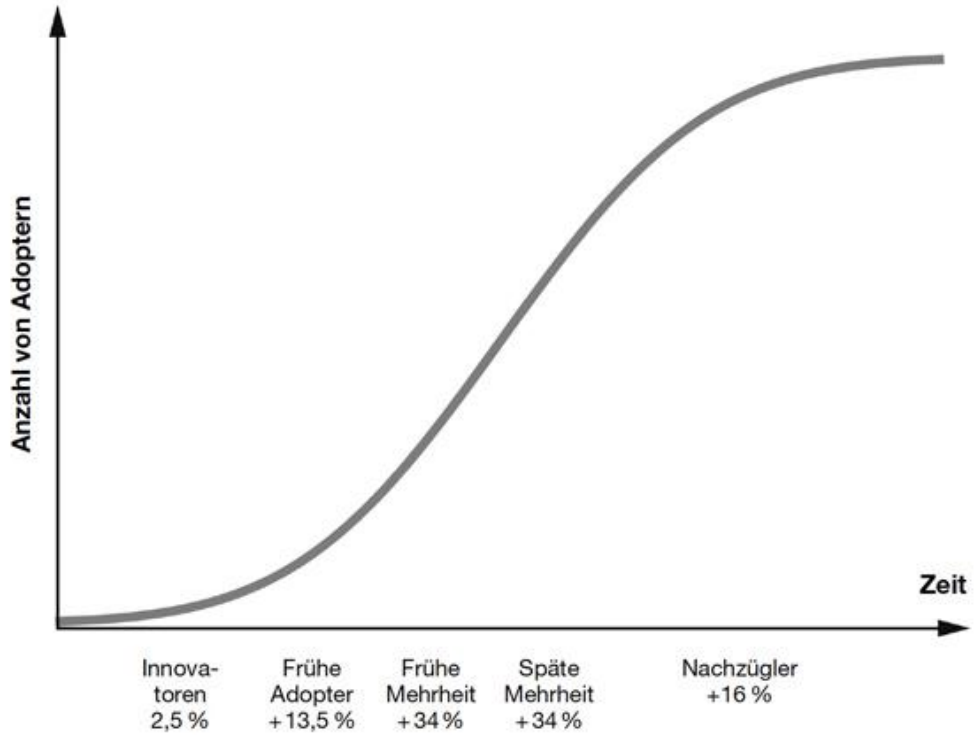


Abb. 3: Kumulation von Adoptern einer Innovation (nach Rogers 2003)

Bei *Innovatoren* handelt es sich um eine Art „Pioniergruppe“, die zahlenmäßig eher klein ist und den Ausgangspunkt für die Innovationsdiffusion darstellt. *Frühe Adopter* greifen die Idee auf und geben - als Meinungsführer - in ihrer direkten Umgebung den Anstoß für Veränderungen. Sie sind Vorbilder. Die *frühe Mehrheit* erkennt die Vorteile der Veränderung und schließt sich der neuen Bewegung an. Die *späte Mehrheit* übernimmt die Neuerung dann, wenn ihr eine Zurückhaltung gegenüber den Veränderungen zunehmend Nach-

teile bringt. *Nachzügler* sind dagegen meist nur gegen starken Widerstand zur Veränderung bereit.

Aufgrund der unterschiedlichen Motivationsbasis - von einer vorwiegend intrinsisch motivierten Einstellung der Innovatoren zur eher extrinsisch motivierten späten Mehrheit - ist es nahe liegend, für die verschiedenen Typen und Teilgruppen jeweils andere Motivationsstrategien zu wählen. Diffusion läuft in einem mindestens zweistufigen Prozess ab: Für frühe Adopter sind Kommunikationswege außerhalb des nahen sozialen, familiären oder kollegialen Netzes gesucht und akzeptabel; für spätere Adopter ist es eher das direkte soziale Umfeld, das informiert, Innovationen vorführt und diese annehmbar macht.

Entscheidenden Einfluss auf den Informationsstand der „späteren" Zielgruppen bezüglich der Innovation haben persönliche Vorbilder, das Eingebundensein in ein soziales Netzwerk sowie die Kommunikationsstrukturen im Netzwerk. Ein besonderer Akzent liegt auf dem Ideen- und Wissensaustausch unter Gleichgesinnten, d.h. zwischen Menschen mit hohen Ähnlichkeiten in Bildung, Status und Wertvorstellungen. Meinungsführer innerhalb einer sozialen Gruppe von Peers und deren Verhalten sind die treibende Kraft der Veränderung. Als potenzielle „change agents" sorgen sie für geeignete Rahmenbedingungen für die Innovationsübernahmen und stellen jene Informationen bereit, die die Entscheidung der späteren Adopter zugunsten einer Innovation fördern, begleiten und stabilisieren.

Zusätzlich zur Kategorisierung von Menschengruppen entsprechend ihrer „Adoptionsgeschwindigkeit" spielen die *Merkmale der Neuerungen selbst* eine Rolle. Hier unterscheidet die Diffusionstheorie fünf Attribute, die empirisch Überschneidungen aufweisen, konzeptionell aber deutlich voneinander getrennt werden können. Diese Attribute sind: der relative Vorteil, die Vereinbarkeit oder Kompatibilität, die Komplexität, die Erprobbarkeit, die Beobachtbarkeit oder Wahrnehmbarkeit.

- Unter *relativer Vorteil* ist zu verstehen, dass etwas Neues im Vergleich zum Bisherigen besser ist oder Vorteile hat, obwohl es möglicherweise auch neue Nachteile mit sich bringen könnte. Die Balance sollte jedoch zugunsten des Neuen ausfallen, um die Neuerung akzeptabler zu machen.
- Die *Vereinbarkeit* betrifft die Frage, inwiefern sich etwas Neues mit bestehenden Normen und Werten, früheren Erfahrungen oder aktuellen Bedürfnissen vereinbaren lässt. Beispiele sind die Namensgebung von Kampagnen, das Aussehen oder die Handhabbarkeit des Produkts, aber auch die moralische, religiöse oder gesellschaftliche Akzeptanz des Neuen.
- Die *Komplexität* zeigt an, ob eine Innovation einfach oder schwierig zu verstehen oder zu benutzen ist. Die Diffusionsforschung zeigt, dass dieses Attribut je nach sozioökonomischem Status die Adoptionsrate sehr unterschiedlich beeinflussen kann.

- Unter *Erprobbarkeit* wird verstanden, dass eine Innovation in Einheiten eingeteilt und so in kleinen Schritten „angetestet“ werden kann.
- *Beobachtbarkeit* ist der Grad, mit dem das Ergebnis einer Innovation für andere wahrnehmbar ist. Die joggende oder Rad fahrende Nachbarin, der Arbeitskollege mit einer Fitness-App sind Beispiele dafür, dass diese Innovation von anderen leichter beobachtet werden kann als ihre Ernährungs- oder Sexualgewohnheiten.

Im Bereich der Public Health wurde die Diffusionstheorie weltweit auch in Programmen zur Krebsprävention, zur internationalen Verbreitung von Diabetesvorsorge-Programmen, in der Tabakkontrolle und Förderung des Nichtrauchens, der Propagierung regelmäßiger körperlicher Bewegung, anderen Risikofaktoren-Interventionen sowie in jüngster Zeit auch in neuen Feldern wie e-Health, mHealth, Healthcare Information Systems und Telemedizin erfolgreich genutzt. Die Theorie ist besser nutzbar für die Annahme neuen Verhaltens als für die Beendigung bereits eingeschliffener (schädigender bzw. riskanter) Verhaltensmuster.

Aus gesundheitswissenschaftlicher Sicht wird seit einigen Jahren kritisiert, dass ein Großteil der empirischen Evidenz, insbesondere die Adopter-Kategorien und ihre angenommene Verteilung, nicht explizit aus Public Health-Fragestellungen oder -Populationen entwickelt worden sind bzw. (noch) nicht entsprechend neu vermessen oder angepasst werden. Auch seien Merkmale und Strategien der **Partizipation** und Teilhabe im Modell eher nachrangig behandelt. Der Fokus auf Individuen und deren Verhaltensänderung kann u.U. „blaming the victim“-Effekte befördern. Ressourcen oder soziale Unterstützung außerhalb der im Modell verankerten „Ein-Weg-Überzeugung“ sollten stärker in Betracht gezogen werden.

Bei der Einteilung von Menschen(-gruppen) entlang der fünf idealtypischen Kategorien muss nach sozio-demographischen Faktoren wie Alter und persönlichen, sozialen und finanziellen Ressourcen differenziert werden. Strukturelle Barrieren, mangelnde Ressourcen (Geldknappheit, Analphabetismus, Überforderung) oder auch „problematische“ Produkte und Maßnahmen können für ein Nichtannehmen verantwortlich sein. Insbesondere dann, wenn sich die Diffusion eines Programms spät, also kurz vor oder beim Erreichen der Nachzüglerinnen und Nachzügler, stark verlangsamt oder dort endet, besteht die Gefahr, dass dies zu einer neuen Chancenungleichheit (> Gesundheitliche Chancengleichheit) führt, die mit einer zusätzlichen gesellschaftlichen Ausgrenzung einhergehen kann.

Soziales Marketing

Soziales Marketing (engl. social marketing) ist ein Instrument, um soziale Normen und soziales Verhalten zu beeinflussen. Durch strategisches Planen einer Kampagne oder eines Projekts soll in einer Zielgruppe die Akzeptanz für eine soziale Idee oder Praxis erhöht

werden. Dabei werden für die Analyse, Planung, Durchführung und Evaluation die klassischen kommerziellen Marketingtechniken übernommen - jedoch mit dem Ziel, das persönliche Wohl und das Wohl der Gesellschaft als Ganzes voranzubringen.

Das European Centre for Disease Prevention and Control definiert Social Marketing als „a set of evidence and experience-based concepts and principles drawn from the field of marketing that provide a systematic approach to influence behaviours that benefit individuals and communities for the greater social good“ (ECDC 2014). Für Prävention und Gesundheitsförderung ist Social Marketing „ein strategisches Kommunikationskonzept, das Programme bekannt macht und anpreist, das Organisationen dazu motiviert, Strukturen und Prozesse zu ändern, und Personen, sich gesundheitsschützend zu verhalten. Die risikomindernden oder gesundheitsförderlichen Ziele und Inhalte werden wie Produkte des Profit- oder kommerziellen Marketing kommuniziert“ (Schlicht/Zinsmeister 2015, 166).

Das kommerzielle *Marketing* des Wirtschaftsbereichs ist eine Strategie mit dem Ziel, das Kaufverhalten von Konsumenten und Konsumentinnen „auf dem Markt“ zu beeinflussen. Es werden Waren und Produkte für die Befriedigung eines tatsächlichen oder zu weckenden Bedarfs verkauft zum Zwecke der Gewinnmaximierung für den Verkäufer. Im Gegensatz dazu zielt Soziales Marketing nicht auf Profite und unterscheidet sich vom kommerziellen Marketing dadurch, dass es der Zielpopulation und der Gesellschaft generell nützen soll und nicht primär dem Produktanbieter. Es ist auf die Veränderung von ideellen Zielen und sozialen Werthaltungen sowie auf die Beeinflussung von tradierten (schädlichen) Gewohnheiten. Drei Hauptziele werden nach Fretwurst/Friemel verfolgt: Risikovermeidung (Gesundheit und Verkehr); Ressourcenschonung und Umweltschutz; Gleichstellung, Akzeptanz und Gewaltlosigkeit.

Zahlreiche gesundheitsbezogene Programme weltweit sind mithilfe des sozialen Marketingkonzepts entwickelt und umgesetzt worden (Familienplanung und Empfängnisverhütung; Verhütung übertragbarer Krankheiten, Impfprogramme, Programme zur Aidsprävention, Inanspruchnahme von Krebs- und KHK-Vorsorgeuntersuchungen, Herz-Kreislauf-Interventionsstudien etc.). Aus den 2010er Jahren können für den deutschsprachigen Raum exemplarisch die schweizerische Informationskampagne „Leichter leben“ oder die Kampagne „Wer seinen Partner liebt, schickt ihn zur Darmkrebsvorsorge“ der deutschen Felix Burda Stiftung genannt werden. Die Centers für Disease Control and Prevention der USA haben den Ansatz schon in den 2000er Jahren in ihr erweitertes Konzept des *Health Marketing* aufgenommen.

Beim Sozialen Marketing sind die Kosten nicht finanzieller und der Nutzen ist nicht materieller Art. Es wird von Organisationen betrieben, die selbst keine primär wirtschaftlichen Ziele verfolgen. Eine Soziale Marketingstrategie hat den Nutzen und das Wohl der Gesell-

schaft oder spezieller Zielpopulationen im Blick; das gewünschte Ergebnis bedeutet mehr Gesundheit und Wohlbefinden. Eher ein „Nebeneffekt“ sind dann geringere Anforderungen an die Ressourcen des Gesundheits- und Gemeinschaftswesens. Hierdurch unterscheidet es sich deutlich vom kommerziellen Marketing.

Soziales Marketing kommuniziert Informationen und konkurriert dabei mit anderen Ideen und Wahlmöglichkeiten. Im Vergleich zu den Budgets, personalen Möglichkeiten und der Infrastruktur des kommerziellen Marketings sind soziale oder gesundheitliche Marketingkampagnen zumeist noch eher schlecht ausgestattet. Die notwendigen Ressourcen - z.B. zur systematischen Erforschung des „Marktes“ - stehen nicht immer hinreichend zur Verfügung.

(Soziales) Marketing basiert auf einer Reihe von Schritten und beginnt mit der *Markt- bzw. Problemforschung*. Dafür wird eine Konsumenten- oder Zielgruppenorientierung eingenommen (**Precede-Proceed**). In diesem Zusammenhang wird zwischen dem eigentlichen Sozialmarketing und dem Dienstleistungsmarketing unterschieden - je nachdem, ob es sich um ein abstrakt konzeptionelles Produkt (einen handlungsleitenden Wert wie „Gesundheit“, „Selbstbestimmung“, „Gesunde Stadt“, Aidsprävention etc.), oder um ein materielles Produkt handelt, wie z.B. eine Beratungsstelle, eine Broschüre, Kondome, Gesundheits-Apps oder - in den sich entwickelnden Ländern - eine saubere Wasserquelle.

Das Modell setzt die Instrumente des klassischen *Marketing- bzw. Problemlösungsmix* ein, wofür die vier „P“s stehen: *Produkt, Preis, Promotion* und *Platzierung.* Für Programme der Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung steht jedoch zumeist nicht ein *Produkt* im Mittelpunkt der Kampagne, sondern es geht eher darum, das Image oder den Nutzen z.B. des Impfens zu „verkaufen“. Der *Preis* bedeutet hier das Verhältnis zwischen den Kosten und dem Nutzen des Produkts (**Vor- und Nachteile des Health Belief Modells**). Hier können finanzielle, soziale oder situative Kosten unterschieden werden. Für die *Promotion* oder Verbreitung stehen eine Vielzahl von Kanälen und Methoden zur Verfügung wie Broschüren, Zeitungsartikel, soziale Medien und mobile Technologien, Events, Stände etc. (Modell der überzeugenden Kommunikation). Vor deren Einsatz sollte bekannt sein, welche Personen oder Institutionen als besonders glaubwürdig angesehen werden (Vorbilder der **Sozial-kognitiven Theorie**). Generell müssen Kommunikation und Empfänger in Sprache, Medien, Inhalten zusammenpassen (sog. „audience segmentation“). Die richtige *Platzierung* meint das Auffinden, die Ansprache und den Zugang zur ausgewählten Population. Hiermit sind sowohl der physische Zugang zum Angebot gemeint (z.B. hinderliche Treppen zur Mütterberatungsstelle für Kinderwagen) als auch die Sensibilität für Sprachbarrieren und kulturelle oder religiöse Normen.

An der Übertragung des Marketingansatzes auf den sozialen Bereich gab es seit seiner Einführung in den 1960er Jahren auch z.T. fundamentale Kritik. Den Stand aus Sicht der Gesundheitswissenschaften fassen Loss und Nagel 2010 in fünf Punkten zusammen:

- Priorität der Verhaltensprävention und Kommunikationspolitik (im Gegensatz zur zumindest tendenziell struktur- und umweltorientierten Gesundheitsförderung);
- Gefahr der Manipulation statt Partizipation;
- potenzielle Ausgrenzung einzelner - oftmals sowieso schwer erreichbarer - Gruppen durch Segmentierung;
- Gefahr der Irreführung und falschen Versprechungen (u.a. durch missverständliche Vereinfachungen und/oder sachliche Ungenauigkeiten);
- Gefahr der Diskriminierung und Stigmatisierung (durch mögliche Entsolidarisierungen, Schuldzuweisungen oder das Lächerlichmachen von Betroffenen, etwa bei Übergewichtskampagnen).

Dennoch ist Marketing als relevanter Ansatz in der systematischen Planung und effektiven Intervention in Prävention und Gesundheitsförderung mittlerweile kaum noch umstritten. Gesundheit konkurriert mit anderen gesellschaftlichen Werten und erfordert deshalb **Anwaltschaft für die Gesundheit**. Es besteht ein Zwang, Angebote weiterzuentwickeln, ihre Notwendigkeit zu belegen und durch Öffentlichkeitsarbeit darzustellen: „Gesundheitsprogramme benötigen eine aktive Marketingkommunikation“ (Schlicht/Zinsmeister). Die Marketingperspektive liefert Planungshilfen. Ähnlichkeiten zu systematischen Ansätzen der Projektplanung (**Precede-Proceed-Modell**) und zur Kampagnenentwicklung (Medienanwaltschaft, Diffusion von Innovationen, **Gesundheitskommunikation**) sind unverkennbar. Soziales Marketing kann dazu beitragen, Leistungen von Organisationen transparent begründbar zu dokumentieren, die Ressourcen optimal zu nutzen und Akzeptanz für „ideelle Werte“ und „soziale Güter“ zu schaffen oder zu erhöhen sowie einen aktiven Beitrag leisten, die Zielgruppen besser zu erreichen.

Medienanwaltschaft - Interessenvertretung über die Medien und Agenda-Setting

Medienanwaltschaft (engl. media advocacy) ist eine Strategie, die öffentlichen und privaten Medien als Informationsträger und Ressource gezielt(er) für soziale bzw. gesundheitliche Anliegen zu nutzen. Durch Anwaltschaft soll die Bevölkerung gegen die Interessen derer verteidigt werden, die die Medien einsetzen oder „kaufen“, um über diesen Weg ihre „ungesunden“ Einstellungen und Produkte bekannt und akzeptabel zu machen. Dabei wird davon ausgegangen, dass die Medien einen starken Einfluss darauf haben, welche Themen in der breiten Bevölkerung diskutiert und folglich auf (gesellschafts-)politischer Ebene bearbeitet werden. Ein wichtiges Element des Modells ist das *Agenda Setting*: worüber und wie die Medien berichten, verändert die Bedeutung und Glaubwürdigkeit der dargestellten

Themen und Standpunkte. Medien bestimmen den Rahmen der öffentlichen und politischen Diskussion und damit auch die Diffusion von Gesundheitsförderungsaktivitäten (Diffusionstheorie).

Medienanwaltschaft wurde Ende der 1980er Jahre von Kommunikationsforscherinnen und -forschern in den USA entwickelt. Sie entstand als Ergebnis zunehmender Zusammenarbeit zwischen Gesundheits-(Public Health)-Initiativen, Bürgerrechtsbewegungen und Verbraucherschutzanwälten. Medienanwaltschaft erwies sich als ein wichtiges Instrument im komplexen Kampagnen-Mix für öffentliche Tabakkontrolle, für Nichtraucherschutz und -förderung sowie in der Bekämpfung und Vorbeugung alkoholbezogener Probleme. Die Strategie ist in den USA mittlerweile in vielen weiteren Feldern und Themen umgesetzt worden: zur Begrenzung der Verfügbarkeit von gezuckerten Getränken in Kindergärten und Schulen; zur Verbesserung des freien und sicheren Zugangs zu öffentlichen Orten von Menschen, die körperlich und sportlich aktiv sein wollen; für die Reform von Krankenhausleitbildern und -politiken mit dem Ziel, das Stillen zu fördern und zu verbreiten; für mehr kommunale und politische Unterstützung für bezahlbares Wohnen; zur Gewalt- und Kriminalitätsprävention in sozial und ökologisch benachteiligten Quartieren.

Medienanwaltschaft wird bis heute eingesetzt, um Druck für gesundheitliche und sozialpolitische Veränderungen zu erzeugen. Zielgruppe sind dabei nicht die einzelnen, sich selbstschädigend oder problematisch verhaltenden Individuen (z.B. Raucherinnen und Raucher), sondern diejenigen, die gesellschaftliche Verantwortung für die Gesundheit und Lebensqualität der Bevölkerung haben. Dies sind Politikerinnen und Politiker, Entscheidungsträgerinnen und -träger sowie wirtschaftliche und andere Führungskräfte mit der Macht, Entscheidungen über die physische, legale und soziale Umwelt von Menschen zu fällen und die Rahmenbedingungen vorzugeben, innerhalb derer die Einzelnen leben und ihre Gesundheitsentscheidungen treffen (müssen). Medienanwaltschaft zielt nicht darauf ab, die individuellen Verbraucherinnen und Verbraucher z.B. für den Kauf und Verzehr ungesunder Nahrungsmittel verantwortlich zu machen. Vielmehr sollen diejenigen zur Verantwortung gezogen werden, die diese Produkte herstellen, vertreiben oder verkaufen (lassen).

Wenn Massenmedien über Gesundheitsangelegenheiten berichten, verweisen sie oft auf individuelles Fehlverhalten und betonen die entsprechende Eigenverantwortlichkeit der Konsumentinnen und Konsumenten. Diese Philosophie des eigenverantwortlichen Individuums nutzen die Hersteller von z.B. Alkoholika und Tabakprodukten und verweisen bi heute auf die scheinbar frei gewählte Entscheidung für das jeweilige Konsumverhalten („Ich rauche gern!"; „You decide."). Auf kritische Anfragen hin betonen sie, dass Menschen selbstbestimmt seien und eventuelle Gesundheitsrisiken freiwillig und informiert eingingen. Die Medienanwaltschaft macht hingegen auf die strukturellen und normativen Bedingungen für individuelles Verhalten und Konsum aufmerksam, innerhalb derer sich ein Ri-

siko oder eine (Drogen-, Zigaretten- oder Alkohol-) Abhängigkeit erst zum persönlichen Problem entwickeln kann. Sie argumentiert auch, dass hier dem Opfer die Schuld zugeschoben werde („blaming the victim“).

Im Gesundheitsbereich richtet sich Medienanwaltschaft bisher hauptsächlich gegen Zigaretten- und Alkoholwerbung und -konsum. In den Kampagnen werden drei zentrale Strategien eingesetzt:

1. *Kreative Epidemiologie („creative epidemiology“, „social math“):* Wissenschaftlich solide Daten werden gesammelt und so „übersetzt“, dass sich die Medien und in der Folge die Öffentlichkeit dafür interessieren. Ein klassisches Beispiel für den Einsatz kreativer Epidemiologie war der von der Amerikanischen Krebsgesellschaft schon in den 1990er Jahren benutzte Slogan: „Eintausend Menschen hören täglich auf zu rauchen - indem sie sterben. Dies entspricht dem Absturz von zwei voll besetzten Jumbos ohne Überlebende.“ In diesem Beispiel wurde trockenes Zahlenmaterial provokativ in drastische, von allen vorstellbare Bilder übersetzt. Flugzeugunglücke erwecken Assoziationen von Feuer und Rauch in Verbindung mit Leiden und Tod. Diese affektiven Assoziationen sind gewollt. Sie setzen die Aura des Zigarettenrauchens in einen unangenehmen und anderen Kontext als den von Freiheit, Sex oder Abenteuer.

2. *Den Verständnisrahmen neu setzen (framing):* Eine zweite Strategiekomponente zielt auf die (Re-)Konstruktion oder Umdeutung von Bildern oder Symbolen, die an grundsätzliche menschliche Werte oder tiefe Überzeugungen appellieren. Ein klassisches Beispiel dafür ist der bewusste Einsatz des Begriffs Freiheit. Produzenten von Zigaretten stellen sich selbst als Repräsentanten der Freiheit und Verteidiger freier Entscheidungen dar, während sie die Anti-Raucher-Gruppen als intolerante und radikale Zensoren individueller Entfaltungsmöglichkeiten verunglimpfen. Dadurch bewirken sie, dass Angriffe auf ihr Produkt zu einer Frage von Grundrechten und Zivilisiertheit werden. Sie verschieben den Verständnisrahmen, in dem diese Frage sonst diskutiert würde - z.B. als Gesundheitsproblem. Es ist von entscheidender Bedeutung, den Verständnisrahmen für ein Thema umzugewichten oder eigenständig zu setzen. Wer dies schafft, kann die primären Diskussionsinhalte vorgeben und v.a. alternative, gesundheitsförderliche Problemlösungen in den Vordergrund rücken („shaping the debate“).

3. *Meldungen gestalten:* Zufällige oder inszenierte Anlässe werden genutzt, um damit die Aufmerksamkeit der Medien zu erregen und diese dazu zu bringen, entweder bisher kaum Beachtetes auf die Agenda zu setzen oder bereits Bekanntes aus einem neuen Blickwinkel heraus zu beleuchten. Beispielsweise wurde die jährliche Herausgabe des Jahresberichts von Tabakfirmen in Australien zum Anlass genommen,

einen zusätzlichen „Geschäftsbericht“ zu lancieren, der detailliert die Anzahl der Todes- und Krankheitsfälle für jede Zigarettenmarke separat im vergangenen Geschäftsjahr publizierte. Immer wichtiger ist auch die Gestaltung der eigenen Botschaften als kurze, prägnante, Schlagzeilen- und zitierfähige „media bites“ (z.B.: „Tabak ist das einzige Genussmittel, das bei ordnungsgemäßer Verwendung zum Tod führt“; „Shouldn’t we regulate guns as seriously as we regulate toys?“).

Medienanwaltschaft ist sowohl eine Weiterentwicklung herkömmlicher Methoden von Public Relations - jedoch mit Public-Health-Anliegen - als auch eine Anwendung der Kommunikationsforschung auf Krankheitsprävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitsdeterminanten: „Media advocacy accelerates and amplifies community organizing and policy advocacy, helping public health practitioners, activists, and residents frame their issues so that the landscape of conditions comes into view and public health solutions are illuminated“ (Dorfman/Krasnow 2014).

Aus europäischem Blickwinkel ist Media Advocacy eine Weiterentwicklung der Anliegen und Strategien der Bürgerrechts-, Umwelt- und Emanzipationsbewegungen in das Medienzeitalter hinein. In Deutschland wird sie bisher eher von Aktivistinnen und Aktivisten aus dem kulturellen, medizin- und industriekritischen oder klassisch-politischen Bereich genutzt. Z.B. zählen Menschenketten für humanitäre und Friedensanliegen, Anti-Pharma-Aktionen, die Anprangerung der agrarindustriellen Tiermast und Massentierhaltung oder spektakuläre Öffentlichkeitsaktionen wie Anti-Atomkraft-Demonstrationen bzw. Greenpeace-Aktivitäten dazu. Für beide Kontinente scheint eine Voraussetzung zu sein, dass ein durch Medienanwaltschaft beleuchtetes Anliegen Rückhalt und Resonanz in einer sozialen, politischen, ökologischen oder gesellschaftlichen Bewegung hat. Für explizite Gesundheitskampagnen durch Medienanwaltschaft gibt es in Deutschland bisher kaum Beispiele.

Literatur:

Literatur allgemein:

Glanz K/Rimer BK/Viswanath K (eds), Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice, 4th ed., San Francisco 2008;

Glanz K/Rimer BK/Viswanath K (eds), Health Behavior: Theory, Research, and Practice, 5th ed., San Francisco 2015;

Nutbeam D/Harris E, Theory in a Nutshell - A practical guide to health promotion theories, 2nd ed., Sydney 2009;

Walter U/Koch U (Hrsg.), Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland - Konzepte, Strategien und Interventionsansätze der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln (Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung Sonderheft 1, hrsg. von der BZgA) 2015.

Literatur Modell der überzeugenden Kommunikation:

Bonfadelli H, Die Kampagne ‚Alkohol - Kenn dein Limit.“: Einsatz neuer Medien, in: Walter/Koch 2015, 94-107

Corcoran N, Theories and models in communicating health messages,in: dies., Communicating Health - Strategies for Health Promotion, London 2007, 5-31 (Neuauflage: 2nd ed., London 2013);

McGuire WJ, Theoretical Foundations of Campaigns, in: Rice RE /Atkin CK (eds.), Public Communication Campaigns, Newbury Park, 1989;

McGuire WJ, Input and output variables currently promising for constructing persuasive communications, in: Rice RE/Atkin CK (eds), Public communication campaigns, 3rd ed., London 2001 (Neuauflage: 4th ed., Thousand Oaks 2012);

Winkelmann C/Müller W/von Rüden U, Von der AIDS-Aufklärung zur HIV- und STI-Prävention: Die Entwicklung von ‚Gib AIDS keine Chance‘, in: Walter/Koch 2015, 82-93.

Literatur Diffusionstheorie - Verbreitung von Innovationen:

Brownson RC et al, Implementation, Dissemination, and Diffusion of Public Health Interventions, in: Glanz/Rimer/Viswanath 2015, 301-325;

Greenhalgh T et al, Diffusion of Innovations in Health Service Organisations: A systematic literature review, Oxford 2005;

Rogers EM, Diffusion of Innovations, 5th ed., New York 2003;

Wickramasinghe N et al (eds), Critical Issues for the Development of Sustainable E-health Solutions, New York Heidelberg 2012

Winkelmann C/Müller W/von Rüden U, Von der AIDS-Aufklärung zur HIV- und STI-Prävention: Die Entwicklung von ‚Gib AIDS keine Chance‘, in: Walter/Koch 2015, 82-93.

Literatur Soziales Marketing:

European Centre for Disease Prevention and Control, Social marketing guide for public health managers and practitioners, Stockholm (ECDC) November 2014

French, J et al, Social Marketing and Public Health - Theory and Practice, Oxford 2010

Fretwurst B/Friemel TN, Social Marketing, Kap. 6.2 in: Siegert G et al (Hg.), Handbuch Werbeforschung, Wiesbaden 2015

Loss J/Nagel E, Social Marketing - Verführung zum gesundheitsbewussten Verhalten? in: Gesundheitswesen 2010, 72, 54-62;

Schlicht W/Zinsmeister M, Kommunizieren: Social Marketing, in: dies., Gesundheitsförderung systematisch planen und effektiv intervenieren, Berlin Heidelberg 2015, 165-174;

Storey JD/Saffitz GB/Rimon JG, Social Marketing, in: Glanz/Rimer/Viswanath 2008, 435-464.

Internetadressen:

Centers for Disease Control and Prevention, What is Health Marketing? Health Marketing Basics (http://www.cdc.gov/healthcommunication/toolstemplates/whatishm.html; http://www.cdc.gov/healthcommunication/toolstemplates/basics.html);
www.cdc.gov/healthcommunication (Gateway to Health Communication and Social Marketing Practice - Centres for Disease Control and Prevention, USA)
http/::ctb.ku.edu/en/tablecontents/index.aspx (The Community Toolbox - Work Group for Community Health and Development at the University of Kansas, USA)

Literatur Medienanwaltschaft:

Dorfman L/Krasnow ID, Public Health and Media Advocacy, in: Annual Review of Public Health 2014, 35, 293-306;

Jazbinsek D, Media Advocacy - Guerillastrategie im Kampf um die Prioritäten der Gesundheitspolitik, in: Impulse - Newsletter zur Gesundheitsförderung 1, 1999;

National Institutes of Health (NIH), Theory at a Glance: A Guide for Health Promotion Practice, National Cancer Institute, USA 2005, 30-31;

Wallack L, Media Advocacy - A Strategy for Empowering People and Communities, in: Minkler M (ed.), Community Organizing and Community Building for Health, New Brunswick 1999.

Internetadressen:

Centers for Disease Control and Prevention, What is Health Marketing? Health Marketing Basics (http://www.cdc.gov/healthcommunication/toolstemplates/whatishm.html; http://www.cdc.gov/healthcommunication/toolstemplates/basics.html);
www.cdc.gov/healthcommunication (Gateway to Health Communication and Social Marketing Practice - Centres for Disease Control and Prevention, USA)
http/::ctb.ku.edu/en/tablecontents/index.aspx (The Community Toolbox - Work Group for Community Health and Development at the University of Kansas, USA)
Berkeley Media Studies Group, Resources: Media Advocacy (www.bmsg.org/resources/media-advocacy-101);
http/::ctb.ku.edu/en/tablecontents/index.aspx (The Community Toolbox - Work Group for Community Health and Development at the University of Kansas, USA)

www.cdc.gov/tobacco/stateandcommunity/counter-marketing/pdfs/chapter9.pdf (Chapter 9: Media Advocacy)

Verweise:

Anwaltschaft - Vertretung und Durchsetzung gesundheitlicher Interessen, Gesundheitskommunikation und Kampagnen, Modell der Gesundheitsüberzeugungen / Health Belief Model (Erklärungs- und Veränderungsmodelle I), Partizipation: Mitentscheidung der Bürgerinnen und Bürger, Precede / Proceed-Modell (Erklärungs- und Veränderungsmodelle II), Social Media / Gesundheitsförderung mit digitalen Medien, Sozial-kognitive Theorie (Erklärungs- und Veränderungsmodelle I)

Ethik in der Gesundheitsförderung und Prävention

Joseph Kuhn, **Manfred Wildner**

(letzte Aktualisierung am 13.01.2015)

Ethik, Moral, Recht: Prävention und Gesundheitsförderung sind Praxisfelder. Überall dort, wo Menschen handeln, stellen sich nicht nur deskriptive Fragen danach, wie etwas ist, sondern auch normative Fragen danach, wie etwas sein soll. Antworten darauf geben im juristischen Bereich die Gesetzeslage und die Rechtswissenschaften, im moralischen Bereich die Ethik. In der Ethik geht es um Begründungen für moralische Normen. Dass man in der Adipositasprävention übergewichtige Menschen nicht lächerlich machen soll, ist eine moralische Norm. Was das konkret bedeutet und warum diese Norm Anspruch auf Anerkennung hat, ist Gegenstand der Ethik (Rekonstruktion, Reflexion, Legitimation). Ethische Probleme präventiven Handelns stellen sich sowohl für das eigene Handeln im privaten Alltag („Soll ich in der Schwangerschaft Alkohol trinken?", „Soll ich in Gegenwart von Kindern rauchen?"), als auch - und darum geht es im Folgenden - im professionellen Kontext.

In der Medizin hat die Ethik eine lange Tradition. Als Fundament ärztlicher Ethik (bzw. Moral) gilt seit mehr als 2000 Jahren der Hippokratische Eid. Er enthält Vorgaben zum Umgang mit ärztlichem Wissen, die Verpflichtung zu helfen und nicht zu schaden, keine Sterbehilfe zu leisten, keine Abtreibungen vorzunehmen, Patienten und Patientinnen nicht zu missbrauchen und über das zu schweigen, was man in der ärztlichen Tätigkeit erfährt. Die ärztliche Ethik ist vor allem als Berufsethik angelegt, als Teil des ärztlichen Berufsbildes. Als Grundlage für die multidisziplinär angelegte Prävention und Gesundheitsförderung ist sie zwar nicht ausreichend, sie enthält aber bereits verallgemeinerbare Normen, die auch in der Public-Health-Ethik relevant sind.

Die berufsethischen Regeln haben Ärztinnen und Ärzte im Nationalsozialismus nicht davor bewahrt, Medizinverbrechen an Menschen mit Behinderungen und KZ-Häftlingen zu begehen und aktiv an der Vernichtung von Juden, Sinti und Roma mitzuwirken. Eine wichtige Rolle dabei hat - neben anderen Motiven - eine präventive Ethik des „gesunden Volkskörpers" gespielt. Aus dem vorgeblichen Interesse des Volksganzen wurde das Recht abgeleitet, über das Leben von Menschen zu verfügen. Die völkische Kollektivethik und die tradi-

tionelle ärztliche Ethik standen in einem Über-Unterordnungs-Verhältnis zueinander. Im Grundgesetz der Bundesrepublik wurde als Lehre daraus das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit (Art. 2 GG) sowie insbesondere auch die Unantastbarkeit der Würde des Menschen (Art. 1 GG) als Höchstwerte festgeschrieben. Jede Form von Kollektivethik findet hier ihre Grenzen. Damit ist im Grundgesetz eine Wertordnung rechtlich verankert, die für die Diskussion ethischer Fragen in den Gesundheitswissenschaften insgesamt und in der Prävention und Gesundheitsförderung im Besonderen von zentraler Bedeutung ist. Die historischen Erfahrungen haben auch ihren Niederschlag in den Aktualisierungen der ärztlichen Berufsethik gefunden (International Code of Medical Ethics, Deklaration von Genf, Deklaration von Helsinki). Das „Genfer Ärztegelöbnis“ ist der Präambel der ärztlichen Berufsordnung vorangestellt.

Ethik ist eine Teildisziplin der Philosophie. In der Philosophie werden unterschiedliche ethische Ansätze verfolgt. Eine häufige Unterscheidung ist z.B. die zwischen Pflichtenethik (Deontologie), Tugendethik und konsequentialistischer Ethik. Die Pflichtenethik geht von festen Handlungsnormen aus. Kant hat die höchste dieser Normen als „kategorischen Imperativ“ bezeichnet: Handle stets so, dass die Maxime deines Handelns Grundlage für ein allgemeines Gesetz sein kann. Die Tugendethik geht vom Wert persönlicher Tugenden aus, die angestrebt werden sollen, z.B. Tapferkeit oder Wahrhaftigkeit. Gut handelt, wer aus einer solchen Tugend heraus handelt. Die konsequentialistische Ethik wiederum blickt auf die Folgen des Handelns. Eine Handlung ist dann ethisch gerechtfertigt, wenn die Folgen gut oder nützlich sind. Die einflussreichste Richtung der konsequentialistischen Ethik ist der Utilitarismus, der vielen Verfahren der gesundheitsökonomischen Evaluation zugrunde liegt und darüber hinaus in Public Health insgesamt eine wichtige Rolle spielt. Der Utilitarismus sieht eine Handlung dann als ethisch gerechtfertigt an, wenn der daraus resultierende Gesamtnutzen positiv ist, selbst wenn einige Menschen dabei Nachteile in Kauf nehmen müssten. Es ist unschwer zu erkennen, dass die Unantastbarkeit der Menschenwürde dieser Logik Grenzen setzt. Klaus Dörner, ein bedeutender Vertreter der deutschen Sozialpsychiatrie, hat beispielsweise in Anlehnung an Kants kategorischen Imperativ gefordert, nicht utilitaristisch zu denken, sondern stets die Schwächsten im Blick zu behalten: *„Handle so, dass du in deinem Verantwortungsbereich mit dem Einsatz all deiner Ressourcen an Hörfähigkeit, Aufmerksamkeit und Liebe, aber auch Manpower und Zeit immer beim jeweils Schwächsten beginnst - bei dem, bei dem es sich am wenigsten lohnt.“* In der Prävention und Gesundheitsförderung wäre dabei vor allem an die Verringerung sozialer Ungleichheit zu denken.

Gegen alle der genannten ethischen Grundkonzepte lassen sich schwerwiegende Einwände formulieren, es gibt keinen Konsens über die „richtige Ethik“ in der Philosophie. Daher haben manche Autoren und Autorinnen vorgeschlagen, von Prinzipien auf mittlerer Abstraktionsebene auszugehen, die leichter allgemeine Anerkennung finden und die von ver-

schiedenen philosophischen Ansätzen her zu begründen sind (Prinzipienethik) oder anhand exemplarischer Fälle zu diskutieren (case-based approaches, kasuistischer Ansatz).

Exemplarische Konfliktfelder: Im angelsächsischen Sprachraum gibt es seit einigen Jahren eine intensive Diskussion zur Public-Health-Ethik, die sich auch mit bevölkerungsbezogenen Strategien der Prävention und Gesundheitsförderung beschäftigt. Bekannt geworden ist z.B. der aus den Biowissenschaften kommende prinzipienethische Ansatz von Beauchamp und Childress. Sie formulieren vier ethische Grundprinzipien: Autonomie, Wohltätigkeit, Nichtschädigung und Gerechtigkeit. Im deutschsprachigen Raum hat Peter Schröder-Bäck daran anknüpfend fünf Prinzipien einer gegenüber der individualmedizinischen Ethik eigenständig zu konzipierenden Public-Health-Ethik formuliert: Maximierung des gesundheitlichen Gesamtnutzens und Bevölkerungsschutz, Achtung vor der Menschenwürde, Gerechtigkeit, Effizienz sowie Verhältnismäßigkeit. Die Achtung der Menschenwürde ist hier explizit in die kollektivethischen Überlegungen integriert.

Anhand solcher Prinzipien lässt sich die ethische Dimension präventiver bzw. gesundheitsförderlicher Strategien und Maßnahmen zumindest aufzeigen:

- Wie sind Prioritäten in der Prävention und Gesundheitsförderung zu setzen? Werden die richtigen Probleme aufgegriffen? Wie ist die Orientierung an epidemiologischen Befunden gegenüber der Orientierung an Partizipations- und Konsensprozessen ethisch zu bewerten? Haben Kosten-Nutzen-Analysen mehr Gewicht als die Parteinahme für sozial Benachteiligte?
- Welche Handlungsverpflichtungen ergeben sich aus den sozialepidemiologischen Befunden zu Armut und Gesundheit für Gesundheitsförderung und Prävention?
- Müssen Fachleute der Gesundheitsförderung sozialpolitisch aktiv werden?
- Wie sind Finanzierungsfragen in der Prävention ethisch zu bewerten? Sind z.B. Zuzahlungen für Gesundheitskurse für sozial Benachteiligte ethisch zu rechtfertigen? Ist politischer Druck auf Hersteller von Impfstoffen zur Senkung von Preisen, um Rationierung zu vermeiden, ethisch zu rechtfertigen?
- Unter welchen Bedingungen darf in die Handlungsautonomie der Einzelnen eingegriffen werden? Darf man z.B. das Rauchen in öffentlichen Räumen oder das Autofahren unter Alkoholeinfluss verbieten? Ist eine Gurtpflicht mit dem Autonomieprinzip vereinbar? Wäre ein Zwang zur Teilnahme an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen legitim, und was rechtfertigt freiheitsbeschränkende Maßnahmen zur Prävention von Seuchen?
- Darf man (gesunde) Menschen präventiv mit gegebenem Risiko von Nebenwirkungen behandeln, z.B. das Trinkwasser für alle Menschen fluoridieren oder eine Impfpflicht einführen?

- Darf man Untersuchungsbefunde an Versicherungen weiterleiten? Muss man die Betroffenen über alle Untersuchungsbefunde informieren, wie ist ein Recht auf „Nichtwissen“ angemessen zu fassen?
- Wie wird im Eigenverantwortungsdiskurs Verantwortung zugewiesen? Sind „blaming the victim“-Strategien (dem Opfer die Schuld geben) in der Prävention zulässig?
- Ist die Identifikation und Benennung von Zielgruppen immer unbedenklich, oder gibt es Labeling-Effekte und Stigmatisierungen, z.B. in der Adipositasprävention oder in der Prävention bei sozial Benachteiligten?
- Ist das präventiv Erreichbare die Norm für alle Menschen? Gibt es eine Pflicht zur Gesundheit?
- Wo liegen die ethischen Grenzen einer Verbesserung von Gesundheit und körperlichen Leistungen z.B. durch pharmakologisches Enhancement (Doping) oder durch eugenische Maßnahmen?
- Welche neuen ethischen Herausforderungen bringt die Verbindung von präventiver und **prädiktiver Medizin** in Zusammenhang mit den „OMIC-Wissenschaften“ mit sich, sowohl auf der individuellen Ebene als auch im Public Health-Kontext?
- Was ist erlaubt im Sponsoring, was in der Drittmittelforschung, z.B. im Hinblick auf Zuwendungen der Tabakindustrie?

In der konkreten Entscheidungsfindung sind die ethischen Aspekte mit fachlichen, ökonomischen und politischen Aspekten abzuwägen. In einigen Handlungsfeldern gibt es dafür, soweit die Entscheidungsfindung nicht ohnehin rechtlich vorgebahnt ist, Unterstützung durch Ethikcodices oder ethikrelevante Leitlinien, z.B. in der Arbeitsmedizin, bei genetischen Untersuchungen oder der Durchführung von Screenings. Ethikcodices sollen dabei nicht das individuelle Gewissen (die individualethische Reflexion) ersetzen, sondern kumuliertes Wissen und ethische Diskursergebnisse verfügbar machen. Die genannten Beispiele mögen auch noch einmal belegen, dass eine auf das individuelle Verhältnis zwischen Gesundheitsfachkräften und Patientinnen sowie Patienten konzentrierte Berufsethik für die Gesundheitsförderung und Prävention nicht ausreicht, weil es oft um Fragen der Systemgestaltung geht, also auch institutionenethisch bzw. ordnungsethisch gedacht werden muss.

Wissenschaftlichkeit und Ethik: In der Prävention und Gesundheitsförderung werden Handlungsbedarfe häufig epidemiologisch begründet, z.B. anhand der Berechnung von „verlorenen Lebensjahren“ (PYLL) oder der „vermeidbaren Sterblichkeit“. Scheinbar verschwinden dadurch ethische Abwägungsfragen in der Priorisierung von Themen und Zielgruppen. In der Festlegung des präventiven Handlungsbedarfs kommt der Epidemiologie in der Tat ein großer Stellenwert zu, weil sich Interventionen hier, anders als in der Kura-

tion, nicht ohne Weiteres aus der Nachfrage von „behandlungsbedürftigen“ Menschen ergeben. Es gibt jedoch keine einfache Ableitung von Präventionszielen aus epidemiologischen Befunden. Wer das Sollen aus dem Sein ableitet, begeht nach David Hume einen „naturalistischen Fehlschluss“ (es gibt keinen gültigen logischen Schluss vom Sein auf das Sollen). Epidemiologische Konstrukte wie die verlorenen Lebensjahre oder die vermeidbare Sterblichkeit (**Epidemiologie**) sind davon nicht ausgenommen. Das richtige Handeln lässt sich nicht ausrechnen, das gilt auch für das ethisch richtige Handeln: Es muss im Gespräch miteinander, insbesondere auch unter Einbeziehung der Betroffenen, und unter Offenlegung der herangezogenen Prämissen gesucht werden (ethischer Diskurs). Gerade in der Prävention und Gesundheitsförderung kann dazu auch das Ergebnis gehören, dass sich das ethisch Richtige nicht immer zweifelsfrei bestimmen lässt.

Literatur:

Bayer R/Gostin LO/Jennings B/Steinbock B, Public Health Ethics, New York 2007;

Beauchamp T/Childress J, Principles of Biomedical Ethics, New York 1994;

Hafen M, Ethik in Prävention und Geusndheitsförderung, in: Prävention und Gesundheitsförderung 2013, 8 (4), 284-288;

Kolb S/Seithe H/IPPNW (Hg.), Medizin und Gewissen. 50 Jahre nach dem Nürnberger Ärzteprozeß, Frankfurt 1998;

Naidoo J/Wills J, Lehrbuch der Gesundheitsförderung. Überarbeitete, aktualisierte und durch Beiträge zum Entwicklungsstand in Deutschland erweiterte Neuauflage, hrsg. von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Gamburg 2010;

Schröder P, Ethische Prinzipien für die Public-Health-Praxis: Grundlagen und Anwendungen, Frankfurt 2014

Internetadressen:

www.drze.de (Deutsches Referenzzentrum für Ethik in den Biowissenschaften)
www.ethikrat.org (Deutscher Ethikrat)
www.nuffieldbioethics.org (Nuffield Council on Bioethics)

Verweise:

Epidemiologie und Sozialepidemiologie, Prädiktive Medizin und individualisierte Medizin

Evaluation

Gina Haack, **Wolfgang Haß**

(letzte Aktualisierung am 11.04.2016)

Begriffsbestimmung. - Der Begriff Evaluation bedeutet „Bewertung", „Beurteilung" (aus dem **lateinischen valere** = „stark" oder „wert sein"). In diesem allgemeinen Verständnis ist Evaluation Bestandteil unseres alltäglichen Handelns, indem dessen Ergebnisse bewertet oder beurteilt werden. Im wissenschaftlichen Sinn ist Evaluation ein Ansatz bzw. eine Untersuchung, mit dem/der relevante Informationen in einem definierten Kontext systematisch dokumentiert und unter Anwendung der verfügbaren Methoden der Sozialforschung kriteriengeleitet und nachvollziehbar bewertet werden. Ziel der Untersuchung ist die Bereitstellung und Interpretation von Daten, mit deren Hilfe entschieden werden kann, ob der Untersuchungsgegenstand den angestrebten Zweck erfüllt (Erfolgskontrolle).

Evaluationsgegenstand - Gegenstand einer Evaluation können Strukturen, Prozesse oder Ergebnisse von zielorientierten Aktivitäten sein, zudem deren Planung sowie auch Kontextbedingungen. Eine umfassende (komplexe) Evaluation erstreckt sich i. d. R. auf mehrere Bereiche, die zumeist in einer Beziehung zueinander stehen bzw. zeitlich aufeinander folgen (**Public Health Action Cycle**).

Im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung (PGf) bezieht sich Evaluation zumeist auf Interventionen (Projekte, Maßnahmen, Programme, Kampagnen), die gesundheitsbezogene Effekte auf der individuellen Wissens-, Einstellungs- und Verhaltensebene oder auf der strukturellen Ebene bewirken sollen. Sie dient insbesondere dem Erkenntnisgewinn, der Reflektion und Legitimation einer gewählten Vorgehensweise, deren Transparenz und Nachvollziehbarkeit sowie der Qualitäts- und Ergebnissicherung. Im Falle noch unzureichender oder fehlender Evidenz zu einem Sachverhalt trägt Evaluation zur Evidenzbasierung bei. Idealerweise fließen die Erkenntnisse der Evaluation in die Planung weiterer oder die Verbesserung bereits erprobter Aktivitäten ein, so dass ein Kreislauf der ständigen Optimierung entsteht (Public Health Action Cycle, **Qualität in Prävention und Gesundheitsförderung**).

Das fortlaufende Generieren von Informationen durch die Evaluation ermöglicht den Durchführenden der Intervention zudem, die Bewertung wichtiger Parameter und damit die Steuerung der Intervention, indem ggf. diese Parameter nachjustiert werden können. Damit ist die Evaluation ein substantieller Bestandteil jeder gesundheitsbezogenen Intervention und sollte von Beginn an eingeplant werden.

Typische Fragen sind:

- Sind die verfügbaren strukturellen Ressourcen zur Durchführung einer Intervention geeignet?
- Ist die Planung realistisch?
- Läuft die Durchführung planmäßig oder gibt es Schwachstellen?
- Entspricht das Ergebnis den zuvor definierten Zielen?
- Ist das Ergebnis in Bezug auf die eingesetzten Ressourcen effizient?

Es lassen sich verschiedene Formen der Evaluation im Bereich der PGf unterscheiden.

Planungs-, Konzept- oder Strategieevaluation (Assessment-Evaluation) - Zu Beginn einer geplanten gesundheitsbezogenen Intervention sollte eine Analyse und Bewertung der Ausgangssituation stehen (u. a. Epidemiologie eines Problems, Bedarfe und Bedürfnisse hinsichtlich dessen Lösung, vorhandene Ressourcen, theoretische Modelle und wissenschaftliche Evidenz bzw. Umsetzungserfahrungen als „best practice"). Eine substantielle Aufgabe der Evaluation in der Planungsphase ist die Erstellung eines Interventionskonzeptes (auch -plan, -modell oder -theorie). In diesem wird dokumentiert, auf welche Weise was, bei wem, von wem, bis wann, unter welchen Voraussetzungen und mit welchen Mitteln erreicht (u. a. Definition von Zielen und ggf. Zwischenzielen), welche Kriterien zur Überprüfung der Zielerreichung herangezogen werden sollen (Indikatoren, Operationalisierung) und mit welchen Methoden dies geschehen soll (Evaluationsdesign). Hypothesen zu angenommenen Wirkungszusammenhängen und deren Auswirkungen auf mögliche Ergebnisse sowie die einzelnen Phasen der Intervention lassen sich am besten in einem „logischen Modell" bzw. in einem „Programmbaum" veranschaulichen. Damit werden in der Phase der Planungsevaluation alle notwendigen Elemente einer Intervention festgelegt. Zudem wird geprüft, ob die getroffenen Annahmen realistisch hinsichtlich der Zielerreichung sind. Eine besondere Herausforderung im Feld der PGf ist es, sicherzustellen, dass die gemessenen Ergebnisse auf die Intervention zurückgeführt werden können.

Besondere Herangehensweisen und Abstimmungsprozesse erfordert die Evaluation einer Intervention in **Settings** (Kindertagesstätte, Schule, Stadtteil, etc.) oder von bestimmten **Zielgruppen, Multiplikatorinnen und Multiplikatoren** (z. B. Kinder, Senioren). Hier sind regionalen oder lokalen Spezifitäten Rechnung zu tragen und ggf. **partizipative Forschungsansätze** zu prüfen.

Prozessevaluation (Formative Evaluation) - Zum einen wird hier die Durchführungsgüte überprüft, d. h., ob der tatsächliche Verlauf der Intervention dem geplanten entspricht (Programmtreue). Zum anderen, ob die Intervention die Zielgruppe erreicht und akzeptiert wird (Programmreichweite und -akzeptanz). Im Falle von Abweichungen ist zu klären, worauf diese zurückzuführen sind, ob sie die Durchführungsgüte mindern - und damit

u. U. auch die Wirksamkeit einer Intervention - und welche Maßnahmen ggf. dagegen zu treffen sind. Bei komplexen Interventionen kann durch Evaluation geprüft werden, ob die einzelnen Maßnahmen in die gleiche Richtung wirken und so gemeinsam einen Beitrag zur Zielerreichung der Gesamtintervention ermöglichen oder ob das Nicht-Funktionieren einer Komponente den intendierten Effekt verhindert oder schmälert und damit den Gesamterfolg gefährdet. Dabei sollte die Evaluation wesentliche Faktoren für den Erfolg und Misserfolg einzelner Interventionskomponenten identifizieren (z. B. wird mit Maßnahme x die vorgesehene Zielgruppe erreicht, werden die Absichten und wie diese vermittelt werden, verstanden?). Dies schafft die Möglichkeit, im Prozess der Durchführung zu entscheiden, ob durch gezielte Veränderungen der Interventionskomponente ihre Zielerreichung sichergestellt werden kann oder ob auf diese Maßnahme verzichtet werden sollte. Evaluation greift damit gestaltend (formativ) in den Ablauf von Interventionen ein. Wichtig ist zudem, mögliche nicht intendierte oder unerwartete Effekte der Intervention zu dokumentieren und zu bewerten. Prozessevaluation sollte kontinuierlich während der gesamten Durchführungsphase einer Intervention stattfinden und dient der Optimierung des Interventionsprozesses.

Ergebnisevaluation (Summative Evaluation) - Die Evaluation der Wirksamkeit einer Intervention oder ihrer einzelnen Komponenten leitet sich ab aus dem im Interventionskonzept dokumentierten Zielerreichungsmodell. Sie bezieht sich in erster Linie auf die kurz-, mittel- oder langfristigen Wirkungen, welche auf die Intervention zurückführbar sind (outcomes, impact). Von besonderem Interesse ist dabei oftmals die Nachhaltigkeit einer Intervention oder das Auftreten von Wirkungen, die über die ursprünglich intendierten Ziele hinausgehen oder andauern (z. B. Entwicklung von Kooperationsnetzwerken). Berücksichtigt werden sollten auch nicht intendierte Effekte bzw. unerwünschte Effekte, die im Evaluationskonzept nicht dokumentiert sind.
Ein wichtiger Output von Evaluation ist die Aufbereitung von Ergebnissen und Erfahrungen für die (Fach-) Öffentlichkeit (Transfer von Lernerfahrungen).

Methodische Aspekte der Evaluation in der Prävention und Gesundheitsförderung - Die bei einer Evaluation vorgesehenen methodischen Verfahren sind im Evaluationsdesign zu dokumentieren. Hierzu zählen zum einen die Auswahl eines dem Evaluationsgegenstand angemessenen Erhebungsverfahrens (RCT, prospektive Beobachtungsstudie, Fallkontrollstudie, etc.). Sind Interventionen komplex, umfassen sie also verschiedene Komponenten (Träger, Zielgruppen, Settings, Kommunikationskanäle etc.), ist das Evaluationsdesign entsprechend anzupassen. Zum anderen sind geeignete quantitative und/oder qualitative Methoden der empirischen Sozialwissenschaften zu verwenden. Letztere sind insbesondere bei der Planungs- und der Prozessevaluation von Bedeutung (z. B. Fokusgruppen zur Diskussion von Problemen und möglichen Lösungen). Für eine umfassende Bewertung des Evaluationsgegenstands können eine multiperspektivi(sti)sche Vorgehensweise (Triangu-

lation) und/oder die Kombination von verschiedenen Methoden (Mixed Methods) hilfreich sein.

Varianten der Evaluation - In Abhängigkeit der materiellen und personellen Ressourcen, den Fragestellungen, dem erwarteten Nutzen sowie Evaluationsverantwortlichen kann die Durchführung einer Evaluation variieren. Die "beste" Untersuchungsart gibt es nicht. Es muss für jede Fragestellung unter den Beteiligten an einer Durchführung geprüft werden, wie man zu den gewünschten Informationen gelangt.

Bezüglich der Position zur durchführenden Institution (intern/extern) und zur fachlichen Position (fachvertraut/fachfremd) lassen sich vier Evaluationsarten unterscheiden, die zum Teil kombinierbar sind. Unterformen der internen Evaluation sind die **Selbstevaluation** (fachvertraut) und die **Inhouse-Evaluation** (fachfremd), Unterformen der externen Evaluation die Peer-Evaluation (fachvertraut) und Fremdevaluation (fachfremd).

Evaluation-Standards - Um die Güte von Evaluation zu sichern, hat das "Joint Committee on Standards for Educational Evaluation" 30 Standards festgelegt, die nach den Bewertungsdimensionen Nützlichkeit, Durchführbarkeit, Fairness und Genauigkeit untergliedert sind. Die Deutsche Gesellschaft für Evaluation (DeGEval) hat diese Standards für den deutschsprachigen Raum angepasst.

Literatur:

Flick U, Qualitative Evaluationsforschung: Konzepte, Methoden, Umsetzung. Rowohlt Taschenbuch Verlag. Reinbek 2006

Loss J/Seibold C/Eichhorn C/Nagel E, Evaluation in der Gesundheitsförderung. Eine Schritt-für-Schritt Anleitung für Gesundheitsförderer. Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (Hg.) in Kooperation mit dem Institut für Medizinmanagement und Gesundheitswissenschaften, Band 3 der Schriftenreihe Materialien zur Gesundheitsförderung. 2013

Naidoo J/Wills J, Lehrbuch der Gesundheitsförderung. Translated by G. Conrad. Überarbeitete, aktualisierte und erweiterte Auflage. BZgA (Hg.).Verlag f. Gesundheitsförderung, Hamburg 2010

Sanders J R, Handbuch der Evaluationssstandards: Die Standards des "Joint Committee on Standards for Educational Evaluation". 2. Auflage, Springer-Verlag. 2006

Widmer T/Beywl W/Fabian C (Hg.), Evaluation. Ein systematisches Handbuch. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden 2009

Internetadressen:

http://eval-wiki.org/glossar/Kategorie:A_bis_Z
http://www.DeGEval.de

https://www.lzg.nrw.de/ges_foerd/qualitaet/evaluationstools/index.html
https://www.quint-essenz.ch/de

Verweise:

Partizipative Gesundheitsforschung, Public Health Action Cycle / Gesundheitspolitischer Aktionszyklus, Qualitätssicherung, Qualitätsentwicklung, Qualitätsmanagement, Settingansatz / Lebensweltansatz, Zielgruppen, Multiplikatorinnen und Multiplikatoren

Evidenzbasierte Gesundheitsförderung

Thomas Elkeles, Ursel Broesskamp-Stone

(letzte Aktualisierung am 02.03.2015)

Evidenz und evidenzbasierte Praxis sind Begriffe, die sich in neuerer Zeit, v.a. in der Medizin und teilweise auch in **Public Health** sehr schnell durchgesetzt und etabliert haben. In der Gesundheitsförderung hat das Thema einer evidenzbasierten Praxis in den letzten Jahren an Bedeutung und Relevanz gewonnen und zu einer breiteren Diskussion geführt.

In der Medizin wird Evidenz als ein wissenschaftlich fundiertes, beweiskräftiges Wissen über die Wirksamkeit medizinischer Interventionen verstanden. Es ist Basis für die Entwicklung von Qualitätsstandards bzw. Leitlinien für die medizinische Praxis. Dabei wird von einer Evidenzhierarchie ausgegangen. Die randomisierte kontrollierte Studie (Randomized controlled trial - RCT) steht auf der obersten Stufe und wird als „Goldstandard" für Evidenznachweise betrachtet (vgl. Abb. 1).

Grad der Evidenz	Bewertungskriterien für medizinische Studien
I	Evidenz aufgrund mindestens einer randomisierten kontrollierten klinischen Studie mit adäquaten Design
II-1	Evidenz aufgrund einer kontrollierten nichtrandomisierten Studie mit adäquaten Design
II-2	Evidenz aufgrund von Kohortenstudie oder Fall-Kontrollstudie mit adäquaten Design
II-3	Evidenz aufgrund von Vergleichsstudien, die Populationen in verschiedenen Zeitabschnitten oder an verschiedenen Orten mit oder ohne Intervention vergleichen
III	Expertenmeinungen gemäß klinischer Erfahrung; beschreibende Studien, Berichte von Expertengremien

Abb. 1: Bewertung medizinischer Maßnahmen: Kriterien zur Bewertung der „Härtegrade" wissenschaftlicher Evidenz (Canadian Task Force 1994, aus: Jakubowski und Krech 2001, 144)

Ein Evidenzbegriff wie der in der Medizin ist für Gesundheitsförderung fragwürdig. Die RTC gilt dort als unangemessen, ja sogar kontraproduktiv. Dementsprechend schlug Noack vor, Evidenz in der Gesundheitsförderung als „umfassendes, plausibles Wissen über die Wirksamkeit komplexer gesundheitsfördernder Aktivitäten in komplexen sozialen Systemen oder Lebenswelten zu begreifen". Im Bereich der Gesundheitsförderung kann nach Learmont von Evidenzbasierung gesprochen werden, wenn eine Intervention auf validen und relevanten Kenntnissen basiert. Gesundheitsförderung erfordert einen Evidenzbegriff, der die multidimensionalen Aspekte von Gesundheitsförderung erfasst und die holistische Sicht von **Gesundheit** berücksichtigt. Im Zentrum der Diskussionen stehen also die Fragen des Evidenzbegriffs, die Frage nach den Ergebnissen/Wirkungen (Outcome) und der Methoden.

Der Begriff Evidenz bedeutet zunächst die höchste Gewissheit eines Sachverhalts. Wie man zu Gewissheit kommt, wird in verschiedenen philosophischen und erkenntnistheoretischen Denkrichtungen allerdings unterschiedlich gesehen. Für die evidenzbasierte Gesundheitsförderung ist es zudem entscheidend, wie man erstens den Sachverhalt der Gesundheitsförderung selbst und zweitens ihre Wirksamkeit auffasst und konzeptualisiert.

Soweit unter der Forderung nach Evidenzbasierung (lediglich) verstanden wird, die bestverfügbare Evidenz zur Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit von Interventionen zu ermitteln bzw. anzuwenden, wäre dagegen kaum etwas vorzubringen, im Gegenteil. Statt ‚narrativer Evidenz' oder ‚interner Eminenz' sind systematische, wissenschaftlich gestützte Ermittlungen der Evidenz, z.B. in Metaanalysen, durchaus zu fordern.

Im Gegensatz zur evidenzbasierten Medizin, deren Datenbasis klinische und epidemiologische Studien mit eng umgrenzten Fragestellungen sind, die zu Aussagen über die Wirksamkeit bestimmter medizinischer Handlungen führen, muss in der Gesundheitsförderung die Datenbasis von (komplexen) Programmen und deren Evaluationen prinzipiell wesentlich breiter angelegt sein und vor allem den jeweiligen Kontext berücksichtigen (vgl. Elkeles 2012).

Entsprechend stellt sich in nationalen und internationalen Überblicksarbeiten über Metaanalysen und systematische Reviews zur Wirksamkeit von Gesundheitsförderung regelmäßig heraus, dass die Studien- und Ergebnislage unter der Überschrift „Gesundheitsförderung" im günstigen Fall recht eng begrenzte Interventionstypen, Outcomes und Resultate abdeckt. Im ungünstigen Fall scheitert die Methode der systematischen Reviews zur „Messung" der Evidenzstufe von „Gesundheitsförderung" an der Zahl und Art der verfügbaren Studiendokumentationen. Wenn überhaupt komplexe Interventionen in solchen Reviews erfasst werden, dann meist zu einem sehr eingeschränkten, mit traditionellen Ergebnisindikatoren messbaren Einzelthema (Unfallraten, Tabakentwöhnungsraten, Kon-

domgebrauch). Das jedoch ist nicht der Kern des existierenden Bedarfs, Gesundheitsförderungsprogramme zu evaluieren und auf Evidenzen zu basieren.

In Fortführung bzw. Umsetzung der Ottawa-Charta und gemäß der heutigen Erkenntnisse über die Breite der Determinanten der Gesundheit (bzw. der wichtigen physischen, psychischen und sozialen Einflussfaktoren auf Gesundheit) versteht man unter „Gesundheitsförderung" Interventionen in soziale Systeme bzw. soziale Programme und Strategien, die: a) auf die Veränderung gesundheitsrelevanter *Lebensbedingungen* und *nicht nur* individueller Verhaltensmuster zielen; b) für *nachhaltige* und sinnvolle Ergebnisse sowie zum Management von Unsicherheit und Kontextdynamik die *Partizipation* der beteiligten Menschen an der Verbesserung ihrer gesundheitlichen Chancen als wesentliches Element enthalten. Auf dieser Grundlage gilt:

- Es handelt sich bei Gesundheitsförderung zumeist um Interventionen in soziale Systeme bzw. um soziale Programme, die stets kontextabhängig sind.
- Eine quantitative Evidenzhierarchie mit einem den Situationskontext bewusst ausblendenden („verblindenden") Evidenzideal ist dem Gegenstand daher nicht angemessen.
- Gesundheitsförderungsmaßnahmen werden idealtypisch erst im Setting bzw. in Lebenswelten entwickelt bzw. werden bekannte Maßnahmen dort adaptiert und mit anderen Maßnahmen bedarfs- und bedürfnisgerecht kombiniert. Abhängige und mögliche unabhängige Variablen sind daher von vornherein nicht bekannt und setting- bzw. kontextspezifisch höchst variant.
- Gesundheitsförderungsprogramme, die auf Veränderung einer Vielzahl interagierender (sozialer, ökonomischer, ökologischer) Einflussfaktoren bzw. Determinanten der Gesundheit inklusive des Gesundheitshandelns abzielen und/oder die auf die emanzipativen Veränderungspotenziale bei den Beteiligten im Setting setzen, sind kaum in einfachen linearen Ursache-Wirkungs-Zusammenhängen zu beschreiben bzw. aufgrund ihrer multifaktoriellen Komplexität schwer in solche zu zerlegen. Es ist noch viel Forschung nötig, um ein hierfür ausreichend differenziertes Verständnis der wirkenden Prozesse und entsprechender Evaluationsmethoden zu erlangen.

Verbreitete Aussagen wie: es gibt „viel/wenig Evidenz" sind eigentlich nichtssagend, sofern nicht gesagt wird: „Evidenz zu was?" In westlichen Ländern ist mit dem alleinigen Wort "Evidenz" oder „Evidenzbasierung" zumeist unausgesprochen gemeint, nur „nachgewiesen wirksame Maßnahmen" in andere Kontexte zu transferieren. Wie ein solcher Nachweis in der Gesundheitsförderung aussehen kann und wie nicht, und auf welche Grenzen dieses stößt, wurde oben angesprochen. Evidenz zur Wirksamkeit ist ein wesentlicher Teil, aber nicht die ganze Evidenzbasis der Gesundheitsförderung. Hinzu kommt die

Evidenz über die wichtigen Einflussfaktoren (Determinanten) der Gesundheit und deren komplexes Zusammenspiel. Das Evidenzverständnis ist auch in der Gesundheitsförderung im Wandel und in internationaler Perspektive zeichnet sich ein Konsens ab. Wenn man Evidenzbasierung jedoch als Legitimationswissenschaft versteht, um auf diesem Wege die eigene Existenzberechtigung nachweisen zu wollen, fiele man hinter den bereits erreichten Stand zurück (in Deutschland: gesetzliche Legitimation als „Erbringungsleistung" (Betrieblicher) Gesundheitsförderung der Krankenkassen).

Unabhängig davon, ob der Evidenzbegriff enger oder weiter verstanden wird, gilt: Eine einseitige Fokussierung auf Evidenzbasierung als *dem* allgemeinen Qualitäts- oder „Muss"-Kriterium für „akzeptables" Entscheiden und Handeln, für optimale Praxis und Politik im Handlungsfeld Gesundheitsförderung und darüber hinaus, wird seit Jahren durch die zunehmende Verwendung des Begriffs „evidenzinformiert" statt „evidenzbasiert" relativiert (anfänglich im Bereich [Healthy Public] Policy, später auch in anderen Handlungsbereichen von Gesundheitsförderung und Public Health, z.B. bei wichtigen Entscheidungsprozessen). Das bedeutet nicht die Ablehnung der Forderung nach Evidenzbasierung, sondern die Anerkennung dessen, dass Evidenzbasierung zumeist nicht das alleinige Maß ist, auf dem optimale Entscheidungen und Maßnahmen im Bereich Gesundheitsförderung beruhen. Wie neuere Best-Practice-Ansätze reflektieren, ist „evidenzbasiert" nur eines von mehreren wichtigen Kriterien für Qualität und nachhaltige Wirksamkeit von Interventionen.

Auf Basis internationaler Arbeiten und Diskurse zur „evidenzbasierten Gesundheitsförderung" entwickelte Gesundheitsförderung Schweiz ein neues Verständnis von Best Practice in der Gesundheitsförderung und Prävention mit drei Dimensionen: Werte, Wissen, Kontext. Evidenzbasierung ist ein wesentliches Element der Wissensdimension. Alle drei Dimensionen, nicht nur die Wissensbasis, sollen im alltäglichen Entscheiden und Handeln in der Gesundheitsförderung wiederholt reflektiert werden (gleich einem Radarstrahl; vgl. Abb. 2).

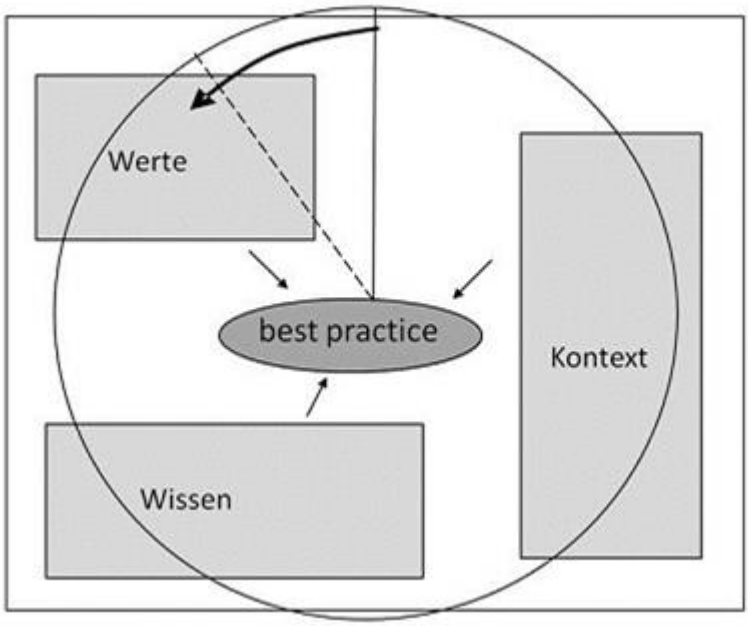


Abb. 1. Radaschirm-Modell Best Practise (Broesskamp-Stone et al. (2010), S. 11)

Es gibt sieben Best-Practice-Kriterien (mit je drei bis fünf Indikatoren): ein übergeordnetes; je eines zur ethischen bzw. Wertebasis und zum Maßnahmenkontext; drei zum Umgang mit Wissen bzw. Evidenzen; und ein abschließendes übergeordnetes Kriterium.

- *Übergeordnetes* Kriterium: Jede der drei Best-Practice-Dimensionen (Werte, Wissen, Kontext) wird bei strategischen Entscheidungen sowie bei Planung, Umsetzung und Evaluation von Aktivitäten der Gesundheitsförderung und Prävention reflektiert und angemessen berücksichtigt (s. Abb. 2). Dies erfolgt systematisch und unter Verwendung der adäquaten existierenden Hilfsmittel.
- *Werte*: Die (ethischen) Grundwerte und Prinzipien der Gesundheitsförderung und Public Health werden bei strategischen Entscheidungen sowie bei Planung, Umsetzung und Evaluation von Gesundheitsförderungs- und Präventionsmassnahmen angemessen berücksichtigt (z.B. Schadensvermeidung, Respekt vor der Autonomie des Einzelnen, gesundheitliche Chancengleichheit, Nachhaltigkeit, Empowerment).
- *Wissen*: a) Entscheidungen und Aktivitäten entsprechen den aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen (systematische Recherchen, eine Nichtberücksichtigung von Wissen ist gut zu begründen); b) Die Entscheidung/das Handeln trägt zur Stärkung der wissenschaftlichen Grundlagen bzw. der Evidenzbasis der Gesundheitsförderung und Prävention bei (u.a. Wissenslücken dokumentieren; wo nötig/angemessen, Beitrag zur Schließung der Lücken leisten;

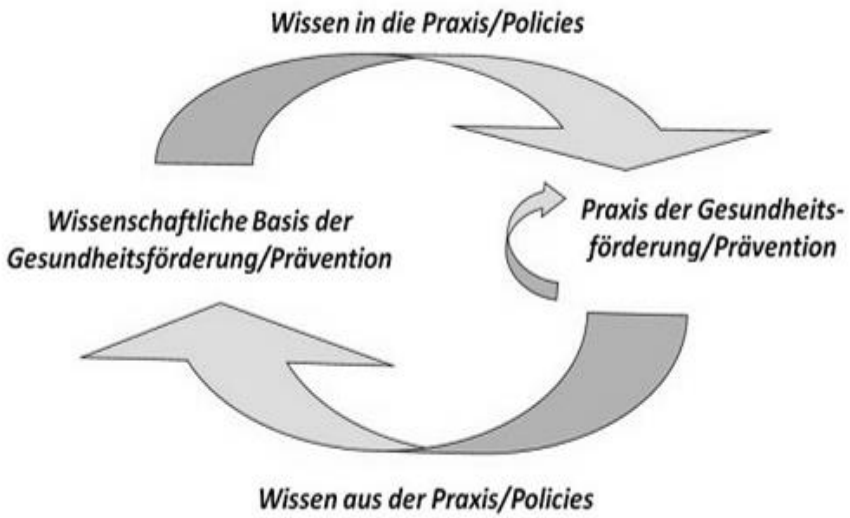


Abb. 2. Wissenszyklus (Broesskamp-Stone et al. (2010), S. 16)

Evaluation); c) Entscheidungen und Aktivitäten berücksichtigen ergänzend zum wissenschaftlichen Wissen in angemessener Weise auch anderes wichtiges Wissen (z.B. Expertenmeinungen/Erfahrungswissen; wissenschaftliches und Praxiswissen sind sorgfältig gegeneinander abzuwägen, s. Abb. 3).

» *Kontext*: Der Kontext wird bei strategischen Entscheidungen und bei der Planung, Umsetzung und Evaluation von Aktivitäten der Gesundheitsförderung und Prävention angemessen berücksichtigt, z.B. vorhandene Kapazitäten für Maßnahmen wie Policies, Leadership, hoher Professionalisierungsgrad, Partizipationsmechanismen; Gesetze, politische/kulturelle Faktoren sind zu beachten (d.h. auch Reflexion der Übertragbarkeit von wissenschaftlichen Erkenntnissen und Interventionen auf den eigenen Kontext; eventuelle Adaptionen gut begründen).

Abschließendes übergeordnetes Kriterium/Wirksamkeit: „Die beabsichtigten positiven Wirkungen wurden erreicht und negative Wirkungen wurden vermieden." Die Reflexion der ethischen oder Wertebasis von Public Health und Gesundheitsförderung noch vor der Wissensrecherche kann u.a. die Wissens- bzw. Evidenzbasierung einer Entscheidung oder Maßnahmenplanung positiv beeinflussen (die „Chancengleichheitsbrille" fördert z.B. die Suche nach wirksamen Maßnahmen für sozial Benachteiligte, die „Nachhaltigkeitsbrille" die Suche nach nachhaltig wirksamen Maßnahmen). Die Best-Practice-Kriterien und -Indikatoren im Bereich Wissen fördern ein differenziertes, dem Gegenstand der Gesundheitsförderung mit ihren komplexen Interventionen angemessenes Evidenzverständnis: Je nach (Untersuchungs-)Gegenstand kann ein anderer Studientyp der „beste" sein (Evidenzprisma statt Evidenzhierarchie, s. Abb. 4).

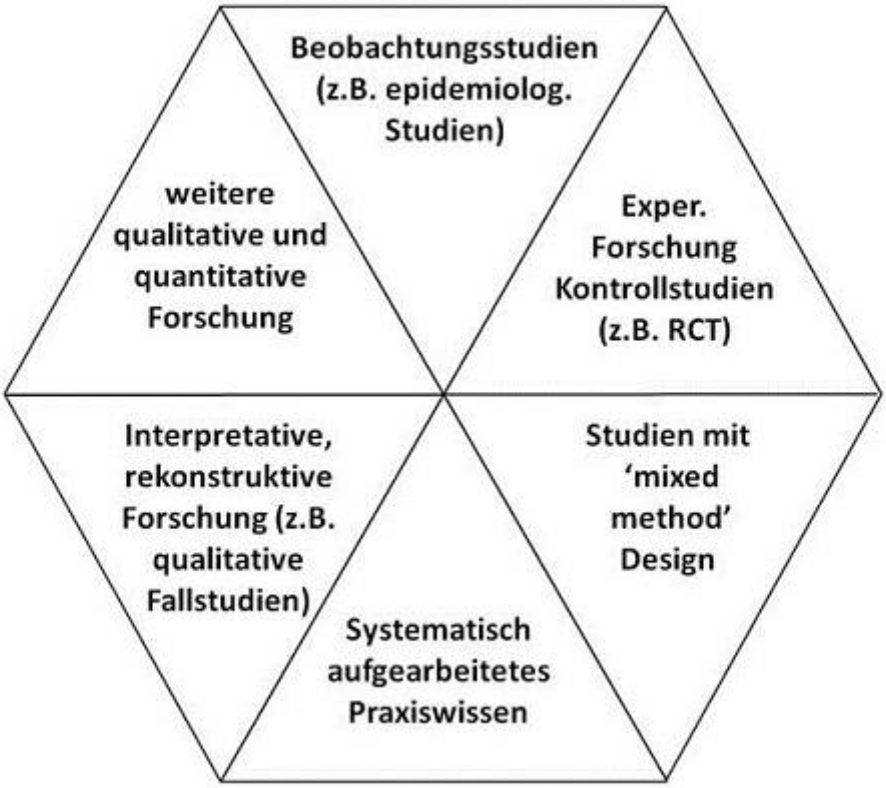


Abb. 3. Evidenzprisma Darstellung in Anlehnung an Wallach (2006)

Insgesamt kommt es auf allen Gebieten der Gesundheitsförderung darauf an, die Evidenzbasis mittels wissenschaftlicher Evaluation und Qualitätsentwicklung zu verbessern. Auf der Grundlage des gegebenen wissenschaftlichen Kenntnisstandes sollte eine Plausibilisierung vorgenommen werden, dass mit den vorgeschlagenen Interventionen positive Effekte in einem grob abschätzbaren Umfang erreichbar erscheinen, was in der Regel die Skizzierung eines Wirkungsmodells mit zu testenden Hypothesen umfassen wird. Ein Modell zur Typisierung von Gesundheitsförderungsergebnissen und ein Tool zur Entwicklung solcher Wirkungsmodelle bzw. logic models ist das sog. „Ergebnismodell" von Gesundheitsförderung Schweiz, die Weiterentwicklung des Outcome-Modells von Nutbeam: Es unterstützt das Definieren adäquater Ergebnis-Messparameter für Gesundheitsförderungsmethoden und -ansätze, wobei berücksichtigt wird, dass a) Prozessverläufe ebenso wie die sog. Outcomes einen zentralen Erfolgsfaktor darstellen und b) nicht nur positive Veränderungen der *Gesundheit,* sondern bereits der *Determinanten bzw. Ressourcen für Gesundheit* (z.B. Verhalten, Verhältnisse) wichtige Ergebnisse sind, und sogar Veränderungen der *Einflussfaktoren auf* diese Determinanten/Ressourcen (z.B. Politikentscheide). Durch die systematische Bezugnahme auf Wirkungsmodelle wird auch ein Beitrag für die notwendige Theoriebildung und -fortentwicklung in der Gesundheitsförderung geleistet, welche es Akteuren in der Gesundheitsförderung erleichtert, ein besseres Verständnis der Umsetzungsprozesse und Erfolgsfaktoren zu entwickeln.

Literatur:

Amort FM, Partizipative Gesundheits(förderungs)forschung und die Praxis der Partizipation in der Gesundheitsförderung. In:Adamer-König E/AMort FM (Hg.) Gesundheit partizipativ gestalten, fördern und erforschen. Dokumentation der Netzwerktagung 2014, DACH - Netzwerk für Gesundheitsförderung, Wien (FH Joanneum), 2014, 5-6;

Bödeker W/Kreis J (Hg.), Evidenzbasierung in Gesundheitsförderung und Prävention, Bremerhaven (Wirtschaftsverlag NW) 2006;

Brenda S/Broesskamp-Stone U/Ruckstuhl B et al, Modelling the results of health promotion activities in Switzerland: Development of the Swiss Model for Outcome Classification in Health Promotion and Prevention. In: Health Promotion International, 1, 2008 (23), 86-97;

Broesskamp-Stone U, Gute, vielversprechende, beste Praxis? Der Best Practice-Rahmen für Gesundheitsförderung und Prävention, in: Kolip P/Müller V (Hg.), 2009, 115-136;

Broesskamp-Stone, U., Ackermann G., Ruckstuhl B., Steinmann R. (2010) Best Practice - Ein normativer Handlungsrahmen für optimale Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention. Gesundheitsförderung Schweiz (Hg.), Bern/Lausanne;

Elkeles T, Evidenzbasierung und Evaluation in der Gesundheitsförderung, in: Spicker I/Sprengseis G (Hg.), Gesundheitsförderung stärken. Kritische Aspekte und Lösungsansätze, Wien (Facultas) 2008, 61-78;

Elkeles T, Mögliche und machbare Evaluationsdesigns - Gedanken zur Evaluation oder: von Kanonenkugeln und Köchen. In: Robert-Koch-Institut (Hg): Evaluation komplexer Interventionsprogramme in der Prävention: Lernende Systeme, lehrreiche Systeme? Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Berlin 2012, 79-88;

Green LW, George A, Daniel M et al., Study of Participatory Research in Health Promotion: Review and Recommendations for the Development of Participatory Research in Health Promotion in Canada. Ottawa: Royal Society of Canada, 1995;

Jakubowski E, Krech R, Leitlinien als Entscheidungshilfe in der gesundheitswissenschaftlichen Praxis, in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.), Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention, Köln (BZgA) 2001, 142-150;

Kolip P, Müller V (Hg), Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention: Handbuch Gesundheitswissenschaften, Bern (Huber) 2009;

Learmonth A, Utilizing research in practice and generating evidence from practice, in: Health Education Research, 6, 2000 (15), 743-756;

Lüngen M, Schröer-Günther M-A, Passon AM, Gerber A, Lauterbach KW, Evidenz der Wirksamkeit internationaler Präventionsmaßnahmen und Auswirkungen auf ein deutsches Präventionsgesetz, in: Medizinische Klinik 104, 2009, 2, 101-107;

McQueen DV,Anderson LM, What counts as evidence: issues and debates, in: World Health Organisation, Europe (ed.), Evaluation in Health Promotion - Principles and perspectives, Copenhagen 2001, 63-81;

Noack H, Inwieweit kann wissenschaftliche Evidenz zum Erfolg der Gesundheitsförderung beitragen? Referat auf der 4. Nationalen Gesundheitsförderungs-Konferenz, Delémont/CH, September 2002;

Potvin L, Managing Uncertainty Through Participation, in: McQueen D/Kickbusch I/Potvin L et al. (eds.) Health and Modernity - The role of Theory in Health Promotion. New York (Springer) 2007, 103-128;

Ruckstuhl B, Abel T, Ein Modell zur Typisierung von Ergebnissen der Gesundheitsförderung. Eine kommentierte Darstellung des Ansatzes von Don Nutbeam, in: Prävention 2, 2001 (24), 35-38;

Tannahill A, Beyond evidence-to ethics: a decision-making framework for health promotion, public health and health improvement, in: Health Promotion International 4, 2008 (23), 380-390;

van der Donk C, van Lanen B, Wright MT, Praxisforschung im Sozial- und Gesundheitswesen. Bern (Huber), 2014.

Wallach H, Zirkulär statt hierarchisch - methodische Überlegungen zur Evaluation komplexer Maßnahmen, in: Bödeker W/ Kreis J (Hg.), 2006, 33-56

Zimmermann KF, Evidenzbasierte Politikberatung, Vierteljahreshefte zur Wirtschaftsforschung, 2011 (1), 23-33

Internetadressen:

https://gesundheitsfoerderung.ch/grundlagen/wirkungsmanagement/qualitaet/best-practice.html
http://www.eufep.at/ (Das Europäische Forum für evidenzbasierte Gesundheitsförderung und Prävention ist eine internationale Plattform über Best Practices bei evidenzbasierten Präventionsprogrammen.)

Verweise:

Gesundheit, Gesundheitswissenschaften / Public Health

Die Autoren danken der Verfasserin des Stichworttextes „Evidenzbasierte Gesundheitsförderung“ in der 2. Auflage, Brigitte Ruckstuhl, für ihre unseres Erachtens weiterhin gültigen Ausführungen

Finanzierung der Gesundheitsförderung

Thomas Altgeldt

(letzte Aktualisierung am 05.12.2016)

Investitionen in Gesundheit und Gesundheitsförderung finden in allen gesellschaftlichen Subsystemen statt, nicht nur im Gesundheitswesen selbst. Finanzierungswege und -quellen der Gesundheitsförderung sind deshalb schwer zu gewichten und umfassend darzustellen. Wesentliche Investitionen in Gesundheit werden z.B. im Bildungssystem oder innerhalb von Familien bei der Kindererziehung getätigt. Investitionen und soziale Reformen zur Verbesserung der Lebensbedingungen durch Bildung, verbesserte Arbeits- und Wohnbedingungen oder verbesserter Umweltschutz haben direkte und primäre Gesundheitseffekte im Bevölkerungsmaßstab (**Determinanten von Gesundheit**, **Gesundheitsförderung: Grundlagen**).

Die im Gesundheitswesen direkt investierten Gelder und die gezielt in Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen investierten eher marginalen Mittel haben - folgt man sozialepidemiologischen Überlegungen - bislang weniger zur Gesundheit und Verbesserung der Lebenserwartung beigetragen als grundlegende soziale Reformen. Sie sind zudem später wirksam geworden als vorausgegangene strukturelle Verbesserungen der Lebenslage breiter Bevölkerungsschichten.

Der angelsächsische Begriff „investment for health“, der dies beschreibt, hat sich im deutschen Sprachraum nicht durchgesetzt. Innerhalb des deutschen Gesundheitswesens wird in der Regel über Kosten der Gesundheitsversorgung diskutiert, nicht über Investitionen in Gesundheit und auch nicht über gesundheitliche Folgekosten von Entscheidungen in anderen Politikbereichen (z.B. Verkehrspolitik oder Wirtschaftsförderung) (vgl. **Health-in-all-Policies**).

Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention sind in Deutschland nur teilweise in verschiedenen Gesetzen verankert. Je nach Zielgruppe oder Lebensbereich sind unterschiedliche soziale Sicherungssysteme und Kostenträger verantwortlich (Kranken-, Renten-, Unfall- und Pflegeversicherung, Jugendhilfe, Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen). Verglichen mit der kurativen Versorgung spielen die finanziellen Aufwendungen für Gesundheitsförderung und Prävention in den jeweiligen Etats allerdings eine untergeordnete Rolle. In Deutschland erhielten die gesetzlichen Krankenversicherer (GKV)

1988 als erster Sozialversicherungszweig mit dem § 20 des Sozialgesetzbuches V eine gesetzliche Grundlage zur Finanzierung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen. Dieser Finanzierungsweg wurde 1996 massiv eingeschränkt und im Jahr 2000 in begrenzter Form wieder zugelassen. Die Begrenzung erfolgte in Form einer Budgetierung (2,74 Euro pro Versichertem) und die Bindung der Umsetzung der Primärprävention an die „Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen". Die Ausgaben 2015 nach § 20, SGB V lagen bei insgesamt 317 Millionen Euro, also im Promillebereich der Gesamtausgaben der GKV von 208 Milliarden Euro. Die damit 2015 durchschnittlich verausgabten 4,49 Euro pro Versichertem flossen zu zwei Dritteln in die Individualprävention, 1,08 Euro pro Versicherten wurde in die betriebliche Gesundheitsförderung und nur 0,54 Euro in nichtbetriebliche Settings (z.B. Kindertagesstätten, Schulen oder Kommunen) investiert. Das vom Deutschen Bundestag am 18.06.15 verabschiedete Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (**Präventionsgesetz - PrävG**) schreibt ab 2016 eine Erhöhung der Ausgaben auf 7 Euro pro Versicherten vor und quotiert die Ausgaben für betriebliche und nicht-betriebliche Settings auf jeweils mindestens 2 Euro pro Versicherten und für die Individualprävention auf mindestens 3 Euro. Damit kommt es aktuell zu massiven Ausgabensteigerungen der GKV für die Lebenswelten (**Präventionsgesetz**).

Maßnahmen zur Primärprävention und Gesundheitsförderung werden bislang in erster Linie aus öffentlichen Haushalten gefördert (z.B. Sucht-, Gewalt-, Kriminalprävention, Ernährungsaufklärung oder Sport- und Bewegungsförderung). Eine zunehmend wichtige Rolle bei der Finanzierung spielt das Engagement nichtöffentlicher, gemeinnütziger Träger sowie des privaten Sektors in der Prävention und Gesundheitsförderung.

Tabelle 1 systematisiert die wichtigsten Ebenen und Strukturen der Finanzierung von Gesundheitsförderung und Primärprävention auf den unterschiedlichen Ebenen. Die Finanzierungswege und - soweit vorhanden - die gesetzlichen Grundlagen für eine Finanzierung werden benannt. Ausgaben zur Sekundär- und Tertiärprävention sind dabei nicht berücksichtigt.

	Staatliche Stellen	Öffentlich-rechtliche Körperschaften	Freie Träger/NGOs [1]	Private Träger
Europäische Ebene	Aktionsprogramme, Gemeinschaftsinitiativen oder Haushaltslinien der EU5; Europäische Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz, Bilbao	WHO - Regionalbüro für Europa, Kopenhagen; European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, Dublin	European Section of IUHPE (International Union for Health Promotion and Education)	Multinationale Betriebe; Transnationale Stiftungen
Nationale Ebene	Haushaltsmittel der Bundesministerien für Gesundheit, Familie, Forschung, Inneres, Ernährung und Arbeit; Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung; Bundesanstalt für Arbeitsschutz; Bundeszentrum für Ernährung in der Bundesanstalt für Landwirtschaft und Ernährung (ab 2017)	Mittel der gesetzlichen Krankenversicherer (§ 20, SGB V); Mittel der gesetzlichen Rentenversicherer(§ 31, SGB VI) Mittel der gesetzlichen Unfallversicherer (§ 14, SGB VII); Mittel der gesetzlichen Pflegeversicherung ((§ 5, SGB XI) Mittel der Körperschaften der Ärzteschaft auf Bundesebene	Bundesvereinigung für Prävention und Gesundheitsförderung; Deutsche Gesellschaft für Ernährung; Deutscher Olympischer Sportbund; Stiftungsgelder, z.B. Robert-Bosch-Stiftung oder Auridis gGmbH	Großbetriebe, Investitionen nach dem Arbeitsschutzgesetz (1996)
Ebene der Bundesländer	Haushaltsmittel der Landesministerien für Gesundheit, Soziales, Inneres, Kultus und Frauen; Landesgesundheitsämter; Landesinstitute für Lehrerfortbildung	Landesverbände der gesetzlichen Kranken-, Renten- und Unfallversicherer, Landesärztekammern	Landeszentralen/-vereinigungen für Gesundheit; Lotto-Stiftungen der Länder; Landessektionen der DGE; Landessportbünde	Großbetriebe; Spenden und Initiativen von Privatpersonen
Kommunale Ebene	Mittel aus kommunalen Haushalten; Gesundheitsämter; Schulverwaltungen	Mittel der gesetzlichen Kranken-, Renten- und Unfallversicherer	Gesundheitszentren, lokale Gesundheitsinitiativen; lokale Stiftungen; Sportvereine	Klein- und Mittelbetriebe; Spenden und Initiativen von Privatpersonen; Bußgelder

Tabelle 1. Ausgewählte Einrichtungen, Strukturen, Finanzierungsquellen und -wege der Gesundheitsförderung von der europäischen zur lokalen Ebene

[1] Die nichtstaatlichen Einrichtungen erhalten zum Teil Fördergelder aus dem staatlichen und Sozialversicherungssektor. Sie akquirieren aber weitere Gelder und setzen darüber hinaus Eigenmittel, Spenden und Mitgliedsbeiträge im erheblichen Umfang ein.

Da die größten Investitionen in den Gesundheitsschutz und die Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt von Betrieben selbst getätigt werden, wurden diese Investitionen in das Überblicksschema aufgenommen. Seit dem 1. Januar 2008 wird die Förderung der Mitarbeitergesundheit in Betrieben steuerlich unterstützt: 500 Euro kann ein Unternehmen pro Mitarbeiter/in und pro Jahr seither lohnsteuerfrei für Maßnahmen der Gesundheitsförderung investieren. Über betriebliche Gesundheitsförderungsmaßnahmen der GKV wurden 2015 insgesamt 10.922 Betriebe erreicht, was bei einer Gesamtanzahl von 7,9 Millionen Betrieben in Deutschland allerdings nur einem Erreichungsgrad im Promillebereich entspricht. Erreicht werden über diese Maßnahmen vor allem Großbetriebe und nicht die Kleinst-, Klein- und Mittelbetriebe, die den Großteil der Unternehmen in Deutschland darstellen.

Auf kommunaler Ebene wächst der Anteil privater Initiativen und Investitionen in Gesundheitsförderung angesichts prekärer öffentlicher Haushaltslagen. Allerdings wird der größte Finanzierungsanteil der Maßnahmen aus öffentlichen sowie aus Mitteln der gesetzlichen Sozialversicherungen bestritten. Für den speziellen Bereich der Präventionsforschung wurde seitens des Bundesforschungsministeriums 2003 der Förderschwerpunkt Präventionsforschung mit dem Ziel ins Leben gerufen, die primäre Prävention und Gesundheitsförderung durch gezielte Forschung zu verbessern. In enger Zusammenarbeit zwischen Präventionsanbietern und Wissenschaftlern bzw. Wissenschaftlerinnen sollen so wirksame und praxisnahe Präventionsangebote geschaffen werden. Bis 2012 wurden in vier Ausschreibungen insgesamt 60 Forschungsvorhaben mit insgesamt 20 Millionen Euro gefördert (**Präventionsforschung**). 2016 wurde vom Bundesforschungsministerium das neue Förderkonzept "Gesund - ein Leben lang" gestartet, das bis ins Jahr 2021 rund 100 Millionen Euro in Forschungsvorhaben zur Gesundheitsforschung für alle Lebensalter und für geschlechtsspezifische Forschungsfragen zur Verfügung stellt.

Die Tabelle enthält keine Angaben über private Investitionen in persönliche Gesundheitsförderung auf der individuellen Ebene. Gerade hier ist aber im letzten Jahrzehnt ein beachtlicher, marktförmig organisierter Sektor entstanden. Persönliche Gesundheitsförderung wird mit Begriffen wie Wellness und individuellen Gesundheitstrainings oder -coachings umschrieben und beworben. Hier ist im letzten Jahrzehnt eine zunehmende Produktentwicklung, insbesondere in den Bereichen Bewegung, Entspannung und Ernährung zu verzeichnen. Auch digitale Anwendungen sind Teil dieses Wachstumsmarktes. Gesundheitsapps, die Bewegungs-, Ernährungsverhalten oder andere gesundheitsrelevante Alltagsaspekte coachen, boomen (**Social Media / Gesundheitsförderung mit digitalen Medien**).

Die Vielfalt verschiedener Finanzierungsträger (**Gesundheitsförderung: Entwicklung nach Ottawa**) hat die Diskussion um gemeinschaftliche Finanzierungsmodelle in den letzten Jahren intensiver werden lassen. Schon in der Jakarta-Erklärung der WHO (1997) wird

der erhöhte Stellenwert neuer sektor- und trägerübergreifender Finanzierungswege der Gesundheitsförderung auf lokaler, nationaler und weltweiter Ebene besonders herausgestellt. Nur über neue Ansätze zur Bündelung der Aktivitäten von Regierungen, nichtstaatlichen Organisationen, Bildungseinrichtungen und des privaten Sektors kann eine breitere Basis für die Finanzierung der Gesundheitsförderung sichergestellt werden. In anderen europäischen Ländern existieren Vorbilder für eine Gemeinschaftsfinanzierung bzw. eine nationale Stiftung Prävention (**Gesundheitsförderung in der Schweiz**, **Gesundheitsförderung in Österreich**). Die Nationale Präventionskonferenz, die im Rahmen des Präventionsgesetzes 2015 in Deutschland installiert wurde, erfüllt diesen Anspruch nur teilweise, hat aber mit den im Februar 2016 verabschiedeten Bundesrahmenempfehlungen die Koordination der präventiven Leistungsausgaben der gesetzlichen Kranken-, Unfall-, Renten- und Pflegeversicherungen verbessert.

In Deutschland fehlen für vergleichbare gemeinschaftliche Finanzierungsstrategien bislang die gesetzlichen Grundlagen und nennenswerte praktische Realisierungen. Die Heterogenität der Träger bringt eine Vielfalt von Interessen und Eigenlogiken verschiedener Institutionen mit sich. Gemeinschaftsfinanzierungsmodelle (sogenannte Pool-Lösungen) werden in der Regel abgelehnt, weil ein Verlust von Einflussmöglichkeiten und mangelnde eigene institutionsbezogene Profilierungsmöglichkeiten befürchtet werden. Um Gesundheitsförderung auf eine breitere finanzielle Basis zu stellen, wird von einigen Fachleuten zudem der zweckgebundene Einsatz von Steuergeldern auf gesundheitsgefährdende Produkte (z.B. Tabak oder Alkohol) zur Finanzierung von Präventionsmaßnahmen gefordert. Diese Form der Finanzierung wird teilweise in Kanada und Australien praktiziert, widerspricht aber nach Meinung der Bundesministerien der Systematik des deutschen Haushaltsrechts.

Eine zunehmende Bedeutung insbesondere für nichtstaatliche Einrichtungen hat seit Anfang der 1990er-Jahre das professionelle *Fundraising* (Geldeinwerbung) erlangt. Der angelsächsische Begriff des Fundraisings kann frei als Mittel- oder Geldbeschaffung übersetzt werden. Als Sammelbegriff für jegliche Aktivitäten der Geld- bzw. Mittelgewinnung für bestimmte Zwecke im gemeinnützigen Non-Profit-Sektor hat er sich auch in Deutschland inzwischen durchgesetzt. Er beinhaltet die Erstellung einer Marketingstrategie zur Einwerbung von öffentlichen Fördermitteln und anderen Geldern. Förderer können Privatpersonen, Unternehmen oder Stiftungen sein. Dafür müssen allerdings Anknüpfungspunkte auf personeller, zeitlicher, geografischer oder inhaltlicher Ebene vorhanden sein. Deshalb ist eine gezielte einrichtungsbezogene Potenzialanalyse für eine erfolgreiche Fundraisingstrategie notwendig. Es ist wenig sinnvoll, eine breite, unspezifische Ansprache aller möglichen potenziellen Geldgeber zu starten.

Ein Fundraisingkonzept beginnt mit der Analyse möglicher Anknüpfungspunkte. Bei dem persönlichen Bereich beispielsweise wird genau recherchiert, wer in der Einrichtung wel-

che persönlichen Kontakte zu welchen potenziellen Spendern hat. Der oben genannte zeitliche Bereich bedeutet, dass Firmenjubiläen oder die Etablierung neuer Produkte als mögliche Verknüpfungspunkte zur Einrichtung ausgewählt werden. Neben dem erstmaligen Einwerben von Spendengeldern oder anderen Mitteln ist die Pflege und der systematische Kontakt zu bereits vorhandenen Förderern ein wesentlicher Schwerpunkt von Fundraisingaktivitäten. Dabei werden gestufte Vorgehensweisen nach der Höhe der jeweiligen Unterstützung gewählt, d.h. Großspender erfahren eine andere Ansprache und Einbindung in die Arbeit als Einmalspender. Die Mittelakquisition kann mit Hilfe und Unterstützung unterschiedlicher Kommunikationskanäle betrieben werden. Die Wahl eines Kanals (z.B. persönlicher Kontakt, Mailings, Massenmedien, Telefon- oder Standaktionen) ist abhängig von der Zielgruppe der Mittelakquisition und einer Kosten-Nutzen-Betrachtung.

Das Handlungsfeld Fundraising professionalisiert sich zunehmend in Deutschland. Es werden Qualifizierungen angeboten, eigene Arbeitsbereiche mit eigenem Fachpersonal in größeren, nichtstaatlichen Einrichtungen aufgebaut oder Aufträge an spezialisierte Agenturen vergeben. Neuere Trends in dem Sektor sind Crowdfunding, das gezielte Einwerben von Erbschaftsgeldern und weitere Online-Fundraisingmöglichkeiten. Etwa 10 Prozent der gesamten Spenden werden bereits über das Internet eingeworben. Mittlerweile existieren auch Spendenportale, über die Informationen und Mittelbedarfe unterschiedlicher Einrichtungen kommuniziert werden (z.B. spendenportal.de). Beim Online-Fundraising werden auch neue Ansätze entwickelt, etwa das sogenannte „Crowdfunding“, bei dem gezielt auf Kleinspenden gesetzt wird, um konkrete Maßnahmen zu verwirklichen. Seit dem erfolgreichen Präsidentschaftswahlkampf von Barack Obama, der auf diese Akquisitionsstrategie gesetzt hatte, entwickeln Not-for-Profit-Organisationen hier konkrete Projekte, die auf Kleinspenden von vielen Privatpersonen zielen. Dabei werden ein attraktiver Gesamtprojektrahmen und eine Mindestkapitalmenge definiert, die erreicht werden muss, bevor die Aktivität starten kann. Im Verhältnis zur Mindestkapitalmenge leistet jedes Mitglied der Masse (Crowdfunder) nur einen geringen finanziellen Anteil.

Eine besondere Aktivität im Rahmen von Fundraising stellt das *Sozial-Sponsoring* dar. Dabei handelt es sich um eine vertraglich abgesicherte Partnerschaft zwischen Firmen und nichtstaatlichen gemeinnützigen Einrichtungen. Sie stellt ein öffentlichkeitswirksames Geschäft dar, das auf Leistung und Gegenleistung beruht. Unternehmen binden die Unterstützung solcher Einrichtungen im Rahmen von Sozial-Sponsoring aktiv in ihre Unternehmenskommunikation ein, d.h. für nichtstaatliche Einrichtungen, dass sie dafür geeignete Kapazitäten und Aktivitäten berücksichtigen müssen. Im Sport- und Umweltbereich haben diese Formen der Partnerschaft eine längere Tradition. Im Sozial- und Gesundheitsbereich wurden erst seit Ende des letzten Jahrzehnts vermehrt solche Partnerschaften eingegangen. Es ist allerdings anzumerken, dass nur etwa 5 Prozent aller Sponsoringgelder von Firmen in den Sozial- und Gesundheitsbereich fließen. Weitaus attraktiver ist für Firmen

nach wie vor das Engagement im Umweltsektor sowie im Sportbereich, wo der Löwenanteil der Gelder investiert wird.

Der gewachsene Spendenmarkt und Einzelfälle von missbräuchlichem Einsatz von Spenden haben zu Forderungen nach mehr Transparenz und Gütekriterien für Einrichtungen geführt. Es sind in Deutschland unterschiedliche Gütesiegel für gemeinnützige Organisationen entwickelt worden, die anhand definierter Prüfkriterien die transparente und zweckgerichtete Verwendung von Spendengeldern bescheinigen. Die Beantragung der Spendensiegel ist zumeist mit vergleichsweise geringen Kosten für die gemeinnützigen Einrichtungen für die Zertifizierung verbunden. Durch die Zertifizierung soll für potenzielle Geldgeber mehr Vertrauen in die ordnungsgemäße Verwendung der Spenden ermöglicht werden. Das bekannteste Spendensiegel in Deutschland ist das DZI-Spendensiegel des Deutschen Zentralinstituts für soziale Fragen. Neu für diesen Bereich ist die Plattform phineo.org, die nach einem englischen Vorbild 2010 in Deutschland geschaffen wurde, um soziale Investoren zu informieren, die ihre Spendenentscheidung auf Basis von Informationen über die Wirkung gemeinnütziger Arbeit treffen wollen. Durch Themenreports für soziale Investoren und eine Liste zertifizierter Einrichtungen soll über ausgewählte Gebiete gemeinnütziger Arbeit informiert werden. Gesellschaftliche Herausforderungen werden darin analysiert, Förderlücken aufgedeckt und Erfolg versprechende Handlungsansätze vorgestellt.

Literatur:

Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V.(MDS) & GKV-Spitzenverband (Hg.) (2016): Präventionsbericht 2016 - Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primarprävention und betriebliche Gesundheitsförderung. Berichtsjahr 2015, Essen. Download unter. https://www.gkv-spitzenverband.de/ krankenversicherung/praevention_selbsthilfe_beratung/ praevention_und_bgf/praeventionsbericht/praeventionsbericht.jsp

Haibach M, Handbuch Fundraising. Spenden, Sponsoring, Stiftungen in der Praxis,., Campus-Verlag, Frankfurt am Main und New York 2012;

Loss J/Böhme M/Nagel E, Finanzierung von Gesundheitsförderung auf kommunaler Ebene, in: Prävention und Gesundheitsförderung, Band 4, Heft 3, August 2009, 195-204;

Phineo (Hg.) Kursbuch Stiftungen - Förderprojekte wirkungsorientiert gestalten, Berlin 2015, Download unter http://www.phineo.org/beratung/kursbuch-stiftungen

Seibold C/Loss J/Eichhorn C/Nagel E, Partnerschaften und Strukturen der gemeindenahen Gesundheitsförderung, Bayrisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit, Erlangen 2009.;

Internetadressen:

http://www.spendenrat.de/
https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/gesundheitsfoerderung-im-quartier/aktiv-werden-fuer-gesundheit-arbeitshilfen/teil-3-ein-projekt-entwickeln/welche-moeglichkeiten-der-finanzierung-gibt-es/
http://www.gesundheit-nds.de/images/pdfs/impulse/LVG-Zeitschrift-Nr91-Web.pdf (Ausgabe zum Präventionsgesetz)
www.phineo.org (Phineo - Plattform für Soziale Investoren)
www.sozialgesetzbuch-sgb.de
www.stiftungen.org

Verweise:

Determinanten von Gesundheit, Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik / Healthy Public Policy, Gesundheitsförderung 1: Grundlagen, Gesundheitsförderung 3: Entwicklung nach Ottawa, Gesundheitsförderung 6: Österreich, Gesundheitsförderung 7: Schweiz, Prävention und Krankheitsprävention, Präventionsgesetz, Social Media / Gesundheitsförderung mit digitalen Medien

Forschung zur Gesundheitsförderung

Ulla Walter, Martina Plaumann

(letzte Aktualisierung am 10.01.2017)

Eine wirksame Gesundheitsförderung und Prävention basiert auf Forschungserkenntnissen und theoretischen Konzepten zahlreicher sozial- und geschichtswissenschaftlicher Disziplinen. Forschung hilft, die theoretischen Grundlagen zu überprüfen und weiterzuentwickeln, Bedarfe und Zielgruppen zu identifizieren, Interventionen zielgerichtet zu planen, in der Praxis qualitätsgesichert umzusetzen sowie die Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit von Maßnahmen zu überprüfen. Ein auch von der WHO (2005) definiertes Ziel zur Prävention chronischer Erkrankungen ist die *Förderung von grundlagen- und anwendungsorientierter Forschung*. Der Fokus sollte dabei auf der Entwicklung wirksamer Strategien und ihre Integration in die Versorgungspraxis und Evaluation liegen. Besondere Beachtung erfordert neben der Translation der Forschungsergebnisse in die Praxis die Übertragbarkeit wirksamer Interventionen auf andere Zielgruppen und Akteursbezüge.

Ein weltweites Problem sind die im Vergleich zur klinischen Forschung geringen finanziellen *Ressourcen* für Gesundheitsförderung und Prävention. In Großbritannien entfallen z.B. nur 2 Prozent der Fördermittel auf Präventionsforschung (UK Clinical Research Collaboration 2006); entsprechende Angaben stehen für Deutschland nicht zur Verfügung. Dies spiegelt sich auch in den Publikationen wider. So zeigt ein systematischer Review zur ökonomischen Evaluation der Prävention von Herz-Kreislauf-Krankheiten, dass von 195 Artikeln (1995-2005) 87 Prozent klinische präventive Interventionen, insbesondere Pharmakotherapie (56 Prozent), bewerten. Nur 10 Prozent untersuchten gesundheitsfördernde Maßnahmen einschließlich gemeindebezogener, verhaltensbezogener Interventionen, rechtlicher Maßnahmen und Werbung (Schwappach, Boluarte und Suhrcke 2007).

Besonders komplexe, auch partizipative gemeindebezogene Interventionen sind seltener Forschungsgegenstand als vergleichsweise einfache präventive Maßnahmen.

Seit den 1980er-Jahren wird in *Deutschland*, ausgehend von der gemeindebezogenen Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie (Hauptstudienphase: 1984-1994; Forschungsverbund DHP 1998), der Nutzen und Einsatz von Primärprävention vermehrt gefördert (Sachverständigenrat 2009). Im Rahmen der Förderung der fünf Public-Health-Forschungsverbünde (Bundesministerium für Bildung und Forschung, 1992-2001) wid-

mete sich ein großer Teil der Projekte Fragen der primären Prävention und Gesundheitsförderung, wobei besonders vulnerable Zielgruppen, Potenziale, Konzepte und spezifische Interventionen sowie der Aktionsrahmen (Akteure, Organisationen etc.) im Mittelpunkt standen (Deutsche Gesellschaft für Public Health 1999).

2004 erfolgte erstmals die Einrichtung eines eigenständigen Förderschwerpunkts „Primäre Prävention und Gesundheitsförderung" durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) (Laufzeit: 2004-2012/2013: 20,05 Millionen Euro; zum Vergleich: Ausgaben des BMBF im Jahr 2009 ca. 3500 Millionen Euro [Eckdaten zum Haushalt 2010]). Vier zeitlich hintereinander liegende Förderphasen adressierten spezifische Zielgruppen: 1. Kinder, Jugendliche, Menschen mittleren Alters, 2. Kinder und Jugendliche, 3. Ältere Menschen sowie 4. Menschen in schwierigen sozialen Lagen. Gefördert wurden insgesamt 60 Gesamtprojekte, in denen über 50 wissenschaftliche Einrichtungen und mehr als 200 Praxispartner eingebunden waren. Über die Zusammenbindung von Forschung und Praxis sollte eine hohe Anwendungsrelevanz gewährleistet werden. Mit dem Förderschwerpunkt rückten bislang eher vernachlässigte Zielgruppen in den Blick. Gegenstand der Forschung waren die Entwicklung von Programmen, eine Überprüfung der Wirksamkeit und Qualitätssicherung bereits bestehender oder neu konzipierter Maßnahmen, die Entwicklung und Erprobung neuer Zugangswege sowie die Weiterentwicklung der Methodik, wie z.B. die Untersuchung komplexer, auch partizipativer und/oder gemeindebezogener Interventionen. Eine weitere Ausschreibungsrunde zielte auf die Einrichtung eines Metaprojekts für den Förderschwerpunkt. Über die Förderung dieses Metaprojekts „Kooperation für nachhaltige Präventionsforschung (KNP, 2009-2013)" entstand erstmals eine Datenbank, die einen Überblick über Forschungsprojekte in der primären Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland gab (die Datenbank wurde bis Dezember 2016 aktualisiert, sie ist jedoch weiterhin abrufbar). Eine Übersicht über die geförderten präventiven und gesundheitsförderlichen Forschungsprojekte mit ihren eingesetzten Methoden und Ergebnissen bietet zudem das durch KNP initiierte Sonderheft (Walter et al. 2015).

Die intensiven Auseinandersetzungen zwischen Wissenschaft und Praxis im Rahmen von KNP gaben den Anstoß zur Erstellung dreier Memoranden: Memorandum I „Forschungsförderung Prävention" bündelt die vorliegenden Erkenntnisse zur Organisation eines Förderprozesses und gibt Empfehlungen zur Gestaltung zukünftiger Förderprogramme für eine innovative, erkenntnisgenerierende, praxisrelevante und nachhaltige Forschung zur primären Prävention und Gesundheitsförderung. Memorandum II „Präventionsforschung" benennt zentrale Themen sowie Forschungsfelder und Methoden, die stärker in den Blick einer zukünftigen Forschung gerückt werden müssen. Die Empfehlungen des Memorandums III „Prävention und Gesundheitsförderung nachhaltig stärken" sollen Verantwortlichen in Politik und Verwaltung auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene, in der Zivil-

gesellschaft sowie in den Betrieben dringende Gestaltungsbedarfe für eine zukunftsfähige Politik insbesondere in den Feldern Gesundheit, Bildung, Arbeit und Soziales aufzeigen.

Auf Basis der von allen Beteiligten im Rahmen des Förderschwerpunkts „Primäre Prävention und Gesundheitsförderung" geleisteten Arbeit initiierte das BMBF im Anschluss zwei weitere Ausschreibungen zur Förderung von sieben „Verbünden zur Präventionsforschung" (Laufzeit: 2014-2017; Gesamtvolumen: 17,6 Millionen Euro) sowie die erstmalige Förderung von Nacherhebungen zur Evaluation der Nachhaltigkeit in der Prävention und Gesundheitsförderung (Laufzeit: 2014-2017; Gesamtvolumen: 4,1 Millionen Euro).

Darüber hinaus wird *nichtmedizinische und sekundäre Prävention* vereinzelt in anderen Förderschwerpunkten wie z.B. Gesundheit und Alter mit betrachtet. Ein auch zukünftig weiterhin bedeutendes Forschungsfeld stellt die Förderung des Erhalts der Erwerbsfähigkeit älterer Beschäftigter dar. Ebenso können bildungsbezogene Förderungen vereinzelt Ansätze zur Prävention und Gesundheitsförderung bieten.

Förderer sind neben dem Bundesforschungsministerium weitere Ministerien auf Bundes- und Landesebene (zum Teil mit eher praxis-, zum Teil mit eher forschungsorientiertem Schwerpunkt und nicht immer explizit auf Prävention und Gesundheitsförderung ausgerichtet), Stiftungen (vereinzelt, keine kontinuierlichen Programme) und Sozialversicherungsträger (vereinzelt projektbezogen) sowie die (allerdings in ihren Forschungsprogrammen ebenfalls vorwiegend biomedizinisch ausgerichtete) EU. Im Zuge des 2015 verabschiedeten Präventionsgesetzes hat der Spitzenverband Bund der Krankenkassen die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung zur Unterstützung ihrer Aufgaben zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten zu beauftragen. Fokus ist hierbei die Entwicklung der Art und Qualität krankenkassenübergreifender Leistungen, deren Implementierung und wissenschaftliche Evaluation. Eine umfassende systematische Zusammenstellung der Förderer und Förderungen existiert bislang nicht.

Erwähnenswert sind auch die gemeinsam vom BMBF und der Deutschen Rentenversicherung Bund geförderten Rehabilitationswissenschaftlichen Forschungsverbünde (1998-2005), die insbesondere mit der Weiterentwicklung und Evaluation von Patientenschulungsprogrammen (**Patientenberatung**) einen Beitrag zur (tertiären) Prävention leisteten. Die Erfahrungen zeigen, dass über ein derartiges Förderprogramm die Qualität und Wirksamkeit der Maßnahmen insgesamt wesentlich gesteigert werden konnte und die Forschungsmethodik deutlich verbessert wurde. Bei Verstetigung der Förderung im Zuge der aktuellen Versorgungsforschung haben sich zugleich Forschergruppen mit hoher Methodenkompetenz herausgebildet, die international anschlussfähig sind.

Im Vergleich dazu weist die bisherige Präventionsforschung nicht nur ein geringeres Volumen auf, sondern setzt zudem an einer Praxis an, die von einer Heterogenität der Akteu-

re und einer oft unsicheren Finanzierung gekennzeichnet ist. Soll Prävention und Gesundheitsförderung nachhaltig gestärkt werden, muss sie zum einen deutlicher im System der Bildung und der Gesundheitsversorgung verankert werden (Walter et al. 2015). Zum anderen ist die (Weiter-)Entwicklung von Standards in Prävention und Gesundheitsförderung erforderlich (u.a. Schmacke 2009, Walter et al. 2012b, BZgA 2015). Die erfolgten Ausschreibungen in Deutschland zur Versorgungsforschung ließen allerdings bislang keine präventiven Themen zu. Die Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG) hat sich vor einigen Jahren für eine anwendungsorientierte Forschung geöffnet. Letztlich kann eine internationale Sichtbarkeit deutscher Präventions- und Gesundheitsförderungsforschung bei methodisch hoher Qualität nur über eine längerfristige Förderung erreicht werden.

Literatur:

Deutsche Gesellschaft für Public Health (Hg.)/Walter U/Krappweis H/ Räbiger J/Schneeweiß S/Wildner M/Wolters P/Reschauer G (Redaktion), Public Health Forschung in Deutschland, Huber, Bern/Göttingen 1999;

Forschungsverbund DHP (Hg.)/von Troschke J/Klaes L/ Maschewsky-Schneider U/Scheuermann W (Redaktion), Die Deutsche Herz-Kreislauf-Präventionsstudie, Huber, Bern/Göttingen 1998;

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Koordination und Integration - Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten 2009, Anhang. Download unter http://www.svr-gesundheit.de/Gutachten/Gutacht09/GA2009-LF.pdf;

Schmacke N, Was bringt ein evidenzbasierter Ansatz in Prävention und Gesundheitsförderung?, in: Kolip P/Müller V (Hg.), Qualität von Prävention und Gesundheitsförderung, Huber, Bern 2009, 61-72;

Schwappach D/Boluarte TA/Suhrcke M, The economics of primary prevention of cardiovascular disease - a systematic review of economic evaluations, Cost Eff Resour Alloc 2007, 5 (1), 5;

World Health Organization, Preventing chronic diseases - a vital investment. WHO global report. Genf, 2005. Download unter http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/full_report.pdf

Walter U, Plaumann M, Nöcker G, Pawils S (Gasthrsg.). Prävention und Gesundheitsförderung wirksam und nachhaltig gestalten - Ergebnisse des BMBF-Förderschwerpunkts Präventionsforschung 2004-2013. Das Gesundheitswesen 2015; 77 (Suppl. 1)

Walter U, Gold C, Hoffmann W, Jahn I, Töppich J, Wildner M, unter Mitarbeit von: Dubben S, Franze M, John J, Kliche T, Lehmann H, Naegele G, Nöcker G, Plaumann M, Pott E, Robra BP. Memorandum - Forschungsförderung Prävention. Gesundheitswesen 2012a; 74: 526-532

Walter U, Nöcker G, Plaumann M, Linden S, Pott E, Koch U, Pawils S unter Mitarbeit von Altgeld T, Dierks ML, Frahsa A, Jahn I, Krauth C, Pomp M, Rehaag R, Robra BP, Süß W,

Töppich J, Trojan A , von Unger H, Wildner M, Wright M. Memorandum zur Präventionsforschung - Themenfelder und Methoden. Das Gesundheitswesen 2012b; 74: 673-677

Walter U, Nöcker G, Pawils S, Robra B.-P., Trojan A, Franz M, Grossmann B, Schmidt T.-A., Lehmann H, Bauer U, Göpel E, Janz A, Kuhn J, Naegele G, Müller-Kohlenberg H, Plaumann M, Stender K.-P., Stolzenberg R, Süß, Trenker M, Wanek V, Wildner M. Memorandum - Prävention und Gesundheitsförderung nachhaltig stärken: Herausforderungen auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene. Das Gesundheitswesen 2015; 77: 382-388

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA, Hrsg.). Gesamtprojektbericht Kooperations- und Forschungsprojekt: Gesundheitsförderung in Lebenswelten - Entwicklung und Sicherung von Qualität. 2015

Internetadressen:

www.knp-forschung.de (beinhaltet u.a. eine Datenbank zu Forschungsprojekten in der Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland, die Homepage wurde bis Dezember 2016 aktualisiert, sie ist weiterhin abrufbar)
www.bmbf.de (Bundesministerium für Bildung und Forschung)
www.bmg.bund.de (Bundesministerium für Gesundheit)
www.dfg.de (Deutsche Forschungsgemeinschaft)
www.bosch-stiftung.de (Robert Bosch Stiftung)

Verweise:

Patientenberatung / Patientenedukation

Frühe Hilfen

Mechthild Paul, **Jörg Backes**

(letzte Aktualisierung am 26.03.2017)

In den ersten Lebensjahren werden entscheidende Weichen für die gesunde Entwicklung eines Kindes gestellt. Damit alle Kinder gesund aufwachsen, ist es notwendig Eltern, die es aufgrund ihrer belasteten Lebenssituation aus eigener Kraft nicht schaffen, ihre Kinder angemessen zu fördern, frühzeitig Unterstützung anzubieten. Durch Frühe Hilfen können Kinder so schon ab der Schwangerschaft und in der frühen Kindheit (Säuglinge und Kinder bis drei Jahren) vor Entwicklungsbeeinträchtigungen sowie möglichen späteren Gefährdungen geschützt werden.

In Deutschland stehen Eltern eine Vielzahl von Unterstützungseinrichtungen und -angeboten zur Verfügung. Diese systematisch zu verknüpfen und für Eltern und Kinder zu passgenauen Hilfen zu gestalten, ist Aufgabe der Frühen Hilfen. Das setzt ein systematisches Erkennen relevanter Belastungsfaktoren von Eltern auf der Grundlage eines möglichst umfassenden Zugangs voraus. In „Netzwerken Frühe Hilfen“ werden die unterschiedlichen Angebote der verschiedenen Akteure, Einrichtungen und Institutionen aus unterschiedlichen Sozialsystemen koordiniert und den Familien niedrigschwellig und möglichst passgenau zur Verfügung gestellt. Dies gilt insbesondere für die Angebote von Gesundheitswesen und Jugendhilfe. Vor allem Eltern mit hohem Hilfebedarf können durch eine gute Zusammenarbeit dieser beiden Bereiche unterstützt werden: Das Gesundheitswesen verfügt über notwendige, nicht-stigmatisierende Zugänge zu allen - und somit auch zu den belasteten, schwer erreichbaren - Familien. Die Kinder- und Jugendhilfe kann hingegen auf eine breite Palette an psychosozialen Hilfen zurückgreifen.

Frühe Hilfen im Spannungsfeld zwischen Förderung und Kontrollauftrag. - Gravierende Fälle von Kindesmisshandlung und -vernachlässigung gaben ab 2006 Anlass zu einer breiten gesellschaftlichen Debatte zum **Kinderschutz** in Deutschland mit dem erklärten Ziel, das Wohl der Kinder in den Mittelpunkt der gesellschaftlichen Verantwortung zu rücken. Dabei bestand auf allen föderalen Ebenen und in Wissenschaft und Praxis Einigkeit darüber, dass durch Prävention Entwicklungsstörungen und Gefährdungen für die Kinder vermieden werden sollen. Sowohl die Gesundheitsministerkonferenz als auch die Jugendministerkonferenz sprachen sich für den Aufbau präventiver gesundheitsbezogener und psychosozialer Hilfen zur Verstärkung eines umfassenden Kinderschutzes sowie für eine stärkere systematische Vernetzung und Zusammenarbeit zwischen den Systemen aus.

In der Anfangszeit der Frühen Hilfen (2006-2010) wurde unter dem starken Eindruck der gravierenden Misshandlungsfälle intensiv um das Ausmaß von Förderung und Kontrolle in den Frühen Hilfen gerungen. Gerade Vertreterinnen und Vertreter aus dem Gesundheitswesen taten sich anfangs sehr schwer, Kooperationen mit der Kinder- und Jugendhilfe einzugehen, aus Sorge, der „verlängerte Arm" des Jugendamtes zu werden und damit das Vertrauen der Familien zu verlieren. Für alle, die in den Frühen Hilfen und im Kinderschutz tätig sind, liegt die Herausforderung darin, die Handlungslogik des präventiven Bereichs und die bei drohender Kindeswohlgefährdung jeweils gezielt dort einzusetzen, wo sie angebracht sind.

Um der Fachpraxis eine erste Orientierung für den Prozess der Verortung Früher Hilfen zu geben und einen Diskurs darüber anzuregen, hat das NZFH 2009 gemeinsam mit seinem wissenschaftlichen Beirat eine Begriffsbestimmung Früher Hilfen (NZFH 2009) erarbeitet. Diese enthält ein umfassendes Verständnis der Förderung positiver Entwicklungsbedingungen und nicht in erster Linie eine Strategie der einseitigen Gefahrenabwehr (Sann et al. 2013). 2014 wurde es vom gemeinsamen Beirat des NZFH aus Vertreterinnen und Vertretern der Wissenschaft und Praxis durch ein Leitbild Früher Hilfen ergänzt (NZFH 2014a). Im Leitbild wurden die Eckpfeiler der Frühen Hilfen weiter ausdifferenziert. Vor allem hebt es die Orientierung an den Bedarfen der Familien, die wertschätzende und auf Vertrauen basierende Grundhaltung sowie den ressourcenstärkenden Charakter und die selbsthilfefördernde Orientierung der Frühen Hilfen heraus.

Frühe Hilfen reichen von alltagspraktischer Unterstützung wie zum Beispiel Haushaltsorganisation bis hin zur Förderung der Beziehungs- und Erziehungskompetenz von (werdenden) Müttern und Vätern. Zielgruppen sind alle Eltern, allerdings mit dem Fokus auf Familien in Problemlagen (selektive Prävention).

Frühe Hilfen dienen demnach der frühzeitigen Wahrnehmung von Risiken für die Gesundheit und das Wohl des Kindes, leiten aber weitergehende Hilfen ein, wenn die Frühen Hilfen nicht ausreichen, um den Schutz der Kinder zu sichern. Sie sind an der Schnittstelle zu intensiveren Hilfen und zum Schutzauftrag tätig, aber handeln nicht zur Erfüllung desselben. Und dies tun sie in einem multiprofessionellen Netzwerk unterschiedlicher sowohl professioneller als auch ehrenamtlicher Anbieter von Maßnahmen. Frühe Hilfen sind ein Unterstützungsangebot, das Eltern freiwillig in Anspruch nehmen können. Darin eingebettet bedarf es aber besonderer Bemühungen, um Familien in schwierigen Lebenslagen zu erreichen und bedarfsgerecht zu unterstützen. Denn gerade belasteten Familien fehlen oft das Wissen und auch die Kraft, sich Unterstützung aktiv zu erschließen. Sie benötigen spezifische, niedrigschwellige, meist aufsuchende Angebote, die ihre besondere Lebenslage berücksichtigen (NZFH 2014b). Die Vermeidung von Stigmatisierung ist dabei in erster Linie eine Frage der Haltung, mit der Fachkräfte Müttern und Vätern gegenübertreten, um sie für die Teilnahme an den freiwilligen Angeboten der Frühen Hilfen zu motivieren. Des-

halb ist es keine erfolgsversprechende Strategie, Eltern als potenzielle Gefährder für ihr Kind wahrzunehmen und anzusprechen. Dies blockiert den Aufbau einer Vertrauensbeziehung (Geene 2011).

Daher gilt es, in der Ansprache positive Ziele Früher Hilfen zu formulieren, wie beispielsweise die Förderung einer altersgemäßen Entwicklung des Kindes und das Erleben von mehr Sicherheit und Selbstwirksamkeit in der Elternrolle. Dies kommt den Bedürfnissen und Wünschen von Eltern entgegen (Renner u. Heimeshoff 2010) und kann die Motivierung zur Inanspruchnahme einer Hilfe stützen.

Unterstützungs- und Hilfeangebote in den Frühen Hilfen. - Frühe Hilfen umfassen sowohl universelle als auch differenzierte Hilfen je nach Belastungs- und Problemhintergrund. Generell findet sich bei den Frühen Hilfen eine Vielzahl von unterschiedlichen Angeboten (Besuchsdienste, Müttercafés, Beratungsangebote, Lotsendienste, Kooperationsnetzwerke etc.).

Demnach gibt es nicht den einen Hilfetypus Frühe Hilfen, sondern vielmehr umschreiben die Frühen Hilfen das Verhältnis und die Bezogenheit von unterschiedlichen Hilfen aufeinander. Dies beinhaltet Fragen des Zugangs zu Angeboten, Fragen zur Dosierung der Unterstützung und vor allem Fragen zur Zusammenarbeit und der Koordinierung von Hilfen. Dabei ist es das Ziel allen Familien die Teilhabe an den Hilfen zu ermöglichen. Dies gilt insbesondere für belastete Familien, die es aus eigener Kraft nicht schaffen, sich Unterstützung zu holen. Niedrigschwellige aufsuchende Angebote wie z.B. der Besuch von Familienhebammen und Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen zeigen hier besonders gute Erfolge und dies vor allem bei Familien mit einem mittleren Belastungsgrad (Renner u. Scharmanski 2016). Daneben gibt es auch intensivere Unterstützung. Studien zeigen, dass Familien mit besonders schwierigen Problemkonstellationen Angebote wie z.B. STEEP („Steps toward effective and enjoyable parenting“ bzw. Schritte zu wirksamer und freudvoller Elternschaft) oder entwicklungspsychologische Beratung benötigen. Sie arbeiten unter anderem videounterstützt mit Eltern, um die Eltern-Kinder-Interaktion, Feinfühligkeit und Bindungsfähigkeit der Eltern zu ihren Kindern zu stärken. Dabei handelt es sich um Angebote, deren Wirksamkeit bereits belegt ist (Suess G.J. et al. 2016 / Zwöbnitzer et al. 2015).

Frühe Hilfen - vom Modellprojekt in die Regelförderung (vgl. Abb. 1) - Das Aktionsprogramm „Frühe Hilfen und soziale Frühwarnsysteme“ wurde 2006 vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) auf den Weg gebracht. Ebenso initiierten Länder und Kommunen eigene Programme und Maßnahmen zu Frühen Hilfen.

Zu den zentralen Qualitätsdimensionen Früher Hilfen gehörte von Anfang an die konsequente Orientierung an den Unterstützungsbedarfen der Eltern und ihrer Kinder. Dies er-

folgt in einem Verbund systemübergreifender koordinierter Hilfen und Angebote in ihrer Lebenswelt vor allem des Gesundheitswesens und der Kinder- und Jugendhilfe.

Im Rahmen des Aktionsprogramms wurden daher 10 Modellprojekte übergreifend in allen Bundesländern aufgesetzt. Der Praxisteil wurde von Ländern, Kommunen, Stiftungen sowie freien Trägern durchgeführt und die wissenschaftliche Begleitung vom NZFH aus Mitteln des BMFSFJ gefördert. Dabei ging es um die geeigneten Zugangsmöglichkeiten zu belasteten Familien, die Wirksamkeit von Hilfetypen, die Bedingungsfaktoren gelingender Vernetzung und Kooperation sowie um die Verstetigung der Frühen Hilfen im Regelsystem.

Die Erkenntnisse fanden Eingang in die Beratungen zum Bundeskinderschutzgesetz, das Anfang 2012 in Kraft getreten ist. Die Frühen Hilfen wurden darin erstmalig vom Gesetzgeber in § 1 Abs. 4 KKG normiert: „[…] umfasst die Unterstützung der Eltern bei der Wahrnehmung ihres Erziehungsrechts und ihrer Erziehungsverantwortung durch die staatliche Gemeinschaft, insbesondere auch Information, Beratung und Hilfe. Kern ist die Vorhaltung eines möglichst frühzeitigen, koordinierten und multiprofessionellen Angebots im Hinblick auf die Entwicklung von Kindern vor allem in den ersten Lebensjahren für Mütter und Väter sowie schwangere Frauen und werdende Väter (Frühe Hilfen).“

Des Weiteren wurde im Gesetz eine von 2012 bis 2015 zeitlich befristete „Bundesinitiative Netzwerke Frühe Hilfen und Familienhebammen“ (§ 3 Abs. 4 KKG) - kurz Bundesinitiative Frühe Hilfen - in das Gesetz aufgenommen und vom BMFSFJ seither mit 177 Mio. gefördert. Die Bundesinitiative wurde bis zum nahtlosen Übergang in den sich daran anschließenden Fonds Frühe Hilfen - längstens bis Ende 2017 - verlängert und verfügt über ein jährliches Fördervolumen von 51 Millionen Euro. Ziel der Bundesinitiative soll die Vorbereitung eines ebenfalls im Gesetz verankerten Fonds sein, der zukünftig zur Sicherstellung der Netzwerke Frühe Hilfen und psychosozialen Unterstützung von Familien eingerichtet werden soll. Auch hier stehen jährlich 51 Millionen Euro zur Verfügung. Mit der Bundesinitiative Frühe Hilfen wurde ein Qualitätsentwicklungsprozess angestoßen, der sicherstellt, dass bis zum Fonds ein flächendeckender Ausbau und Aufbau auf einem annähernd vergleichbaren Qualitätsniveau in den Frühen Hilfen erreicht wird.

Abb.1: Frühe Hilfen - vom Modellprojekt in die Regelförderung (Quelle: Eigene Darstellung)

Das Nationale Zentrum Frühe Hilfen - Motor auf Bundesebene. - Das BMFSFJ fördert seit 2007 das Nationale Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) als zentrale Wissensplattform zu Frühe Hilfen und seit 2012 als Koordinierungsstelle des Bundes in der Bundesinitiative Frühe Hilfen. Träger ist die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) in Kooperation mit dem Deutschen Jugendinstituts e.V. (DJI). Sitz des NZFH ist bei der BZgA in Köln. Zu den Aufgaben des NZFH gehören u.a. die wissenschaftliche Begleitung des Aufbaus der Frühen Hilfen, insbesondere die Evaluation des Strukturaufbaus in Ländern und Kommunen. Durch die Generierung und Bereitstellung von Wissen und dessen Transfer in die Praxis und die Öffentlichkeit trägt das NZFH dazu bei, den wissenschaftlichen Diskurs zu Frühen Hilfen anzuregen, deren systematische Verankerung in der Fachpraxis zu unterstützen und sie als wirksames, präventives sowie dauerhaftes Unterstützungsangebot für (werdende) Eltern und ihre Kinder zu etablieren. Dabei unterstützt es die Fachpraxis im Rahmen der Qualitätsentwicklung und Qualifizierung und initiiert Prozesse des interdisziplinären und überregionalen Austausches, wodurch insbesondere die Kooperation zwischen dem Gesundheitswesen und der Kinder- und Jugendhilfe gestärkt wird. Zudem gehören die Unterstützung des länderübergreifenden Austauschs und die Ausgestaltung der Öffentlichkeitsarbeit im Rahmen der Bundesinitiative zu seinen Aufgaben.

Das NZFH bearbeitet außerdem den Themenbereich „Lernen aus problematischen Kinderschutzverläufen“ auf der Grundlage eines Gemeinsamen Beschlusses der Konferenz der Regierungschefs der Länder und der Bundeskanzlerin vom 12. Juni 2008: „Um Defizite im Kinderschutz zu identifizieren und um aus problematischen Kinderschutzverläufen zu lernen, wird das Nationale Zentrum Frühe Hilfen in Abstimmung mit Bund und Ländern eine Plattform für einen regelhaften Erfahrungsaustausch einrichten.“

Das Nationalen Zentrums Frühe Hilfen (NZFH) wird seit Gründung von einem Beirat fachlich begleitet. Er besteht aus mehr als 40 Mitgliedern, die unterschiedliche wissenschaftliche Disziplinen sowie relevante Institutionen und Verbände repräsentieren.

Fazit: Frühe Hilfen - ein eigenständiges Versorgungselement - Frühe Hilfen haben sich zu einem neuen, die bestehenden Sozialleistungssysteme ergänzenden und verbindenden Versorgungselement für werdende Eltern sowie Familien mit Säuglingen und Kleinkindern in Deutschland etabliert. Durch ihr eigenes Profil und ihre spezifischen Angebote streben sie eine neue Versorgungsqualität bei der Unterstützung von (werdenden) Müttern und Vätern an und entwickeln neue Zugänge zu Eltern in belastenden Lebenslagen.

Frühe Hilfen entfalten ihr Potenzial in der multiprofessionellen Kooperation und Vernetzung vieler Akteure aus den unterschiedlichen Leistungssystemen. Erforderlich ist eine geregelte, gut koordinierte und konstruktive Zusammenarbeit unterschiedlicher Professionen und Institutionen, insbesondere aus den Bereichen Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitswesen, ferner aus der Schwangerschaftsberatung, der Frühförderung sowie dem Kontext materieller Hilfen der Grundsicherung. Gute und nachhaltige Netzwerkarbeit ist daher konstitutiv für effektive lokale Systeme der Frühen Hilfen. Netzwerke haben die Aufgabe, den fachlichen Austausch zu organisieren und die Zusammenarbeit zu sichern. Sie bilden die Basis für eine stete Verbesserung sowie Planung und Koordination einer bedarfsgerechten Angebotsstruktur. Wichtige Voraussetzung ist die gemeinsame Erarbeitung geregelter Verfahren zur übergreifenden, aber auch familienbezogenen Zusammenarbeit, verknüpft mit der beständigen Weiterentwicklung und Aushandlung eines gemeinsamen Fachverständnisses.

Frühe Hilfen sind dabei mehr als ein Schnittstellen- bzw. Schnittmengenthema verschiedener Sozialgesetzbücher. Sie entwickeln sich zunehmend zu einem eigenständigen Versorgungselement, das bereits bestehende Leistungen für Familien ressourcenschonend bündelt und innovative Unterstützungsformen entwickelt, um auf diese Weise den unterschiedlichen Bedarfen der Familien Rechnung zu tragen.

Literatur:

Geene R. (2011): Kindeswohl und Frühe Hilfen. In: Bartsch G, Gassmann R (Hrsg.) Generation Alkopops. Freiburg. S. 77-88.

NZFH (Hrsg.) (2009): Begriffsbestimmung Frühe Hilfen. http://www.fruehehilfen.de/fruehe-hilfen/was-sind-fruehe-hilfen/?L=0

NZFH (Hrsg.) (2014a): Leitbild Frühe Hilfen. Beitrag des NZFH-Beirats. Köln.

NZFH (Hrsg.) (2014b): Bundesinitiative Frühe Hilfen - Zwischenbericht 2014. Köln.

Renner I., Heimeshoff V. (2010): Modellprojekte in den Ländern. Zusammenfassende Ergebnisdarstellung. NZFH (Hrsg.). Köln.

Renner I., Scharmanski S. (2016): Gesundheitsfachkräfte in den Frühen Hilfen - Hat sich ihr Einsatz bewährt. In: Bundesgesundheitsblatt 59. Heidelberg. S. 1323-1331

Sann A., Geene R., Paul M. (2013): Frühe Hilfen - Ein neues Handlungsfeld zur Stärkung von Kindern und Familien. In: Geene R, Höppner C, Lehmann F (Hrsg.) Kinder stark machen: Ressourcen, Resilienz, Respekt. Bad Gandersheim. S. 361 - 385.

Suess G.J., Bohlen U., Carlson E.A., Spangler G., Frumentia Maier M. (2016): Effectiveness of attachment based STEEP™ intervention in a German high-risk sample. In: Attachment & Human Development 18(5). S. 443-460.

Zwöbnitzer A., Ziegenhain U., Bovenschen I., Bressem K., Pillhofer M., Fegert J.M., Spangler G., Gerlach J., Gabler, S., Künster, A.K. (2015): Effects of early intervention in children at risk: Short-term and long-term findings from an attachment-based intervention program. In: Mental health & prevention 3 (2015). S. 98-102.

Internetadressen:

www.fruehehilfen.de
www.inforo-online.de

Verweise:

Kinderschutz und Prävention/Gesundheitsförderung

Gemeindeorientierung

Waldemar Süß, **Alf Trojan**

(letzte Aktualisierung am 01.03.2015)

Gemeindeorientierung als Prinzip basiert auf der Erkenntnis, dass in der örtlichen Umgebung eines Menschen seine wesentlichen Belastungsfaktoren, aber auch die wichtigsten Unterstützungsmöglichkeiten zu finden sind (**Protektivfaktoren**). Aus diesen Gründen lohnt es sich sowohl für **Prävention** und **Gesundheitsförderung** als auch für Krankenversorgung und Rehabilitation, ein besonderes Augenmerk auf die Gemeinde zu richten, d.h. auf den unmittelbaren Lebenszusammenhang eines Menschen.

Nachdem diese Einsicht in den vergangenen 150 Jahren des Aufstiegs der naturwissenschaftlichen Medizin stark aus dem Blickfeld geraten war, setzte in Deutschland etwa Anfang der 1970er-Jahre die große „Wiederentdeckung der Gemeinde" in allen helfenden Berufen und ihren Bezugsdisziplinen ein. Am ausgeprägtesten war diese Entwicklung in der Gemeindepsychiatrie. Aber auch die Gemeindepsychologie hat sich als psychologische Spezialdisziplin einer deutschen und europäischen Fachgesellschaft mit Schwerpunkt in präventiver Arbeit verselbstständigen können. Im Bereich sozialer Arbeit hat sich Gemeinwesenarbeit etabliert als Teilbereich in ihrer jeweiligen Heimatdisziplin (**gesundheitsbezogene Gemeinwesenarbeit**).

In diesem Prozess wirkten auch Einflüsse aus dem angelsächsischen Sprachraum: Dort nahm die „community medicine" einen bedeutsamen Aufschwung. Dies stand in engem Zusammenhang mit einer Reform und Aufgabenerweiterung des Öffentlichen Gesundheitswesens. Im Englischen bedeutet „community" zwar auch eine geografisch definierte soziale Einheit, hat aber durch seine zweite Wortbedeutung einen sehr starken Beiklang von dem, was im Deutschen „Gemeinschaft" genannt wird, z.B. Migranten- oder Schwulen-„Community". „Gemeinde" wird bei uns vor allem als „Gebietskörperschaft" („Kommune") verstanden bzw. als Kirchen-Gemeinde. Diese Bedeutungsunterschiede können leicht zu Missverständnissen führen. Um diese zu vermeiden, hat sich in der Gesundheitsförderung in jüngster Zeit der Begriff **Settingansatz** durchgesetzt.

Bei der WHO entstand mit der Deklaration von Alma Ata 1978 das Konzept der **Primären Gesundheitsversorgung/Primary Health Care**, dessen enger Bezug auf die Gemeinde bzw. Gemeinschaft deutlich wird durch den ursprünglichen Titel dieser Strategie: „local health services". In diesem Konzept wird die „Mitwirkung der Gemeinde bzw. Gemeinschaft" (community participation) als unabdingbar für eine bedürfnisbezogene Gesund-

heitssicherung im umfassenden Sinne bezeichnet. Mit der Ottawa-Charta von 1986 werden diese Gedanken weitergeführt in Richtung auf eine stärkere Akzentuierung der Gemeinde als Ort, an dem die „Gesundheit von Menschen geschaffen und gelebt“ wird. „Gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen unterstützen“ (strengthening community action) ist das Prinzip, das im Zentrum der Ottawa-Charta aufgeführt wird (**>** Gesundheitsförderung X).

Gemeindeorientierung im Sinne der Prävention in überschaubaren Gebietseinheiten wurde auch seit Mitte der 1970er-Jahre im großen Stil in internationalen epidemiologischen Studien sowie präventivmedizinischen Interventionsstudien zur Herz-Kreislauf-Prävention praktiziert (in den USA: Framingham Study, Stanford-5-City-Project, Minnesota Heart Health Program u.a.; in Europa v.a. die finnische Nordkarelien-Studie). Die Deutsche Herz-Kreislauf-Präventionsstudie (DHP), eine multizentrische Interventionsstudie in verschiedenen Studiengemeinden, lief von 1979-1991. Sie hatte das Ziel, verallgemeinerungsfähige Interventionsmaßnahmen der Herz-Kreislauf-Prävention aufzunehmen, zu entwickeln und anzuwenden, um die kardiovaskulären **Risikofaktoren** in der Bevölkerung wirkungsvoll zu senken. Insgesamt waren sieben Studiengemeinden beteiligt. Aufgrund der genannten Übersetzungsprobleme wurde „Gemeinde“ zunächst nur als geografische und verwaltungstechnische Einheit von einzelnen Bürgerinnen und Bürgern bzw. Zielpersonen für die Senkung von Risikofaktoren angesehen.

Über die Effektivität der DHP-Interventionen im Einzelnen gibt es unterschiedliche Einschätzungen. Zweifellos hat die Studie große Bedeutung gehabt und den Präventionsgedanken im Allgemeinen, epidemiologische Fachkenntnisse in der Wissenschaft und Bemühungen um den Aufbau von Kooperationsstrukturen für Prävention und Gesundheitsförderung in erheblichem Umfang befruchtet und beflügelt. Die DHP hatte zwei Zugänge:

- Im Modell der „gemeindebezogenen Verhaltensmedizin“ (zuvor auch kommunale Prävention genannt) wurde vor allem die örtliche Ärzteschaft als Träger der Information und Aktionen zur Senkung von Risikofaktoren angesehen.
- Im Modell der „kooperativen Prävention“ wurde vorrangig die Vernetzung einer Vielfalt unterschiedlicher Akteure, Organisationen und Gruppierungen aus den jeweiligen Gemeinden angestrebt.

Die größere Pluralität des zweiten Ansatzes ist das Modell, das sich stärker durchgesetzt hat. Ebenso wie in den „Gesunde -Städte-Projekten“ mit ihren Ansätzen wie „regionalen Arbeitsgemeinschaften“ oder „Gesundheitsförderungskonferenzen“ wird davon ausgegangen, dass Prävention und Gesundheitsförderung im Gemeinderahmen multidisziplinäre Unterfangen sind, an denen möglichst viele verschiedene gesellschaftliche Teilsysteme und Akteure beteiligt werden sollen.

Mit dem „Healthy Cities"-Projekt hat die WHO das erste Mal den Settingansatz der Gesundheitsförderung als Ergänzung zielgruppenbezogener Ansätze in größerem Umfang verwirklicht (**Kommunalpolitische Perspektive**). Später folgten noch spezifischere Programme, die sich auf kleinere soziale Systeme bzw. Teilsettings bezogen (Schule, Krankenhaus, Betrieb etc.). Vorteile aller kleinräumigen bzw. aller auf „Settings" bezogenen Ansätze sind die Überschaubarkeit der Verhältnisse, Kürze der Kommunikations- und Entscheidungswege sowie die besseren Möglichkeiten, Bürgerbeteiligung zu verwirklichen. Nachteile sind vor allem, dass Gemeinden und noch kleinere soziale Einheiten durch mächtigere zentrale Einheiten in ihrem Entscheidungs- und Handlungsspielraum beschränkt sind.

Gemeindeorientierung und andere, gleichsinnige Bezeichnungen wie „Quartiersorientierung" oder „sozialräumlicher Bezug" gelten nicht nur im Gesunde-Städte-Projekt, sondern auch in anderen Politiksektoren als grundlegendes Prinzip. Dies gilt insbesondere für die Programme der Sozialen Stadt (**www.staedtebaufoerderung.info**) mit ihrer Orientierung auf Stadtteil und/oder Quartier sowie für die Ansätze der „Lokalen Agenda 21" (**www.nachhaltigkeit.info**).

Seit den 1970er-Jahren gibt es über den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) in Deutschland eine Reformdiskussion, in der Gesundheitsförderung und Prävention einen zunehmend größeren Stellenwert bekommen haben. Eine maßgebliche innovative Studie der Kommunalen Gemeinschaftsstelle für Verwaltungsvereinfachung (KGSt) von 1998 stellt den Öffentlichen Gesundheitsdienst als gemeindeorientierten Akteur der Gesundheitsförderung in den Vordergrund. Als Entwicklungstrends werden genannt:

- von fallbezogenen Leistungen zu Gruppen- und Lebensraum bezogenen Leistungen,
- von vorwiegend unmittelbaren Dienstleistungen zu Managementleistungen und Qualitätssicherung,
- von Kriseninterventionen zu präventiven Leistungen.

Ob der ÖGD diese Rolle ausfüllen kann, ist derzeit schwer vorherzusagen. Einerseits werden ihm im Rahmen der Sanierung öffentlicher Haushalte immer wieder finanzielle Ressourcen entzogen, andererseits ist diese zukünftige Rolle teilweise in neuen Landesgesetzen festgeschrieben (z.B. Nordrhein-Westfalen, Hamburg, Schleswig-Holstein). Einige positive Beispiele wie etwa das seit über zehn Jahren laufende Präventionsprogramm „Lenzgesund" (Programmende Mitte 2012) des Hamburger Gesundheitsamtes Eimsbüttel sind zwar noch Ausnahmen, belegen aber, dass der ÖGD prinzipiell bereit und fähig ist, die neuen Herausforderungen aufzunehmen, wenn die notwendigen Ressourcen zur Verfügung gestellt werden..

Literatur:

Bayrisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (Hg.), Programmplanung in der gemeindenahen Gesundheitsförderung. Band 1 der Schriftenreihe „Materialien zur Gesundheitsförderung“ sowie Partnerschaften und Strukturen in der gemeindenahen Gesundheitsförderung. Band 2 der Schriftenreihe „Materialien zur Gesundheitsförderung“, Eigenverlag, Erlangen 2008;

KGSt (Kommunale Gemeinschaftsstelle für Verwaltungsvereinfachung), Ziele, Leistungen und Steuerung des kommunalen Gesundheitsdienstes (Bericht Nr. 11/1998, Köln; www. kgst.de), 1998;

Lemke-Goliasch P et al (Hg.), Gesund leben in der Gemeinde - Erfahrungen aus der Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie, St. Augustin, 1992;

Mossakowski K/Süß W, Öffentliche Gesundheitsförderung im sozialräumlichen Kontext und quartiersbezogene Prävention, in: Göpel E, Gesundheitsakademie e.V. (Hg.), Nachhaltige Gesundheitsförderung. Gesundheit gemeinsam gestalten - Band 4, Frankfurt/M. 2010, 258-275;

Naidoo J/Wills J, Lehrbuch der Gesundheitsförderung. Überarbeitete, aktualisierte und durch Beiträge zum Entwicklungsstand in Deutschland erweiterte Neuauflage, hrsg. von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Gamburg 2010;

Trojan A et al (Hg.), Quartiersbezogene Gesundheitsförderung - Umsetzung und Evaluation eines integrierten lebensweltbezogenen Handlungsansatzes, Weinheim 2013

Trojan, A, Was Gesundheitsämter von der Ottawa-Charta lernen könnten - Zukunftsphantasien für den ÖGD. In: Kuhn, J. (Hg.): Gesundheit fördern mit dem ÖGD. Bern, 2015,51-58

Internetadressen:

www.ecpa-online.com (European Community Psychology Association)
www.ggfp.de (Gesellschaft für gemeindepsychologische Forschung und Praxis [GGFP])
www.nachhaltigkeit.info
www.quarternet.de (Gemeinwesenarbeit im Netz)
www.stadtteilarbeit.de

Verweise:

Gesundheitsbezogene Gemeinwesenarbeit, Gesundheitsförderung 1: Grundlagen, Gesundheitsförderung und Gesunde / Soziale Stadt / Kommunalpolitische Perspektive, Primäre Gesundheitsversorgung / Primary Health Care, Prävention und Krankheitsprävention, Resilienz und Schutzfaktoren, Risikofaktoren und Risikofaktorenmodell, Settingansatz / Lebensweltansatz

Gemeindepsychologische Perspektiven auf Gesundheit und Krankheit

Bernd Röhrle

(letzte Aktualisierung am 15.06.2018)

Gemeindepsychologische Forschung und Praxis untersucht Erleben, Handeln und entsprechende Interventionen von Individuen und Kollektiven in ihren je spezifischen Kontexten. Menschliche Entwicklung und alltägliche Lebensbewältigung werden so im sozialen, kulturellen, ökologischen und materiellen Rahmen von Gemeinschaften (communities) verortet, in die ein Individuum verwoben ist: Familie, Schule, Betrieb, Gemeinde/Quartier (Lebenswelten, Settings), eine ethnische Gruppe, eine spezifische Kultur und gesellschaftliche Lebensverhältnisse. Gemeindepsychologische Interventionen zielen darauf ab, Menschen bei der produktiven Lebensbewältigung im realen soziokulturellen und materiellen Kontext zu unterstützen. Die Disziplin stellt sich kritisch gegen die individualisierenden Verkürzungen der vorherrschenden Psychologie („making the psychological political“ - „bringing society to psychology“) und ist zugleich explizit wertorientiert. Im allgemeinsten Sinne engagiert sie sich für die Verwirklichung der Menschenrechte.

Der ursprüngliche, aus dem angloamerikanischen Sprach- und Professionsraum stammende Begriff einer „Community Psychology“ bezieht sich im Kern auf unterschiedliche Formen des „Gemeinschaftlichen“. Er wurde im deutschsprachigen Bereich mit dem Begriff Gemeindepsychologie übersetzt, was an Kommunen oder Kirchengemeinden erinnert. Dies liegt daran, dass es für „Community“ im Deutschen keine adäquate Übersetzung gibt. Das englische Verständnis des Begriffes „Community“ enthält die Vorstellung von einer sozialen Einheit („Gemeinschaft“), in der eine sozial-interaktive, ökonomische, kulturelle und historische, manchmal auch eine geografische Komponente bestimmend ist (**Gemeindeorientierung**). Diese geografische und verwaltungstechnische Konnotation des Begriffs ist hier aber nicht so bedeutsam. Das „Gemeinschaftliche“ (eher im Sinne der soziologischen Unterscheidung von Gemeinschaft und Gesellschaft) steht für die strukturelle Analyse und Veränderung sozialer Felder. Wissenschaftliche Studien und die praktische Umsetzung von Gemeindepsychologie in diesem Sinn sind durch zentrale Werte wie Menschenrechte, Gleichheit oder Chancengleichheit, Anerkennung von Vielfalt und Diversität, Recht auf soziales und kulturelles Kapital sowie individuelle und kollektive Selbstbestimmung geprägt.

Disziplinäre Verortung und Forschungsmethoden: Noch ungeklärt ist die Frage, ob die Gemeindepsychologie als Teilgebiet der Psychologie verstanden werden kann oder vorwiegend als eine Orientierung, die viele Teilgebiete der Psychologie durch ihre Werte, Forschungs- und Handlungsmethoden beeinflussen möchte. Sie versteht sich, trotz starker interdisziplinärer Orientierung, gleichwohl als der Psychologie zugehörig. Auch sie ist an den subjektiven und objektiven Aspekten des Verhaltens, an Kognitionen und Emotionen interessiert - wenngleich auf einer kollektiveren und komplexen Ebene. Auch bestehen enge Verbindungen zu anderen Teilgebieten der Psychologie, wie zur Klinischen Psychologie und Psychotherapie (z.T. gefasst als eine Art von „Clinical Community Psychology"), zu anderen Arten von Angewandter Psychologie, wie z.B. Arbeits- und Organisationspsychologie, aber auch zur Pädagogischen Psychologie und der Angewandten Sozialpsychologie (z.B. im Kampf gegen Vorurteile). In jüngerer Zeit werden aktiv Verbindungen zur Gesundheitspsychologie hergestellt, wenn auch mit ausdrücklicher Distanz zu deren medizinisch-gesundheitserzieherisch verkürztem Fokus auf Individuen („Community Health Psychology").

Gemeinsam sind bestimmte forschungsmethodische Orientierungen, insbesondere solche, die für komplexe Gegenstandsbereiche geeignet sind (z.B. Mehrebenenanalysen). Methoden der Gemeindepsychologie sind vielfach quantitativen Erhebungsformen verpflichtet. Sie sind aber auch zugleich an Fachgebiete überschreitenden, partizipativen und dabei oft an qualitativen Methoden interessiert (**Partizipative Gesundheitsforschung**). Dementsprechend werden die Grundhaltungen als pluralistisch, als kritisch-rationalistisch, manchmal aber auch als phänomenologisch ausgewiesen.

Gegenstandsbereich: Der Gegenstand der Gemeindepsychologie ist im Kern durch sozialökologische Vorstellungen geprägt. Gemeinden/Gemeinschaften sind historisch gewachsene Systeme, in welchen Ressourcen zirkulieren und von ihren Mitgliedern Anpassungs- und Eingliederungsleistungen verlangt werden. Sie bieten aber auch Möglichkeiten für höchst unterschiedliche Bedürfnisse und ökologische Nischen, in denen sich Personen verwirklichen können (beispielsweise finden historisch vorgegeben soziale Ereignisse statt, die u.a. Kontaktbedürfnisse stillen oder aber auch z.B. spezielle Begabungen zum Tragen kommen lassen).

Aus der Entwicklungspsychologie entlehnt, wird von einem Zusammenhang zwischen situativen, mikrosozialen, mesosozialen (z.B. Netzwerke), exosozialen (Institutionen) bis hin zu makrosozialen Systemebenen (z.B. Gemeinden, Kultur) ausgegangen. Auf dem Hintergrund einer sozialhistorischen und über die Lebensspanne sich erstreckenden Perspektive, definieren diese Ebenen

- direkte und indirekte Einflüsse (z.B. als konkrete Handlungsaufforderungen, motivierende bzw. hindernde Verhaltensnormierungen hinsichtlich gesundheitsförderlichen, aber auch riskanten Verhaltens);
- Handlungsziele für den Einzelnen, die Veränderungspotentiale in sich bergen (z.B. definieren gesellschaftliche Einrichtungen Erziehungssituationen und diese die familiäre Welt, die ihrerseits die Entwicklung eines Kindes bestimmt).

Wichtigstes Thema der Gemeindepsychologie ist die Analyse und Modifikation der sozialökologischen, soziostrukturellen und kulturellen Bedingungen von individueller und kollektiver Lebensbewältigung und Wohlbefinden bzw. Leid. Diese Bedingungen werden in Zusammenhang mit unterschiedlichen Bedürfnissen, Denkformen, Verhalten und Verhaltensmöglichkeiten gebracht. Die leidvollen Aspekte beschreiben in der Regel eine Welt, die mit Risiken und Ressourcen unausgewogen ausgestattet ist. Interventionen, die diese Strukturen zu ändern suchen, haben gleichzeitige eine advokatorische Funktion (**Anwaltschaft**). Sie unterstützen soziale Bewegungen, und sie stellen sich u.U. schützend vor benachteiligte und diskriminierte Gruppen und Subkulturen.

Gemeindepsychologische Einflussnahmen sind partizipativ gestaltet (**Partizipation**); kollektives Leben soll von möglichst vielen Personen herrschaftsfrei mitgestaltet werden. Dabei sollen Lebenswelten risikogemindert und mit Zugängen zu materiellen, sozialen und kulturellen Gütern angereichert werden. Die subjektiven Anteile solcher Lebenswelten sind in gemeindepsychologisch tragende Begrifflichkeiten gefasst: Der Gemeinde- und Gemeinschaftssinn („Sense of Community") meint die Vorstellungen, welche die historischen, kulturell geprägten und sozialräumlichen Zusammenhänge der Lebenswelt einer Person abbilden.
Soziale Klimata beschreiben Organisationen und Gruppen als Merkmalsträger, die soziale und andere Bedürfnisse befriedigen, Entwicklungspotentiale bieten und mehr oder weniger transparent, strukturiert und beeinflussbar sind (z.B. wurden Behandlungseinrichtungen oder Selbsthilfegruppen mit diesem Konzept untersucht).

Mit diesen Ansätzen sind professionelle Akteure in den Handlungsfeldern der Gemeindepsychologie höchst unterschiedlich orientiert: sie wirken als Berater, System- und Ressourcenentwickler, als Gesundheitsförderer, Advokaten und Anreicherungsspezialisten. Vor allem handeln sie als Katalysatoren: sie stoßen Prozesse des **Empowerment** an (d.h., individuelle und kollektive Bemächtigung insbesondere benachteiligter Menschen) und verstärken diese. Empowerment ist ein grundlegendes Konstrukt, ein zentraler Denk- und Handlungsrahmen der Gemeindepsychologie: es wird ausdifferenziert in psychologisches und organisationales Empowerment.

Historische Hintergründe: Die Geburtsstunde der Gemeindepsychologie wird üblicherweise mit der Konferenz von Swamscott 1965 (Boston Conference on the Education of Psycholo-

gists in the Community) in Zusammenhang gebracht. Angeregt durch politische, sozialpsychiatrische und universitäre Initiativen in den USA wollte diese Konferenz einen radikal neuen Umgang mit psychischen Erkrankungen begründen. Sie wollte von einer individuellen Sicht psychischen Leids wegführen und es mehr im Kontext einer sozialen und ökologischen Perspektive verstehen und verändern. Der in Psychiatrie und klinischer Psychologie vorherrschenden Defizitorientierung wurden eine Ressourcenperspektive und der Fokus auf Umgestaltung unmittelbarer Lebenskontexte entgegengestellt. Eine zentrale Haltung war (und ist bis heute) die Forderung nach sozialer Gerechtigkeit sowie das auch parteiliche aktive Engagement gegen Armut und Unterprivilegierung, gegen Ausgrenzung, Marginalisierung und Diskriminierung.

Viele wissenschaftliche, aber auch zeitgeschichtliche Ereignisse wie die weltweiten sozialen Emanzipationsbewegungen der 1960er und 1970er Jahre haben diese kleine Revolution vorbereitet. Einen großen wissenschaftlichen Einfluss hatte beispielsweise die soziographische Studie „Die Arbeitslosen von Marienthal“ von Jahoda/Lazarsfeld/Zeisel aus den 1930er Jahren. Die „Chicagoer Schule“ der Soziologie aus dem gleichen Zeitraum beschrieb die sozialräumliche Ungleichverteilung psychischer Störungen.. Solche Befunde wurden durch zahlreiche epidemiologische Folgestudien ergänzt, die auf schichtspezifische Unterschiede in Bezug auf die Häufigkeit, Schwere und die Behandlungsmöglichkeiten psychischen Leids hinwiesen.

In vielen anglo-amerikanischen und lateinamerikanischen Ländern hat die gemeindepsychologische Bewegung Fuß gefasst, repräsentiert sich in interventiver Praxis sowie in zahlreichen Universitäten, Fachjournalen und Konferenzen. In der Bundesrepublik Deutschland setzte die Entwicklung um etwa ein Jahrzehnt verzögert ein: im Nachhall der 1968er Studentenbewegung sowie im Kontext einer kritischen Auseinandersetzung mit der Psychiatrie aus soziologischer und sozialpsychiatrischer Perspektive. Diese Entwicklungen berührten aber bis heute die universitären Zusammenhänge nur unwesentlich, weil sie sich zu weit weg von der unkritischeren Mainstream-Psychologie bewegten. Bis in die 2000er Jahre wurde Gemeindepsychologie zwar an wenigen Universitäten in die Ausbildung eingeführt; diese Angebote sind im Zuge der voranschreitenden naturwissenschaftlichen Ausrichtung der Psychologie jedoch weitgehend eingestellt worden. Derzeit existiert nur im Master-Studium an der Fernuniversität Hagen ein ausgewiesenes Lehrgebiet „Community Psychology“.

Mitte der 1990er Jahre gründete sich die Gesellschaft für Gemeindepsychologische Forschung und Praxis (GGFP). Sie publiziert ein eigenständiges open access Online-Journal („forum gemeindepsychologie“). Hier wird der Kontakt mit der europäischen Gemeindepsychologie gesucht.

Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit: Der Blick aus einer gemeindepsychologischen Perspektive ist vornehmlich auf das kontextuell (mit-)bestimmte **Wohlbefinden** konzentriert und meint dabei die Breite und die Vielfalt der sinn- und luststiftenden Aspekte dieses Begriffs. Im engeren Sinne wird die Vorstellung eines Wohlbefinden-fördernden Settings mit sozialen Orten verbunden, die bereichern, Krisen überwinden helfen, äußere und innere Ressourcen in kollektiven Zusammenhängen erhalten wollen, und so zu einem kollektiven Wohlbefinden und zur Widerstandsfähigkeit von Gemeinden/Gemeinschaften beitragen möchten (**Resilienz**). Dabei steht die Idee einer gemeindeorientierten Prävention im Vordergrund - wobei weniger das Individuelle von Interesse ist, sondern mehr die Lebensverhältnisse der benachteiligten Kollektive.

Im Vordergrund gemeindepsychologischer Bemühungen steht die Förderung psychischen Wohlbefindens. Es finden sich aber auch Bemühungen, Gemeindepsychologie als Ausgangspunkt zur Pflege der *physischen* Gesundheit zu begreifen. In der Gesundheitspsychologie werden unter dem Begriff der „Community Health Psychology“ Bemühungen gefasst, einen engagierten und partizipativ organisierten Kampf gegen die gesellschaftlich bedingte soziale Ungleichheit von Krankheiten bzw. Gesundheit aufzunehmen (**Soziale Ungleichheit und Gesundheit**, **Soziale Benachteiligung und Gesundheitsförderung/gesundheitliche Chancengleichheit**). Nicht selten werden auch gemeindemedizinische Bemühungen insbesondere im Präventionsbereich in die Gemeindepsychologie integriert.

Handlungsfelder und Interventionen: Bezogen auf dieses Problemverständnis und die verpflichtenden Handlungsziele, werden gemeindepsychologische Handlungsstrategien in vielfältigen Handlungsfeldern eingesetzt: bei der Stadtteilarbeit und dem Quartiersmanagement, bei der Unterstützung von Aufgaben der sozialen Dienste, in Gemeindeeinrichtungen, in Bildungsinstitutionen, in Beratungsstellen, nicht zuletzt für die stationäre und ambulante psychiatrische Versorgung. Konzepte wie Empowerment und Netzwerkanalyse sind zur festen professionellen Praxis verschiedener Berufsgruppen, insbesondere in der Sozialen Gemeinwesen- und Gesundheitsarbeit geworden - ohne dass immer eine explizite Verbindung zur Gemeindepsychologie erkennbar ist.

Der Schwerpunkt der Interventionen orientiert sich vornehmlich auf ressourcenaktivierende und mehrheitlich präventiv ausgerichtete Interventionen auf allen Ebenen:

» Auf der individuellen Ebene (aber meist schon sozial-interaktiv angelegt) konzentriert man sich darauf, die situationsunabhängigen Potenziale und Fertigkeiten wie Problemlöse- und Stressbewältigungsfertigkeiten, soziale Kompetenzen und Wohlbefinden zu stärken. Zusätzlich werden Angebote zur Bewältigung von spezifischen Stressoren wie z.B. Scheidungsproblemen,

Arbeitslosigkeit, Missbrauch u.a. gemacht, in denen spezifische Kenntnisse und Kompetenzen vermittelt werden.

- Bezogen auf Paare, Familien und soziale Netzwerke werden die Vorteile einer effektiven Kommunikation und sozialer Unterstützung eingebracht. Außerdem wird die Zusammenarbeit zwischen Nutzern und Präventionsanbietern bzw. -diensten gefördert.
- Organisationen wie Betriebe, Schulen oder Kindergärten sind nicht nur Orte für individuell orientierte präventive Bemühungen. Im Rahmen gemeindepsychologischen Handelns werden hier die Infrastruktur und auch die Außenbeziehungen der Einrichtungen gestärkt.
- Auf Kommunen oder Stadtteile und Quartiere bezogen, kommen Methoden der Gemeindeentwicklung (community profiling, community health profiling) zur Geltung. Sie stärken partizipative Prozesse und kollektive Bewältigungspotentiale (Empowerment) und sorgen sich um die Bedürfnisse der Benachteiligten (z.B. Wohnungen für Obdachlose; Gewaltreduktion in sozialen Brennpunkten). Zudem unterstützen sie Selbsthilfepotenziale und versuchen, eine akzeptierende Kultur der sozialen Nischen zu schaffen.
- Methoden der Sozialplanung haben mehr edukative und politikberatende Funktionen im Auge. Sie wollen EntscheidungsträgerInnen, MeinungsführerInnen, soziale Dienste und Medien in ihrem Handeln unterstützen (oder auch kritisch begleiten).
- Methoden der Gemeinwesenarbeit tragen im Rahmen harmonisierender oder konfliktorientierter Strategien (Social Action) dazu bei, Gemeinden so zu verändern, dass sie eine stärkere Passung mit gemeindepsychologischen Zielen und Werten entwickeln können (**Gesundheitsbezogene Gemeinwesenarbeit**). Dabei kommen allgemeine Prinzipien zum Tragen. Sie umfassen die Analyse von Defiziten und Ressourcen sowie durch NutzerInnen definierte und durch Stakeholder bzw. Akteure akzeptierte präventive Interventionen. Ein weiteres Prinzip ist die partizipativ gestaltete Auswahl von Handlungsangeboten und Maßnahmen zu ihrer nachhaltigen Implementierung. Für viele solcher Angebote liegen Studien, z.T. auch meta-analytisch begründete Evidenz vor (vgl. z.B. Röhrle, Ebert & Christiansen, im Druck).

Aber auch im Kontext einer *kurativ orientierten klinischen Gemeindepsychologie* finden sich Ansätze, gemeindepsychologische Leitideen bei der Behandlung psychischer Störungen anzuwenden. Hier finden sich Erfahrungen zur Frage, was gegen die sozial und kulturell bedingte Ungerechtigkeit bei der Behandlung psychischer Störungen unternommen werden kann und was man für die Inklusion Benachteiligter oder für den Erhalt sozialer Ni-

schen tun kann. Solche gemeindepsychologischen Erfahrungen beziehen sich auf die Schulung von PatientInnen, um Kompetenzunterschiede zwischen AnbieterInnen und NutzerInnen zu mindern (**Health Literacy**). Sie berichten über Trainingsformen, die Betroffene befähigen, sich gegen die sie unterdrückenden Bedingungen zu wehren (**Patientenberatung**). Auch Versuche, das **soziale Kapital** der AdressatInnen zu stärken und die Vermittlung von Strategien zur Entstigmatisierung geben diesen ihre Handlungsmacht wieder zurück.

Internationale Entwicklungen: Seit Mitte der 1990er Jahre hat sich ausgehend von Großbritannien, Australien und den USA eine „Critical Community Psychology" (CCP) entwickelt - mit engen internationalen Verbindungen und Kollaborationen mit lokalen Aktivisten und Akteuren, mit NGOs und Regierungsorganisationen in Lateinamerika, Südafrika und dem Mittleren Osten. Diese Entwicklung und ihre Praxisimpulse werden vielfach als „Rückkehr des Politischen" gekennzeichnet. Gerade in Ländern und Regionen mit großen marginalisierten Bevölkerungsteilen besteht aus CCP-Sicht die Notwendigkeit, Politik als Makrokontext in Theorie und Praxis einzubinden. Ausgehend von Lateinamerika formulieren Akteure und WissenschaftlerInnen als grundlegende Ziele nicht nur soziale Veränderung und Wohlergehen/Wohlbefinden, sondern explizit „Befreiung" („community psychology: in pursuit of liberation and well-being"). In diesem Zusammenhang haben auch die Kategorien Gerechtigkeit und Diversität/Kultur wachsende Bedeutung für die - nicht nur Kritische - Gemeindepsychologie gewonnen.

Die CCP beruht auf fünf miteinander verwobenen Grundsätzen (Abb. 1):

- das Konzept vorausschauender Aktion („prefigurative action");
- ein Verständnis von Gemeinde/Gemeinschaft, das die darin gelebte Diversität widerspiegelt und das ideologisch-politisch umstrittene und umkämpfte Konzept („the contested concept") von Gemeinde/Gemeinschaft kritisch reflektiert;
- die Priorität, v.a. mit den Menschen/Gruppen zu arbeiten, die von herrschenden Machtsystemen am stärksten unterdrückt und ausgegrenzt sind;
- die Betonung ökologischen und systemischen Denkens;
- die Nutzung eines weiten Repertoires von sowohl „psychologischen" als auch „nicht-psychologischen" Methoden und Theorien.

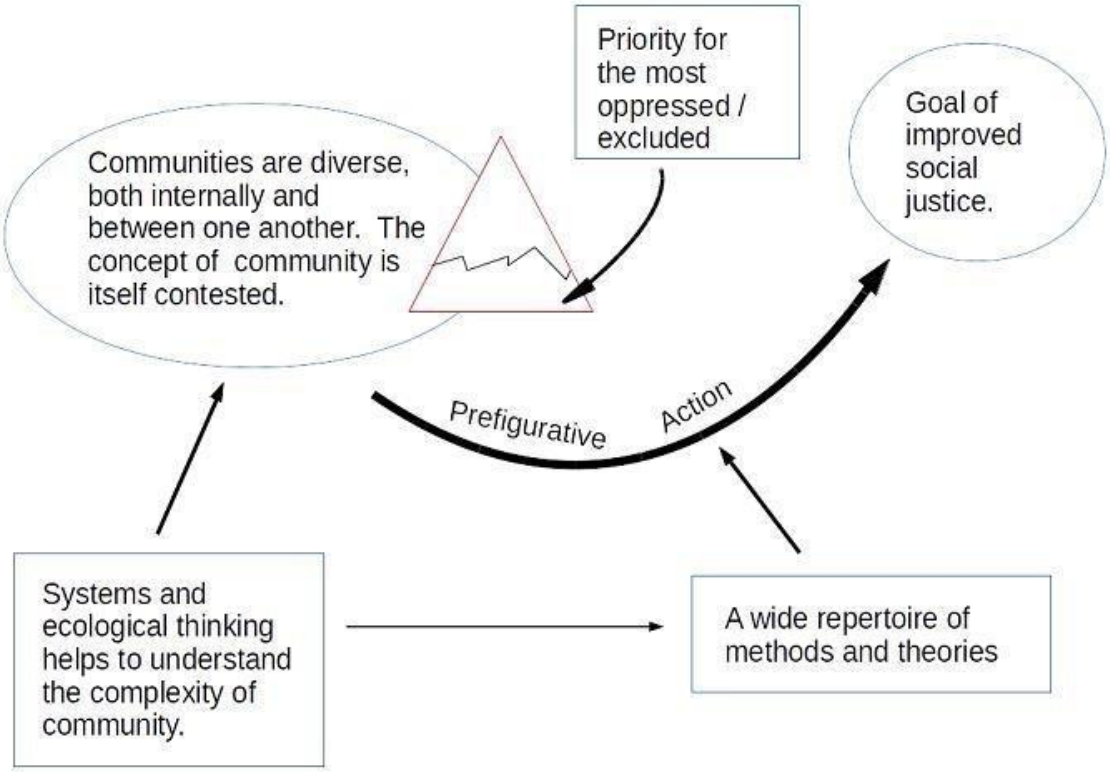


Abb. 1: Die Beziehungen zwischen den fünf Grundsätzen der CCP bei ihrem Streben nach sozialer Gerechtigkeit in Gemeinden/Gemeinschaften (aus: Burton/Kagan 2016, 200)

Abschließende Bemerkungen: Gemeindeorientierung als Zugang zur Analyse und Modifikation von Krankheit und Gesundheit zu nutzen, wird nicht nur von der Medizin, Psychiatrie, Sozialen Arbeit und Pädagogik praktiziert, sie ist auch Bestandteil der Psychologie geworden. Die Gemeindepsychologie vermag mit ihren Erklärungs- und Veränderungsmodellen, Begrifflichkeiten und Interventionsformen die gemeinsamen Hilfeansätze und Aktivierungsformen interdisziplinär anzureichern. Auch bei der Prävention und Bewältigung von somatischen Erkrankungen kann sie zunehmend bedeutsam werden.

Literatur:

Bergold, JB/Neumann O (2018): Gemeindepsychologie. In: Decker O (Hg), Sozialpsychologie und Sozialtheorie, Band 2: Forschungs- und Praxisfelder, Wiesbaden (VS), im Erscheinen

Bond MA/Serrano-Garcia I/Key C. (Eds.) (2016): APA Handbook of Community Psychology: Volume 1: Theoretical Foundations, Core Concepts, and Emerging Challenges Volume 2: Methods for Community Research. Washington, DC: American Psychological Association

Burton M/Kagan C/Duckett P (2013): Making the psychological political - challenges for community psychology. Global Journal of Community Psychology Practice, issue 4, 2013 (Vol 3), 1-11 (http://www.gjcpp.org/)

Jahoda M/Lazarsfeld PF/Zeisel H (1975): Die Arbeitslosen von Marienthal - ein soziographischer Versuch. Frankfurt/M. (Suhrkamp) - Erstveröff. 1933

Jason LA/Glenwick DS (Eds.) (2016): Handbook of methodological approaches to community-based research: Qualitative, quantitative, and mixed methods. New York: Oxford University Press

Kagan CM/Burton M/Duckett PS/Lawthom R/Siddiquee A (2011): Critical Community Psychology. New York: Wiley-Blackwell

Keupp H (2000): Gemeindepsychologie. In: Lexikon der Psychologie - online: www.spektrum.de/lexikon/psychologie/gemeindepsychologie/5669

Moritsugu J/Vera E/Wong FY/Duffy KG (2017): Community Psychology. 5th Ed. New York: Routledge;

Nelson G/Kloos B/Ornelas J (Eds.) (2014): Community Psychology. In Pursuit of Liberation and Well-being. (2nd ed.). New York: Palgrave;

Orford J (2008): Community Psychology: Challenges, Controversies and Emerging Consensus. New York: Wiley;

Phillips R/Wong, C (Eds.) (2017): Handbook of Community Well-being Research. New York: Springer;

Röhrle B (2018): Gemeindepsychologische Perspektiven der Psychotherapie: Ein Gegensatz. In Fliegel S et al (Hg), Verhaltenstherapie - Was sie kann und wie es geht. Ein Lehrbuch (729-753). Tübingen: DGVT.

Röhrle B/Ebert D/Christiansen H (Hg.) (2018): Prävention und Gesundheitsförderung. Bd. VI. Entwicklungen und Perspektiven. Tübingen: DGVT-Verlag - im Erscheinen
Scott VC/Wolfe SM (Eds.) (2015): Community Psychology: Foundations for Practice. Thousand Oaks: Sage.

Viola JJ/Glantsman O (Eds.) (2017): Diverse Careers in Community Psychology. New York: Oxford University Press.

Walker C/Hart A/Hanna P (2017): Building a New Community Psychology of Mental Health: Spaces, Places, People and Activities. London: Palgrave Macmillan.

Internetadressen:

USA:
www.scra27.org/ (dort weitere Links)

Europa:
www.ecpa-online.com/;
http://communitypsy.efpa.eu/

Großbritannien:
http://communitypsychologyuk.ning.com/
http://www.gjcpp.org/en/ („Global Journal of Community Psychology Practice" mit freiem Online-Zugriff auf alle Beiträge 2010-2018)

Deutschland:
www.ggfp.de/ (Gesellschaft für gemeindepsychologische Forschung und Praxis e.V.); www.gemeindepsychologie.de/ (das von der GGFP herausgegebene Journal „forum gemeindepsychologie" mit freiem Online-Zugriff auf alle Beiträge 2008-2017)

Verweise:

Anwaltschaft - Vertretung und Durchsetzung gesundheitlicher Interessen, Empowerment/Befähigung, Gemeindeorientierung, Gesundheitliche Chancengleichheit, Gesundheitsbezogene Gemeinwesenarbeit, Health Literacy / Gesundheitskompetenz, Partizipation: Mitentscheidung der Bürgerinnen und Bürger, Partizipative Gesundheitsforschung, Patientenberatung / Patientenedukation, Resilienz und Schutzfaktoren, Soziale Ungleichheit und Gesundheit/Krankheit, Soziales Kapital, Wohlbefinden / Well-Being

Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Gender Mainstreaming

Thomas Altgeld, Ulrike Maschewsky-Schneider, Monika Köster

(letzte Aktualisierung am 02.01.2017)

Gender Mainstreaming beschreibt eine ganzheitliche Politik- und Organisationsstrategie, über die eine gleichberechtigte Teilhabe beider Geschlechter an politischen, wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Prozessen gewährleistet werden soll. Als Querschnittsansatz dient sie dem Ziel der Gleichstellung von Frau und Mann (**Chancengleichheit**), indem die Geschlechterperspektive in alle Politikfelder integriert wird. Gender Mainstreaming eröffnet somit Männern und Frauen gleiche Entfaltungsmöglichkeiten und vermeidet geschlechterstereotype Zuweisungen. Als allgemeingültige Definition in der Europäischen Union gilt nach wie vor die Definition des Europarates: „Gender Mainstreaming besteht in der (Re-)Organisation, Verbesserung, Entwicklung und Evaluation der Entscheidungsprozesse, mit dem Ziel, dass die an politischer Gestaltung beteiligten Akteure und Akteurinnen den Blickwinkel der Gleichstellung zwischen Frauen und Männern in allen Bereichen und auf allen Ebenen einnehmen.“ (Europarat 1998)

Der aus dem Englischen stammende *Begriff* ist im deutschsprachigen Raum übernommen worden, weil es keine adäquate Übersetzungsmöglichkeit gibt. Unter dem Begriff „Gender“ versteht man im angelsächsischen Sprachraum die sozial und kulturell konstruierte Zuweisung gesellschaftlicher Geschlechterrollen in Abgrenzung zum biologischen Geschlecht (engl.: „sex“). Der „Gender“-Begriff beschreibt Geschlechterrollen jenseits der Biologie v.a. als Ergebnis gesellschaftlicher Sozialisationsprozesse, die je nach Zeitalter, Kultur und auch Bildungsniveau erheblich variieren können. Es wird sozial konstruiert, was in der jeweiligen Gesellschaft dann als typisch „weiblich“ oder „männlich“ gilt. Da soziale und kulturelle Geschlechterrollen somit keine unveränderliche Biologie zur Grundlage haben, sind sie auch veränderbar und politisch beeinflussbar.

Der Begriff „Mainstreaming“ (von engl.: mainstream = Hauptstrom, Hauptrichtung) bedeutet in diesem Fall, dass die Gleichstellung von Mann und Frau als durchgängiges Prinzip in allen Politikbereichen verankert werden soll. Zentrales Ziel von Gender Mainstreaming ist es, in alle Entscheidungsprozesse die Geschlechterperspektive einzubeziehen und alle Entscheidungsprozesse für die Gleichstellung der Geschlechter nutzbar zu machen. Etwas so

in den Hauptstrom zu bringen und als durchgängiges Prinzip zu verankern, ist auch als eine Abkehr von der bis zum Beginn des 3. Jahrtausends ausschließlich auf Frauen bezogenen Gleichstellungspolitik zu verstehen, die im politischen Alltagsgeschäft bis dato eher eine randständige Stellung eingenommen hatte. Gleichberechtigungspolitik wird damit in einem übertragenen Sinn von einem Nebengleis auf die Hauptstrecken verlagert. Gender Mainstreaming ist im *Kontext der internationalen Entwicklungszusammenarbeit* von den Vereinten Nationen erarbeitet und erstmals 1995 als ausformulierte Politikstrategie auf der 4. Weltfrauenkonferenz der Vereinten Nationen in Peking verabschiedet worden. Daraus ergab sich für alle Mitgliedsstaaten die Verpflichtung, in den jeweiligen nationalen Umsetzungsstrategien ein Konzept zur Implementierung von Gender Mainstreaming zu entwickeln. Bereits 1996 verpflichtete sich die Europäische Union dem Ansatz des Gender Mainstreaming. Mit Inkrafttreten des Amsterdamer Vertrages am 1. Mai 1999 wurde der Gender-Mainstreaming-Ansatz zum ersten Mal in rechtlich verbindlicher Form europaweit festgeschrieben. Damit wurde Gender Mainstreaming als horizontales Ziel für alle Gemeinschaftsaufgaben definiert und es wurden auch konkrete Schritte und Strategien benannt:

- Bewusstseinsbildung,
- Schulung,
- Routineverfahren (Gender Impact Assessment),
- Gleichstellungsprüfung (Gender Proofing).

Das „*Gender Impact Assessment*“ führt eine Bewertung aller Maßnahmen auf ihre geschlechtsspezifischen Auswirkungen als ein Routineverfahren ein. Für die Bewusstseinsbildung und Schulung wurden sogenannte „Gender Trainings“ entwickelt, in denen Information, Weiterbildung und strukturierte Selbsterfahrung in der Genderthematik stattfinden. In Deutschland hat das Bundeskabinett mit dem Beschluss vom 23.6.1999 die Gleichstellung von Frauen und Männern als durchgängiges Leitprinzip der Bundesregierung anerkannt und festgelegt. Dies bezieht sich auf die grundsätzliche Einbeziehung geschlechtsspezifischer Belange (nicht nur der Frauenförderung) in alle Felder von Politik und Gesellschaft, angefangen von der geschlechtergerechten Sprache bis hin zu einer geschlechteradäquaten Umsetzung in den verschiedenen Bereichen. Auch auf der Ebene der Bundesländer und Kommunen sowie in anderen gesellschaftlichen Teilbereichen, u.a. im Wirtschafts- und im Bildungssektor, wurden seit 1999 analoge politische Beschlüsse gefasst.

Außerdem hat eine Weiterentwicklung von Instrumenten für verschiedene Anwendungsbereiche stattgefunden. Hier sind insbesondere Gender Budgeting und Gender Planning zu nennen. Im Juli 2003 fasste das Europäische Parlament den Beschluss „*Gender Budgeting*“ - Aufstellung öffentlicher Haushalte unter geschlechtsspezifischen Gesichtspunkten. Darin werden die Mitgliedsstaaten aufgefordert, „die Auswirkungen von makroökonomischen

und ökonomischen Reformpolitiken und der Anwendung von Strategien, Mechanismen und Korrekturmechanismen zur Beseitigung der geschlechterspezifischen Ungleichgewichte in Schlüsselbereichen auf Männer und Frauen zu überwachen und zu analysieren, um einen breiteren wirtschaftlichen und sozialen Rahmen zu schaffen, in dem Gender Budgeting positiv umgesetzt werden kann".

Im Rahmen von *Gender Planning* geht es um die Umsetzung von Gender Mainstreaming in der räumlichen Planung. Das Instrument hilft den Planerinnen und Planern dabei, ein Projekt während der Entwicklungs- und Umsetzungsphase daraufhin zu überprüfen, ob in den Planungen für Stadtteile, Gebäude, öffentliche Räume oder Verkehrswege die unterschiedlichen Sichtweisen von Frauen und Männern berücksichtigt sind und ob die künftige Nutzung Frauen und Männern gleichermaßen gerecht wird.

Für den Gesundheitsversorgungs- und -förderungssektor ist das Grundsatzpapier zur Implementierung von Gender Mainstreaming von der WHO - Region Hannover im September 2001 als „Madrid Statement" verabschiedet worden: „To achieve the highest standard of health, health policies have to recognize that women and men, owing to their biological differences and their gender roles, have different needs, obstacles and opportunities ... Gender interacts with biological differences and social factors. Women and men play different roles in the different social context ... This affects the degree to which women and men have access to, and control over, the ressources and decision making needed to protect their health." (WHO 2002, S. 4)

2015 hat die WHO eine umfassende Roadmap to action vorgelegt, die Gleichheitsfragen, Gender und Menschenrechte bis 2019 in die Arbeit der Weltgesundheitsorganisation integrieren soll.

Bezogen auf die Gesundheit(-sförderung) bedeutet Gender Mainstreaming ein durchgängig geschlechtersensibles Vorgehen und die Herstellung von Chancengleichgleichheit in zwei Dimensionen:

- Die Herstellung horizontaler Chancengleichheit: Wenn beide Geschlechter die gleichen Bedürfnisse haben, sollen sie auch gleiche Angebote bekommen. Gerade in der medizinischen Versorgung spielen geschlechterspezifische Fehl-, Über- und Unterversorgungslagen nach wie vor eine Rolle.
- Die Herstellung vertikaler Chancengleichheit: Wenn die Geschlechter unterschiedliche Bedürfnisse haben, brauchen sie geschlechtsspezifische Angebote. Hier ist v.a. die Gestaltung von Gesundheitsinformationen, Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen bislang in vielen Bereichen zu geschlechtsneutral und damit nicht effektiv genug angelegt.

Bezogen auf Aktivitäten der Gesundheitsförderung/Prävention fällt diese Anforderung unter das Prinzip der Berücksichtigung zentraler Merkmale von Zielgruppen. Neben weiteren wichtigen Kriterien wie z.B. Alter, soziale Schicht, Lebenslage, sexuelle Orientierung und Kultur kommt in der Facharbeit der Gesundheitsförderung und Prävention auch gerade der Geschlechterperspektive eine besondere Bedeutung zu. In der Umsetzung bedeutet dies konkret, in allen klassischen Projektplanungs- und Implementationsschritten die Chancengleichheit von Frauen und Männern zu berücksichtigen. Angefangen bei geschlechtsdifferenzierenden Problemdefinitionen über Berücksichtigung bei der Programmplanung, der Ausgestaltung der Intervention, der Wahl der Medien bis hin zur Evaluation und Qualitätssicherung von Maßnahmen ist Gender Mainstreaming untrennbar mit Qualitäts- und Effizienzaspekten verbunden. Aus dem Bereich des Betrieblichen Gesundheitsmanagements und der Gesundheitsförderung in Bildungseinrichtungen gibt es einige Beispiele, in denen Gender Mainstreaming als Qualitätsmerkmal effektiv verankert werden konnte. Die nationalen Gesundheitsstiftungen in der Schweiz und in Österreich haben Gender Mainstreaming als Kriterium für ihre Projektförderung verankert.

Mit dem am 25.05.2015 in Kraft getretenen **Präventionsgesetz** werden die gesetzlichen Krankenkassen in einem Grundsatzparagrafen (2b) verpflichtet, geschlechtsspezifischen Besonderheiten Rechnung zu tragen. Dies gilt für das gesamte Leistungsspektrum, das über die gesetzliche Krankenversicherung finanziert wird. Für den Bereich der Primärprävention wird diese Verpflichtung noch einmal ausdrücklich in der Neufassung des § 20 verankert: „Die Leistungen sollen insbesondere zur Verminderung sozial bedingter sowie geschlechterbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen beitragen“.

Bis dato hat sich trotz besserer Verankerung von Gender Mainstreaming in Grundsatzpapieren und einzelnen Förderprogrammen noch keine wirklich geschlechtergerechte Gesundheitsförderungs- und Präventionslandschaft in Deutschland entwickelt. Das Gros der Projekte, insbesondere zur Individualprävention im deutschen und europäischen Raum, agiert nach wie vor relativ geschlechtsneutral. Für den Bereich der Gesundheitsförderung für Frauen und Mädchen wurden einige Modelle guter Praxis im Rahmen des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit identifiziert. Payne ist in einem Grundsatzpapier für die Weltgesundheitsorganisation 2009 der Frage nachgegangen, wie Chancengleichheit über das Gesundheitssystem hergestellt werden kann. Dabei hat sie drei zentrale Strategien zur Verbesserung der Geschlechtergerechtigkeit benannt, die auch für den Gesundheitsförderungssektor entscheidend sind: regulatorische Ansätze (z.B. Gesetzgebung), organisatorische Ansätze (z.B. gender impact assessments) und informationelle Ansätze (z.B. gendersensitive Gesundheitsindikatoren) (Payne 2009). Payne sieht in der Schaffung eines politischen Rückhalts den Dreh- und Angelpunkt für Fortschritte in Genderfragen: Nur so ließen sich Strukturen verändern und Ressourcen mobilisieren. Der Status quo des Beschreibens von geschlechtsspezifischen Auffälligkeiten und der Veranke-

rung von Gender Mainstreaming in irgendwelchen Präambeln oder Querschnittsanforderungen bei unveränderter geschlechtsneutral agierender Praxis wird bislang zu wenig kritisiert.

Bereits 2007 hatten Sundari Ravindran und Kelkar-Khambete in einer ebenfalls für die WHO erarbeiteten Analyse von Frauengesundheitspolitiken und -programmen sowie des Gender Mainstreaming in Gesundheitspolitiken der Mitgliedsstaaten der WHO in Europa gefordert, den Fokus nicht auf die Integration von Genderaspekten in bestehende einzelne Programme zu legen, sondern den Gesamtrahmen so zu verändern, dass gesundheitliche Chancengleichheit von Männern und Frauen verwirklicht werden kann. Hier bestehen nach wie vor entscheidende Handlungsbedarfe.

Literatur:

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.), Gender Mainstreaming in der Gesundheitsförderung und Prävention, Köln 2009;

Council of Europe (Hg.), Gender Mainstreaming - Konzeptueller Rahmen, Methodologie und Beschreibung bewährter Praktiken, German Version, Straßburg 1998;

Kolip P/Altgeld T (Hg.), Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Prävention, Juventa Verlag, Weinheim und München 2006;

Kolip,P/ Hurrelmann, K (Hg.). Handbuch Geschlecht und Gesundheit, Bern: Hogrefe Verlag,2016.

Payne S, How can gender equity be addressed through health systems?, Copenhagen 2009;

Sundari Ravindran TK/Kelkar-Khambete A, Women's health policies and programmes and gender-mainstreaming in health policies, programmes and within health sector institutions, Genf 2007;

World Health Organization, Madrid Statement - Mainstreaming gender equitiy in Health: The need to move forward, Copenhagen 2002

Internetadressen:

http://www.who.int/gender-equity-rights/understanding/gender-definition/en/
http://www.who.int/gender-equity-rights/knowledge/web-roadmap.pdf?ua=1
http://ec.europa.eu/justice/gender-equality/
http://www.frauengesundheitsportal.de/
http://www.maennergesundheitsportal.de/
www.gender-mainstreaming.net

Verweise:

Gesundheitliche Chancengleichheit, Präventionsgesetz

Gesundheit

Peter Franzkowiak, Klaus Hurrelmann

(letzte Aktualisierung am 13.06.2018)

Gesundheit ist kein eindeutig definierbares Konstrukt; sie ist schwer fassbar und nur schwer zu beschreiben. Gesundheitsvorstellungen sind soziale Konstruktionen; Gesundheit wird (wie Krankheit) auch sozial produziert. Frühere Versuche einer Definition und Klassifikation sind fast alle von einer Opposition zum Begriff **Krankheit** ausgegangen. Das Verhältnis zwischen Gesundheit und Krankheit wurde dabei nicht systematisch bestimmt. Seedhouse arbeitete in den 1980er Jahren als seinerzeit charakteristische wissenschaftliche Kernvorstellungen heraus:

- Gesundheit als Idealzustand mit völligem Wohlbefinden ohne jede körperliche, psychische und soziale Störung,
- Gesundheit als persönliche Stärke, die auf körperlichen und psychischen Eigenschaften beruht,
- Gesundheit als Leistungsfähigkeit der Erfüllung von gesellschaftlichen Anforderungen,
- Gesundheit als Gebrauchsgut (Ware), das hergestellt und „eingekauft“ werden kann.

Die Konzeptionen betrachten Gesundheit zwar aus unterschiedlichen Perspektiven, lassen sich aber noch nicht zu einem Gesamtbild verbinden. Gleiches gilt für Frankes jüngeren Einteilungsversuch in die Dimensionen Störungsfreiheit, Wohlbefinden, Leistungsfähigkeit und Rollenerfüllung, Gleichgewichtszustand (Homöostase), Flexibilität (Heterostase) oder Anpassung. Jede Begriffsbestimmung spiegelt vor allem die zugrunde liegenden disziplinären Orientierungen wider. Eine disziplinär abgeschottete Begriffsbildung verhindert jedoch einen fruchtbaren Austausch über die Grenzen der Denkansätze hinaus.

Für die Gesundheitswissenschaften und insbesondere auch Theorie und Praxis der Gesundheitsförderung sind ein in sich stimmiges und aufeinander abgestimmtes Konzept von Gesundheit und die Bestimmung des Verhältnisses zu Krankheit wichtige Voraussetzung für konsequentes wissenschaftliches Arbeiten. Hilfreich zur Annäherung an eine solche Definition ist Göckenjans Systematik von drei dominanten Deutungsfigurationen:

(1) Gesundheit als *Abgrenzungskonzept* ist eng mit der medizinischen Deutung und Diagnostik von Krankheit verknüpft (**Biomedizinische Perspektive**). Gesundheit wird als „Abwesenheit von Krankheit", als „Noch-nicht-Krankheit" oder „noch nicht vollständig medizinisch diagnostizierte körperliche/seelische Verfassung" umschrieben. Die hier vorgenommene Abgrenzung von Gesundheit zu Krankheit ist häufig notwendig (z.B. für eine „Krankschreibung" zur Legitimierung von Arbeitsunfähigkeit oder Erwerbsminderung). Sie ist jedoch nur vordergründig konkret und gibt eine nur scheinbare Klarheit vor. Solche Abgrenzungen erzeugen „fiktive Schnittstellen".

(2) Als *Funktionsaussage* steht Gesundheit für Leistungs- und Arbeitsfähigkeit in körperlicher und sozialer Hinsicht bzw. als Rollenerfüllung (**Soziologische Perspektiven**). Zu diesem Komplex gehören aber auch alle homöostatischen Gesundheitsvorstellungen eines körperlich-seelischen Gleichgewichts (**Salutogenetische Perspektive**) oder einer flexiblen Anpassung von Körper und Selbst an sich verändernde Umweltbedingungen (**Systemisches Anforderungs-Ressourcen-Modell**). Das Schwergewicht wird hierbei oft auf die Resistenz und Widerstandsfähigkeit von Menschen z.B. gegenüber Krankheitserregern und Infektionen gelegt. Auch die funktionsorientierten Umschreibungen sind nur in Teilen konkret und lassen sich eher als Metaphern deuten, die selbst wieder klärungsbedürftig sind.

(3) Gesundheitsdefinitionen auf der Grundlage von *Wertaussagen* enthalten einen positivierenden Kern. Ein Verständnis von Gesundheit als „höchstem Wert", als des „schlechthin Guten", eventuell auch als einem „absoluten Richtwert" schwingt mit. Daraus versuchen sich z.T. auch Ansätze zu einem allgemeinen Gesundheitszwang zu rechtfertigen [„Healthismus"; auch: „Neo-Gesundheitsförderung" (Schmidt 2010) bzw. „Gesundheit als humankapitale Pflicht" (Schmidt 2016, 4)].

Von besonderer Bedeutung für die Gesundheitsförderung und zugleich die bekannteste wertorientierte Umschreibung ist die Umschreibung in der Präambel der *Verfassung der Weltgesundheitsorganisation WHO von 1948:* „Gesundheit ist der Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens (engl.: well-being) und nicht nur des Freiseins von Krankheit und Gebrechen. Sich des bestmöglichen Gesundheitszustandes zu erfreuen, ist eines der Grundrechte jedes Menschen, ohne Unterschied der Rasse, der Religion, der politischen Überzeugung, der wirtschaftlichen oder sozialen Stellung."

Mit dieser Definition löste die WHO Gesundheit aus einer rein biomedizinischen Sichtweise und den engen Bezügen des professionellen Krankheitssystems. Gesundheit wird als multidimensional definiert: Sie umfasst körperliche, seelisch-geistige und soziale Anteile, die sich wechselseitig beeinflussen.

Das Prinzip der Mehrdimensionalität überträgt die WHO auch auf seelisch-geistige Gesundheit: „Mental health is defined as a state of well-being in which every individual realizes his or her own potential, can cope with the normal stresses of life, can work productively and fruitfully, and is able to make a contribution to her or his community“ - „ein Stadium des Wohlbefindens, in dem die/der Einzelne sich ihrer/seiner eigenen Fähigkeiten klar wird und sie verwirklichen kann, mit den normalen Belastungen des Lebens umgehen kann, produktiv und fruchtbar arbeiten kann und in der Lage ist, einen Beitrag zu ihrer oder seiner Gemeinschaft zu leisten" (WHO 2014; eigene Übersetzung).

Bereits in den späten 1990er Jahren wurden in Abschlussdokumenten zentraler Konferenzen und Versammlungen der WHO zudem die ökologische und eine spirituelle Dimension hinzugefügt, allerdings ohne entsprechende Revision des grundlegenden Verfassungstextes von 1948. Die Diskussion um Spiritualität als „4. Dimension“ hat bis heute in der asiatisch-pazifischen Region und in den arabisch-islamischen Mitgliedsstaaten der WHO große Bedeutung und Ausstrahlung. Im europäischen und nordamerikanischen Raum wird sie (noch) weitgehend ausgeblendet.

Die geläufige deutsche Übersetzung spricht zwar von Gesundheit als Zustand, dies ist allerdings eine Verschiebung gegenüber dem englischen Originalbegriff („state“). Nicht gemeint ist Gesundheit als statischer, einmal erreichter und dann unveränderlicher „Zustand“. Vielmehr ist sie zu sehen als als ein dynamisches Stadium, als ein lebensgeschichtlich und alltäglich immer neu reguliertes Potenzial, als eine beständige und aktiv herzustellende Balance im Spannungsfeld zwischen Ressourcen und Belastungen.

Auch hier gibt es Anknüpfungspunkte zu wissenschaftlichen Weiterentwicklungen in der internationalen Mental Health. Eine Forscher*innengruppe im Ethikkomitee der European Psychiatric Association legte 2015 den folgenden Vorschlag für eine Neudefinition von Mental Health vor: „Psychische Gesundheit ist *ein dynamischer Zustand des inneren Gleichgewichts*, der es Einzelnen ermöglicht, ihre Fähigkeiten im Einklang mit den universellen Werten der Gesellschaft zu nutzen. Wichtige Komponenten der psychischen Gesundheit sind: grundlegende kognitive und soziale Fähigkeiten; die Fähigkeit, die eigenen Emotionen zu erkennen, auszudrücken und zu modulieren sowie sich in andere einzufühlen; Flexibilität und die Fähigkeit, mit negativen Lebensereignissen und Funktionen in sozialen Rollen umzugehen; eine harmonische Beziehung zwischen Körper und Geist. Diese tragen in unterschiedlichem Maße zum inneren Gleichgewicht bei.“ (Galderisi et al. 2015, 231/232; eigene Übersetzung und Hervorhebung)

Der umfassende Gesundheitsbegriff der WHO betont im Gegensatz zum biomedizinischen Verständnis von Krankheit sowie den meisten Alltagsvorstellungen die Verankerung von „well-being“ in *allen* Dimensionen des täglichen Lebens. Gesundheitsbewusste und -förderliche **Lebensweisen/Lebensstile** erfordern das Vorhandensein positiver politi-

scher, kultureller, ökonomischer und sozialökologischer Grundvoraussetzungen (**Determinanten von Gesundheit**, **Lebenslage**). Bestmögliche Gesundheit ist ein Menschenrecht, ihre Erhaltung und Sicherung ist eine staatliche und weltgesellschaftliche Verpflichtung.

Die WHO-Definition ist vielfach kritisiert worden. Hauptkritikpunkte sind: die Einseitigkeit einer subjektiv akzentuierten Sichtweise, ihre ungenaue, kaum zu operationalisierende oder messbare Mehrdimensionalität, das noch unausgereifte, statische Denken in Extrempolen.

Zudem zeigen sich definitions-immanente Begrenzungen und epidemiologische Einschränkungen, die den globalen Wandlungsprozessen seit Mitte des 20. Jahrhunderts geschuldet sind. Vorrangig sind hier zu nennen: die weltweite Veränderung der Demographie von Bevölkerungen, die damit einhergehenden Herausforderungen von Gesundheitssicherung und Versorgung der Gesellschaften des langen Lebens (vielfach mit chronischer Einschränkung); die tiefgreifende Umwälzung von Risiko- und Krankheitsmustern (**Biomedizinische Perspektive**; **Prävention und Krankheitsprävention**), einschließlich der Ausweitung systemisch-professioneller Detektion, Behandlung und Begleitung; die strukturelle Bedeutung der sozialen und ökologischen Gesundheitsdeterminanten und Ungleichheiten.

Auch wurde der Definition - in Verkennung ihrer historisch-politischen Funktion und der unmittelbar unter dem Eindruck des zivilisatorisch verheerenden Zweiten Weltkrieges erstellten Formulierungen - ein dogmatisch utopischer Charakter unterstellt. Die Kritik konzentriert sich zum einen auf die umstrittene Formulierung des „Zustands“, zum anderen auf die scheinbar absolutistische Utopie eines „vollständigen“ oder „völligen“ Wohlbefindens (wobei auch hier ein offenbar unausrottbarer Übersetzungsfehler vorliegt: das englische „complete“ wäre im Deutschen besser mit „umfassend“ übersetzt worden, da auf Multidimensionalität von Gesundheit abgezielt wird). Die WHO-Definition nimmt jedoch wichtige integrative Aspekte auf und hat immer noch erhebliche Ausstrahlung in die Politik und vor allem Praxis der Prävention und Gesundheitsförderung. Für die wissenschaftliche Arbeit i.e.S. ist sie aber umstritten, nicht mehr aktuell.

Hurrelmann hat die Grundvorstellungen zentraler wissenschaftlicher Theorien zusammengetragen, um daraus Grundsätze für die Module eines auch wissenschaftlich haltbaren und belastbaren Gesundheitsbegriffs abzuleiten. Dabei werden Lern- und Persönlichkeitstheorien, Stress- und Bewältigungstheorien, Sozialisationstheorien, Interaktions- und Sozialstrukturtheorien sowie Public-Health-Theorien ausgewertet. Zusammenfassend lassen sich acht *interdisziplinär tragfähige Maximen von Gesundheit und Krankheit* formulieren (s. Abb. 1).

1. Gesundheit und Krankheit ergeben sich aus einem Wechselspiel von sozialen und personalen Bedingungen, welches das Gesundheitsverhalten prägt.
2. Die sozialen Bedingungen (Gesundheitsverhältnisse) bilden den Möglichkeitsraum für die Entfaltung der personalen Bedingungen für Gesundheit und Krankheit.
3. Gesundheit ist das Stadium des Gleichgewichts, Krankheit das Stadium des Ungleichgewichts von Risiko- und Schutzfaktoren auf körperlicher, psychischer und sozialer Ebene.
4. Gesundheit und Krankheit als jeweilige Endpunkte von Gleichgewichts- und Ungleichgewichtsstadien haben eine körperliche, psychische und soziale Dimension.
5. Gesundheit ist das Ergebnis einer gelungenen, Krankheit einer nicht gelungenen Bewältigung von inneren und äußeren Anforderungen.
6. Persönliche Voraussetzung für Gesundheit ist eine körperbewusste, psychisch sensible und umweltorientierte Lebensführung.
7. Die Bestimmung der Ausprägungen und Stadien von Gesundheit und Krankheit unterliegt einer subjektiven Bewertung.
8. Fremd- und Selbsteinschätzung von Gesundheits- und Krankheitsstadien können sich auf allen drei Dimensionen - der körperlichen, der psychischen und der sozialen - voneinander unterscheiden.

Abb. 1: Acht Maximen für die integrative und interdisziplinäre Formulierung von Gesundheits- und Krankheitsdefinitionen (Hurrelmann/Richter 2013, 139-146)

Die Leitvorstellungen der sozialen und personalen Möglichkeitsräume, des Gleichgewichts und der Bewältigungsorientierung sind für die Weiterentwicklung der Gesundheitsförderung von besonderer Wichtigkeit. Sie stellen auf die Kompetenz eines Menschen zur produktiven Auseinandersetzung mit den inneren und äußeren Anforderungen als Voraussetzung für Gesundheit ab. Gesundheit ist in diesem Verständnis gegeben, wenn sowohl körperliche und psychische Anforderungen als auch soziale und materielle Umweltanforderungen von einem Menschen produktiv bearbeitet und bewältigt werden (s. Abb. 2).

Konzeptionell bestehen Parallelen und Anschlussmöglichkeiten zu systemischen Gesundheitsdefinitionen (Hafen) und Nordenfelts „Holistic Model of Health“ (HMH) aus der theoretischen Medizin und Medizinphilosophie. Im HMH ist Gesundheit eine Funktion aller personalen Fähigkeiten und Kompetenzen. Sie ist eine der Voraussetzungen dafür, im jeweiligen kulturellen Rahmen und über sozialen Austausch absichtsvolle Handlungen auszuführen und eigene Ziele („vital goals“) zu erreichen. Hier ergeben sich gerade für die Gesundheitsförderung Anknüpfungspunkte zum Konzept der Teilhabe- und Verwirklichungschancen („Human Capabilities“-Ansatz“) von Nussbaum und Sen. Eingeschränkte

Gesundheit oder chronische Krankheit sind im HMH keinesfalls ausgeschlossen, vielmehr durchaus kompatibel mit den Grundannahmen.

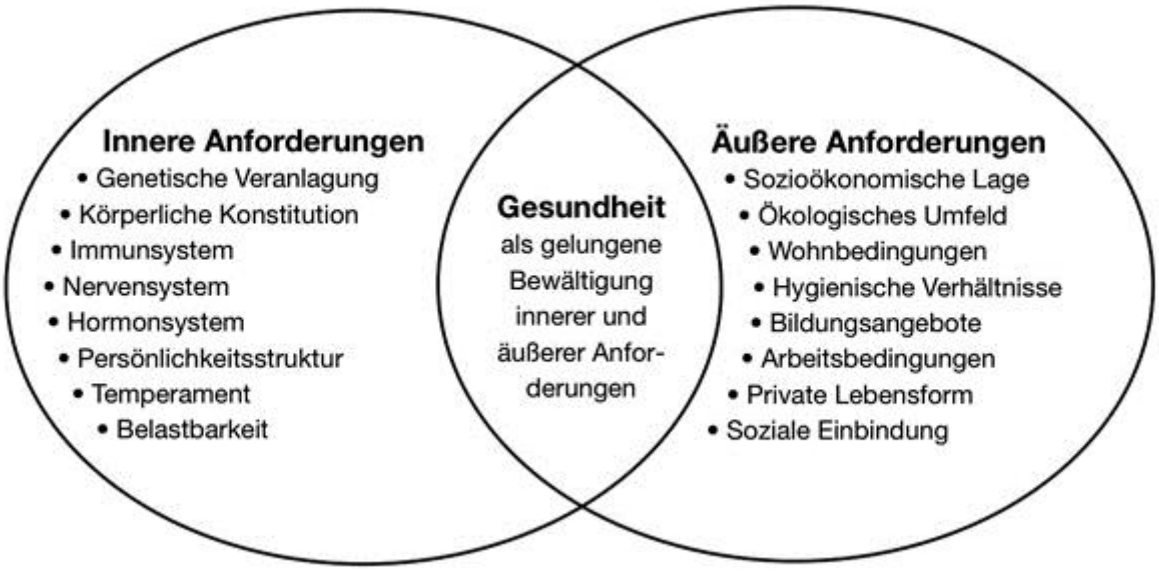


Abb. 2: Gesundheit als gelungene Bewältigung von inneren und äußeren Anforderungen (aus: Hurrelmann 2000, 88 - analog für Krankheit in: Hurrelmann/Richter 2013, 143)

Zu den inneren Anforderungen gehören im biologischen Bereich genetische Disposition, körperliche Konstitution, Immunsystem, Nervensystem und Hormonsystem in ihrer jeweiligen Dynamik, im psychischen Bereich Persönlichkeitsstruktur, Temperament und Belastbarkeit. Diese Anforderungen sind zugleich auch die Grundausstattung, mit der den äußeren Anforderungen begegnet werden muss. Dazu gehören sozioökonomische Lage, ökologisches Umfeld, Wohnbedingungen, hygienische Verhältnisse, Bildungsangebote, Arbeitsbedingungen, private Lebensformen und soziale Einbindung. Auch diese Anforderungen sind ihrerseits Ressourcen, die ein Mensch zur Verfügung haben muss, wenn er den inneren Anforderungen erfolgreich begegnen will.

Als *konsensfähige Definition* von Gesundheit wird vorgeschlagen: *„Gesundheit bezeichnet den dynamischen Zustand des Wohlbefindens einer Person, der gegeben ist, wenn diese Person sich psychisch und sozial in Einklang mit den Möglichkeiten und Zielvorstellungen und den jeweils gegebenen äußeren Lebensbedingungen befindet. Gesundheit ist das dynamische Stadium des Gleichgewichts von Risikofaktoren und Schutzfaktoren, das eintritt, wenn einem Menschen eine Bewältigung sowohl der inneren (körperlichen und psychischen) als auch äußeren (sozialen und materiellen) Anforderungen gelingt. Gesundheit ist ein dynamisches Stadium, das einem Menschen Wohlbefinden und Lebensfreude vermittelt.“ (Hurrelmann/Richter 2013, 147 - Ergänzung um „dynamisch“: PF+KH 2018)*

Nach dieser Vorstellung ist Gesundheit nur nach einer gelungenen Verbindung von zugleich (selbst-)bewusster und lustvoller Lebensführung möglich. Zu den wichtigsten Ele-

menten einer solchen Lebensführung zählen positive Einstellungen zu den alltäglichen Herausforderungen, Annahme des eigenen Körpers und der psychischen Grundausstattung, optimistische Erwartungen an die soziale Umwelt und insgesamt die Vorstellung von der Beeinflussbarkeit der eigenen Lebensführung. In den Lern- und Entwicklungstheorien ist dieser Tatbestand mit dem Begriff der „Selbstwirksamkeit" bezeichnet worden, in der **salutogenetischen Theorie** mit „Kohärenzgefühl", in der Sozialisationstheorie mit „produktiver Realitätsverarbeitung". Wichtig ist die Verbindung von Selbstvertrauen mit bewusster Lebensführung, die auf Arbeit, Leistung, Anspannung und Rationalität gerichtet ist, und Genussfähigkeit, die auf Entspannung, angenehmes Essen und Trinken, Bewegung, Bindung, Liebe und erfüllte Sexualität zielt. Ressourcenaspekt und soziale (Mit-)Bestimmtheit prägen auch den jüngeren sozialepidemiologisch-gesundheitswissenschaftlichen Ansatz einer „sozialen Gesundheit" von Pfaff und KollegInnen. Gesundheit wird hier als das Ergebnis individueller und kollektiver Ressourcenakkumulierung und -krisen angesehen. Sie entsteht (und wird erhalten) auf der Grundlage eines gelingenden Ressourcenaustausches zwischen Mensch und Gesellschaft. Krankheit gilt dagegen als Ergebnis von Ressourcenkrisen. Akkumulation wie Krisen der Ressourcen werden sozial beeinflusst und gesteuert - somit ist Gesundheit immer auch ein Ergebnis kollektiven Handelns. Der Begriff der sozialen Gesundheit soll explizit anzeigen, ob es den Akteuren und v.a. den Kollektiven gelingt, sowohl erfolgreich Ressourcenakkumulation und Ressourcensicherung zu betreiben als auch eine gerechte Ressourcenverteilung zu ermöglichen.

Gesundheit kann nicht nur „optimal", „umfassend" oder „positiv" sein. Jedes Gesundheitskonzept muss die Bedingtheit und potenzielle Einschränkung von Gesundheit integrieren können (**Gesundheits-Krankheits-Kontinuum**). Menschen, die akute Störungen bewältigen oder mit chronischen körperlichen und seelischen Beeinträchtigungen leben, sind nicht ausschließlich krank. Sie haben im Umgang mit ihren Befindlichkeitsstörungen und Krankheiten sowie in ihrer Alltagsgestaltung immer gesunde Anteile („Ressourcen") und leben in relativer bzw. bedingter Gesundheit. *Relative Gesundheit* ist das Stadium eines teilweise gestörten Gleichgewichts von Risiko- und Schutzfaktoren, das eintritt, wenn einem Menschen die Bewältigung von inneren und äußeren Anforderungen nur teilweise oder nur vorübergehend gelingt. In der Rehabilitation ist der ähnlich angelegte Begriff der *bedingten Gesundheit* geläufig: Er umschreibt die Fähigkeit zur aktiven Lebensgestaltung, Leistungsfähigkeit in Beruf und Alltag auch mit chronischer Krankheit (z.B. koronare Erkrankungen, Diabetes mellitus, Morbus Crohn, Behinderungen des Stützapparates, depressive Störungen). Menschen mit chronischer Krankheit bzw. mit Behinderung sind bedingt gesund, wenn sie ein Gleichgewicht finden, das ein sinnvolles Dasein und Erreichung von Lebenszielen in Grenzen ermöglicht.

Eine dritte wichtige Begrifflichkeit ist die *funktionale Gesundheit.* Sie ist Kernkonzept der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) und hat große Bedeutung für die Rehabilitationsmedizin, Epidemiologie und **Gesundheitsberichterstattung**. Die ICF beschreibt - komplementär zur ICD (**Krankheit**) - den Gesundheitszustand eines Menschen in bedingter Gesundheit mit Schwerpunkt auf der Funktionsfähigkeit. Eine Person ist funktional gesund, wenn vor dem Hintergrund ihrer Kontextfaktoren ihre körperlichen Funktionen einschließlich des seelischen Bereichs und der Körperstrukturen denen eines gesunden Menschen entsprechen (Konzepte der Körperfunktionen und -strukturen), sie all das tut oder tun kann, was von einem Menschen ohne Gesundheitsproblem nach ICD erwartet wird (Konzept der Aktivitäten) und sie ihr Dasein in allen Lebensbereichen, die ihr wichtig sind, in der Weise und dem Umfang entfalten kann, wie es von einem Menschen ohne gesundheitsbedingte Beeinträchtigung der Körperfunktionen oder -strukturen oder der Aktivitäten erwartet wird (Konzept der Teilhabe an Lebensbereichen).

Der Kanadier Hancock hat ein ökologisches „Mandala-Modell der Gesundheit“ entwickelt, das die praktischen Ansatzpunkte für Gesundheitsförderung und Gesundheitspolitik betont (s. Abb. 3). Das Modell illustriert die vielfältige Eingebundenheit des menschlichen (Gesundheits-)Handelns. Es verknüpft vier interagierende Ebenen:

- Humanbiologie (genetische Anlagen, Immunsystem, Physiologie und Anatomie eines Menschen),
- Lebensstile/Lebensweisen (Gesundheitsorientierungen, Risikoverhalten, Inanspruchnahme von Gesundheitsvorsorge und -versorgung, Krankheits- und Krisenbewältigung, Ernährung, Bewegung),
- psychosoziale und kulturelle Umwelt (sozioökonomischer Status, Milieueinbindungen, Peerkulturen, soziale Unterstützungsnetzwerke),
- physikalische Umwelt und Biosphäre (Wohn- und Arbeitsbedingungen, natürliche und industrielle Umwelt, klimatische Bedingungen).

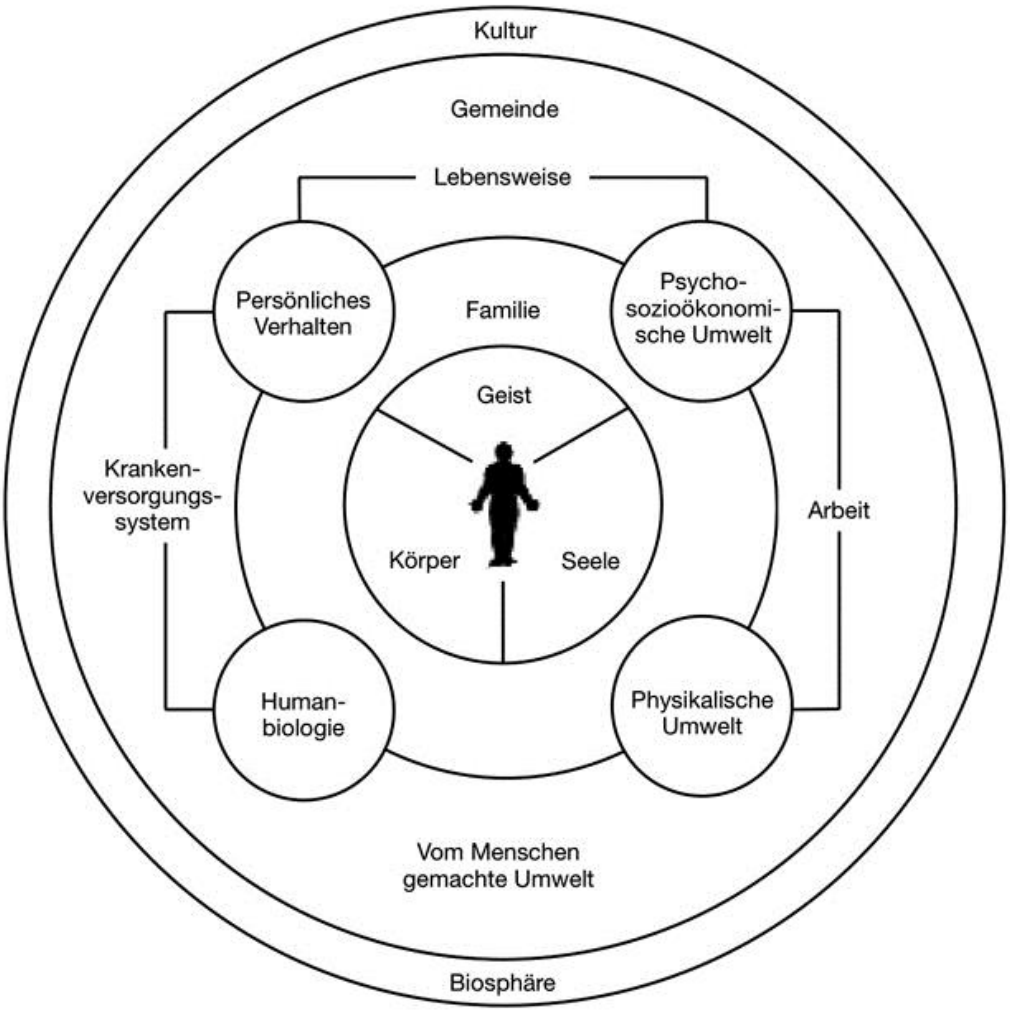


Abb. 3: Hancocks „Mandala-Modell der Gesundheit" (in: Blättner/Waller 2011, 83)

Literatur:

Abel T/ Schori D, Der Capability-Ansatz in der Gesundheitsförderung: Ansatzpunkte für eine Neuausrichtung der Ungleichheitsforschung, in: Österr Z . Soziologie, 2009, 2, 48-64.

Blättner B/Waller H, Gesundheitswissenschaft - Eine Einführung in Grundlagen, Theorie und Anwendung, 5. überarb. Aufl., Stuttgart 2011 (6. überarb. Aufl. im Erscheinen Ende 2018);

Dhar N et al, Spiritual health, the fourth dimension: a public health perspective, in: WHO South-East Asia J of Public Health 2013, 2, 3-5;

Franke A, Modelle von Gesundheit und Krankheit, Bern 2012;

Galderisi S et al, Toward a new definition of mental health. In: World Psychiatry, 14:2, June 2015, 231-233 (DOI 10.1002/wps.20231);

Göckenjan G, Stichwort Gesundheit, in: Deppe, HU et al (Hg.), Öffentliche Gesundheit - Public Health, Frankfurt, New York 1991, 15-24;

Hafen M, Mythologie der Gesundheit, Heidelberg 2007;

Hancock T, The Mandala of Health, in: Anderson R/Kickbusch I (eds.), Health promotion, Kopenhagen 1990, 129-138;

Huber M et al, How should we define health? In: British Medical Journey, 2011;343:d4163 (BMJ online, doi: 10.1136/bmj.d4163);

Hurrelmann K, Gesundheitssoziologie, Weinheim 2000, 2006;

Hurrelmann K/Richter M, Gesundheits- und Medizinsoziologie, Weinheim 2013;

Khayat M, Spirituality in the definition of health - The World Health Organization's Point of View, WHO Office for the Eastern Mediterranean, Aleksandria, Egypt 1999 - online: www.medizin-ethik.ch/publik/spirituality_definition_health.html;

Nordenfelt L, The concepts of health and illness revisited, in: Medicine, Health Care and Philosophy (2007), 10, 5-10;

Nordenfelt L, Functions and Health: Towards a Praxis-Oriented Concept of Health. In: Biological Theory, 1, 2018 (13), 10-16;

Pfaff H et al, Elemente einer Theorie der sozialen Gesundheit, in: Schott T/Hornberg C (Hg.), Die Gesellschaft und ihre Gesundheit, Wiesbaden 2011, 39-68;

Richter M/Hurrelmann K, Die soziologische Perspektive auf Gesundheit und Krankheit. In: dies. (Hg.), Soziologie von Gesundheit und Krankheit, Wiesbaden 2016, 1-19;

Schmidt B, Neo-Gesundheitsförderung - Wer kann, muss ran. In: GGW 2, 2010 (10), 15-21;

Schmidt B, Gesundheitsförderung zwischen Eigenverantwortung und Fremdbestimmung. In: Suchtmagazin, 3, 2016, 3-10;

Seedhouse D, Health: The foundations for achievement, Chichester 1986;

WHO, Mental health - a state of well-being (Updated August 2014) - online: www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/

Weathers E, Spirituality and Health: A Middle Eastern Perspective. In: Religions 2018, 9, 33, 1-17 (doi:10.3390/rel9020033)

Internetadressen:

www.dimdi.de (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information) www.who.org (World Health Organization)

Verweise:

Biomedizinische Perspektive, Determinanten von Gesundheit, Gesundheits-/Krankheits-Kontinuum, Gesundheitsberichterstattung, Krankheit, Lebenslagen und Lebensphasen, Lebensweisen / Lebensstile, Salutogenetische Perspektive, Soziologische Perspektiven auf Gesundheit und Krankheit

Gesundheitliche Aufklärung und Gesundheitserziehung

Guido Nöcker

(letzte Aktualisierung am 19.04.2017)

Die Begriffe *gesundheitliche Aufklärung (GA) und Gesundheitserziehung (GE)* werden häufig nebeneinander, bisweilen synonym gebraucht, obwohl konzeptionelle und strategische Unterschiede bestehen. Darüber hinaus bestehen inhaltliche Gemeinsamkeiten mit den Termini **Gesundheitsbildung**, **Gesundheitskompetenz** und **Gesundheitsberatung**.

Diese Überlappungen und Unschärfen der Begriffe sind als Mangel an terminologischer Konsistenz kritisiert worden. Als Ursache hierfür werden übereinstimmend die zu unterschiedlichen historischen Zeitpunkten entstandenen und teilweise noch in der Weiterentwicklung befindlichen Konzepte und theoretischen Modelle genannt. Diese stammen aus verschiedenen Wissenschaftsdisziplinen (Soziologie, Psychologie, Medizin u.a.m.). Ein Versuch der präzisen Abgrenzung und begrifflichen Unterscheidung muss somit bewusst halten, dass die Bedeutungsinhalte der Begriffe in der Zeit weiterhin Veränderungen unterliegen und ihre Relevanz von der Definitionsmacht unterschiedlicher professioneller Akteursgruppen in Praxis, Politik und Gesundheitswissenschaft bestimmt wird.

Auf internationaler Ebene hat die WHO im Health Promotion Glossary (1986) den Begriff GE (health education) zunächst als weit gefasstes Konzept definiert und den Ansatz der gesundheitlichen Aufklärung darin eingeschlossen. GE beschreibt ein breites Spektrum von Aktivitäten, die von Informations- und Bildungsangeboten bis hin zu sozialer Mobilisierung und gesundheitspolitischer Interessenvertretung (advocacy) reichen. Diese weite Definition wurde in späteren Veröffentlichungen (1998, 2012) modifiziert und enger gefasst. GE wird darin als die gezielte Herbeiführung von Lern- und Kommunikationsmöglichkeiten verstanden, die neben der (gesundheitlichen) Wissensvermittlung die Förderung von Motivation sowie von Fähigkeiten (competence) und Fertigkeiten (skills) wie auch von Selbstwirksamkeitsüberzeugungen beinhalten. GE zielt somit direkt auf die Förderung personaler Fähigkeiten und wird als komplementäre Strategie zur Veränderung von gesundheitsrelevanten Politikbereichen verstanden (s. Abb. 1).

Beide Strategien werden als notwendig erachtet, um Einfluss auf soziale, wirtschaftliche und ökologische Determinanten von Gesundheit nehmen zu können.

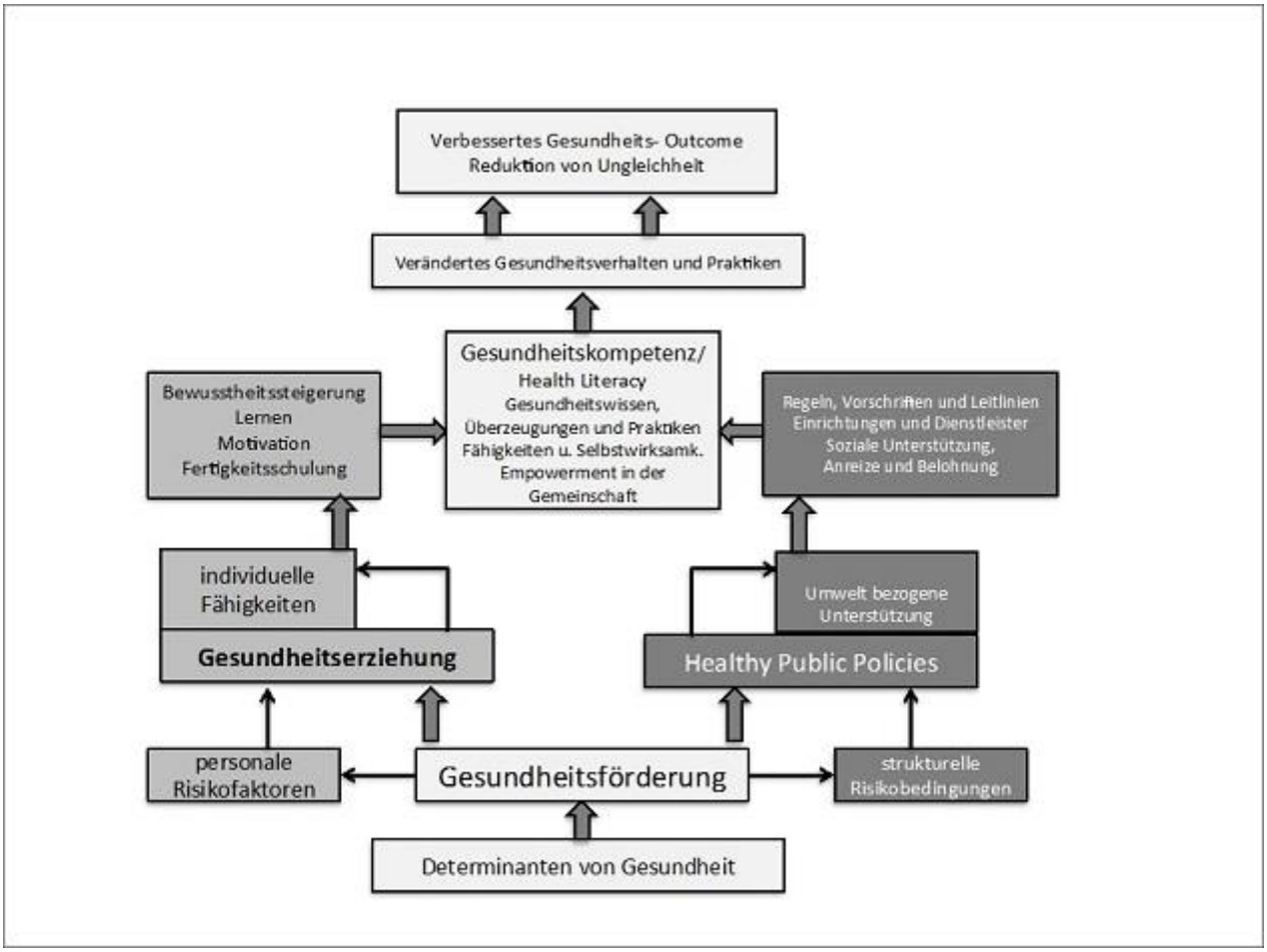


Abb. 1: modifiziert nach WHO (2012): Relationship between major health concepts S. 17

GE kann somit als Strategie der individuellen Verhaltensmodifikation verstanden werden, deren erfolgreiche Ausführung sich am Grad der erreichten **Gesundheitskompetenz** bestimmen lässt. Gesundheitskompetenz wird so zum zentralen Outcome-Kriterium von gelungener GE, die darauf ausgerichtet sein soll, das individuelle Vermögen von Individuen zu fördern, Zugang zu und Gebrauch von Gesundheitsinformationen so zu gestalten, dass angemessene Gesundheitsentscheidungen getroffen werden. Ob diese Zuordnung von GE als Grundlage von Gesundheitskompetenz eine andere bzw. erfolgreichere Praxis der GE zur Folge haben wird, ist noch nicht erkennbar. Allerdings verweist diese Systematik auf die zunehmende Bedeutung des Begriffes **Gesundheitskompetenz** (health literacy) innerhalb der Gesundheitswissenschaften.

In Deutschland stehen die Begriffe GE und GA in der Tradition einer frühen Gesundheitslehre und folgten auf die bis Ende der 1950er-Jahre verwendete Bezeichnung der „hygienischen Volksbelehrung“. Der „ Deutsche Verein für Volkshygiene“ (1899) und der 1921 gegründete „Reichsausschuss für hygienische Volksbelehrung“ waren in ihrer Arbeit überwiegend krankheitsorientiert, d.h. auf die Darstellung von Gesundheitsgefahren (z.B. TBC, Alkoholismus, Säuglingssterblichkeit u.a.) und Krankheitsfolgen ausgerichtet.

Mit Errichtung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (1967) wurde im Geschäftsbereich des Gesundheitsministeriums eine Einrichtung geschaffen, die mit der Erarbeitung von Grundsätzen und Richtlinien für Inhalte und Methoden der praktischen GE, der Aus- und Fortbildung der auf dem Gebiet der GE und GA tätigen Personen sowie der Verstärkung der GA und GE im Bundesgebiet beauftragt wurde.

Das Verständnis von GE basierte auch hier auf einem breiten, unspezifischen Erziehungsbegriff, der „die Gesamtheit der wissenschaftlich begründeten Bildungs- und Erziehungsmaßnahmen" (WHO) umfasste. Aktivitäten und Angebote waren vor allem an Familien, Einrichtungen der Erziehung und des Gesundheitswesens ausgerichtet und thematisierten medizinisch begründetes Gefährdungs- und Krankheitswissen (**Risikofaktoren**). Hauptzielgruppen waren Kinder und Jugendliche bzw. deren Eltern, die in ihren Wertvorstellungen, ihrer Motivation und ihren Verhaltensweisen zu gesundheitsgerechtem Verhalten angeleitet werden sollten. Dabei wurde ein weites Themenspektrum angesprochen, das sich von der Vermeidung von Alkoholmissbrauch über Drogenerziehung, Sexualerziehung, Unfallverhütung bis hin zur Zahngesundheit nahezu über alle relevanten gesundheitlichen Problembereiche erstreckte.

In der Praxis fand dies u.a. seinen Ausdruck in der Entwicklung zahlreicher Unterrichtsmaterialien für Erzieherinnen und Erzieher, Lehrkräfte und andere Multiplikatorinnen und Multiplikatoren sowie eine entsprechende Berücksichtigung in den Lehrplänen aller Schularten in allen Bundesländern (z.B. Biologie und Sport).

Seit Ende der 1980er-Jahre werden diese Maßnahmen ergänzt durch eine kaum mehr überschaubare Anzahl von Programmen und Projekten unterschiedlichster Komplexität, Themenstellung und Trägerschaft. Sie nehmen dabei aber nicht nur Bezug auf pädagogische Theorien, sondern machen Anleihen bei anderen Fachdisziplinen (z.B. Psychologie, Soziologie, Kommunikationswissenschaften), die sie in der Praxis miteinander verbinden.

Im Zentrum steht dabei weiterhin das Individuum, insbesondere die Steigerung psychosozialer Kompetenzen und lebenspraktischer Fertigkeiten (life skills). Allerdings ist bei diesen Ansätzen, die auf die Vermittlung bestimmter alters- und geschlechtsspezifischer Fertigkeiten (**Lebenskompetenzen**) zielen, die Vorstellung von Erziehung als zentralem Leitkonzept zur Herstellung und zum Erhalt von Gesundheit aufgegeben worden.

Kritisiert wird deshalb, dass versäumt wurde, das explizite pädagogische Verständnis der GE hinreichend zu klären. So schlägt Wulfhorst (2002) vor, GE als Anwendungsebene einer sich erst langsam entwickelnden Theorie der Gesundheitspädagogik zu verstehen. Diese könnte dann als „essenzielle Komponente" in die übergreifenderen Basisstrategien der **Gesundheitsförderung** und Krankheitsprävention integriert werden. In diesem Sinne sind auch die von Wulfhorst und Hurrelmann (2009) veröffentlichten Publikationen ein-

zuordnen, die den Begriff der Gesundheitserziehung damit wieder einer breiteren Aufmerksamkeit zuzuführen versuchen.

Obwohl der Begriff GA in der gleichen Tradition steht wie die GE, lassen sich schon in Bezug auf die adressierten Personen erste Unterschiede kenntlich machen. Während Erziehung als Konzept zur Verhaltensänderung vor allem auf Kinder und Jugendliche zielt und neben Handlungswissen auch Werte und Normen an die Adressatinnen und Adressaten vermitteln will, wird mit dem Begriff Aufklärung eher eine distante Position des Absenders verbunden, die den Adressatinnen und Adressaten mehr eigene Entscheidungsfreiheit zubilligt. GA bietet in diesem Sinne eine geprüfte, sachliche Information an und appelliert an die Eigenverantwortung der meist erwachsenen Individuen. Sie wird daher als eine Strategie im Kontext von massenmedialen Interventionen, insbesondere bei bevölkerungsweiten **Gesundheitskampagnen**, angewandt.

Kennzeichnend sind dabei zwei Leitgedanken:

- das Recht auf vollständige und angemessene Gesundheits- und Krankheitsinformation sowie
- die Vorstellung, dass nur aufgeklärte Menschen autonome und angemessene Entscheidungen in Bezug auf ihr Gesundheitsverhalten treffen können.

Damit stellt sich zum einen die Frage nach der Vollständigkeit und Verständlichkeit der Information (**health literacy**). Zum anderen kommt darin die etwas vereinfachende Vorstellung zum Ausdruck, Verhalten sei überwiegend ein Ergebnis rationaler und aufgeklärter Entscheidungsfindung.

In einigen Themenfeldern wie der Aids-, Sexual- und Drogenaufklärung kommt der Aufklärung aber nicht nur die Aufgabe der Vermittlung von adäquater Information zu, sondern auch die Funktion der gesellschaftlichen Enttabuisierung bzw. Entmystifizierung „falscher“ Vorstellungen. Gesundheitliche Aufklärung hat hier die Schwierigkeit zu bewältigen, auch Tabus bzw. Verdrängungs- und Vermeidungsverhalten anzusprechen. In der öffentlichen Debatte über solche heiklen Themen schwingt dabei häufig die Sorge mit, ein Zuviel an Aufklärung könne sogar schaden. Dabei wird unterstellt, dass die gegebene Information die Rezipientinnen und Rezipienten erst „auf falsche Gedanken“ bringen würde und so z.B. zu unerwünschter Schwangerschaft oder Drogenkonsum beitragen könnte.

Gesundheitliche Aufklärung wird in Deutschland durch eine Vielzahl unterschiedlicher Träger angeboten. Es handelt sich u.a. um staatliche, halbstaatliche, nichtstaatliche, gemeinnützige, private, kommerzielle, religiöse und politische Träger auf bundesweiter, regionaler und kommunaler Ebene.

Wichtige Träger der institutionalisierten gesundheitlichen Aufklärung in Deutschland sind

- die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung,
- die gesetzlichen und privaten Krankenkassen und ihre Verbände,
- staatliche und kommunale Gesundheitsämter,
- niedergelassene Ärztinnen und Ärzte und ihre Verbände,
- Verbraucherverbände und Fachgesellschaften,
- Volkshochschulen und andere Bildungseinrichtungen,
- die Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung, Landeszentralen, Landesvereinigungen und -arbeitsgemeinschaften für Gesundheit, Gesundheitsförderung bzw. -erziehung.

Darüber hinaus leisten die Medien - Presse, Hörfunk, Fernsehen und Internet - einen eigenständigen Beitrag zur gesundheitlichen Aufklärung. Mit Berichten, Serien oder Spezialsendungen und Portalen informieren sie über gesundheitliche Risiken und ihre Prävention wie auch über Krankheiten, ihre Therapie und Bewältigung.

Bedingt durch eine weiter zunehmende Medialisierung der Gesellschaft (Internet, mobile Dienste) und durch einen vom expandierenden Gesundheitsmarkt ausgehenden Boom an neuen Informationsquellen und Gesundheitsthemen (**Social Media**) steht die gesundheitliche Aufklärung vor neuen Herausforderungen:

- So ist in Folge der Informationsvielfalt nicht der Informationsmangel, sondern die Informations*selektion* zum Problem geworden. Dies schließt die Frage der Qualitätssicherung und der Wahrung von wirtschaftlicher Interessenneutralität mit ein. Die im wachsenden Gesundheitsmarkt auftretenden finanzstarken privaten Anbieter von Gesundheitsinformationen (Pharmaindustrie, Apotheken, Kliniken u.a.) erzeugen dabei mit ihrer Kundenorientierung und ihren Vermarktungsinteressen eine Dynamik, bei der die aus öffentlichen Mitteln geförderte Gesundheitsaufklärung zunehmend an den Rand gedrängt wird.
- Damit einher geht ein erkennbarer Autoritätsverlust der traditionellen Akteure der institutionalisierten Gesundheitsaufklärung (staatliche Gesundheitsagenturen, Ärzteschaft). Dies zeigt nicht nur die Zahl neuer Selbsthilfeinitiativen, Ratgeberangebote und Diskussionsforen unterschiedlicher Güte, sondern auch die geringe Akzeptanz staatlich empfohlener Vorsorgemaßnahmen (z.B. Impfbereitschaft - „Neue Grippe“ 2009).
- Hinzu kommt, dass in einer medialen Welt, in der Informationen und Desinformation (alternative Fakten) zunehmend gegeneinander stehen, auch individuelle Gesundheitsentscheidungen schwieriger werden und öffentliche Kommunikation über Gesundheit noch bedeutsamer wird. Der GA kommt hier für die Verbreitung evidenzbasierter Information eine zentrale Rolle bei der Verteidigung des Ver-

nunftprinzips (wahr ist, was sich belegen lässt) gegen Manipulation und Täuschung zu.

» Schließlich bieten die neuen Medien auch neue Chancen, so z.B. in vereinfachten und erweiterten Zugangswegen zu Information, Beratung und Behandlung (e-health) und der Möglichkeit aktiver Beteiligung (soziale Medien). Dabei wird jedoch unter dem Aspekt der **gesundheitlichen Chancengleichheit** zunehmend auf negative Selektionseffekte zu achten sein.

Literatur:

Franzkowiak P/Wenzel E, Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung, in: Otto HU/Thiersch H (Hg.), Handbuch Sozialarbeit Sozialpädagogik, Neuwied 2001, 716-722;

Hörmann G, Erziehungswissenschaften und Gesundheitserziehung, in: Wulfhorst B/Hurrelmann K 2009, 35-48; Wulfhorst B/Hurrelmann K, Handbuch Gesundheitserziehung, Bern 2009;

World Health Organization, Health Promotion Glossary, Geneva 1986 und 1998 WHO/HPR/HEP/98.1 36

World Health Organization, Health education: theoretical concepts, effective strategies and core competencies, Regional Office for the Eastern Mediterranean, Cairo 2012

Wulfhorst B, Theorie der Gesundheitspädagogik. Reihe Grundlagentexte Gesundheitswissenschaften, Weinheim und München 2002

Internetadressen:

www.bzga.de (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung)
www.educationforhealth.net/home/defaultnew.asp (Education for Health [EfH])
www.wegweiser.bzga.de (Wegweiser Gesundheitsförderung [BZgA])

Verweise:

Gesundheitliche Chancengleichheit, Gesundheitsberatung, Gesundheitsbildung, Gesundheitsförderung 1: Grundlagen, Gesundheitskommunikation und Kampagnen, Health Literacy / Gesundheitskompetenz, Lebenskompetenzen und Kompetenzförderung, Risikofaktoren und Risikofaktorenmodell, Social Media / Gesundheitsförderung mit digitalen Medien

Gesundheits-Krankheits-Kontinuum

Peter Franzkowiak

(letzte Aktualisierung am 13.06.2018)

Wie immer man Gesundheit, Gesundheitsrisiken und Krankheit betrachtet und zu systematisieren versucht, ob aus primär körperlicher, seelischer oder sozialer Perspektive betrachtet: es bestehen Wechselbeziehungen mit fließenden Übergängen. Diese Wechselwirkungen werden beeinflusst durch Anlagefaktoren (genetische und physiologische Dispositionen), natürliche Alterungs- und Abbauprozesse, lebensgeschichtlich erworbene Erfahrungen und psychosoziale Vulnerabilitäten bzw. Resilienzen, Motivationen und Handlungsbereitschaften (**Lebensweise/Lebensstil**) sowie durch soziokulturelle, ökonomische und ökologische Rahmenbedingungen (**Lebenslagen**, **Determinanten von Gesundheit**).

Aufbauend auf der **Salutogenetischen Perspektive** versteht die Gesundheitsförderung Gesundheit und Krankheit nicht als alternative Zustände, sondern als gedachte Endpunkte eines gemeinsamen Kontinuums. Es gibt fließende Übergänge zwischen Gesundheit und Krankheit, und es existiert kein strenges zeitliches Nacheinander, sondern oftmals eine Gleichzeitigkeit von eher gesunden und eher kranken Anteilen des **Wohlbefindens**. Das Kontinuum ist durch zahlreiche Zwischenstadien gekennzeichnet, die die subjektive und die objektive Befindlichkeit angeben. Bereits die Alltagssprache kennt vielfältige Differenzierungen: gesund sein, gesund bleiben, wieder gesund werden, sich krank fühlen, krank werden, akut krank sein, chronisch krank sein, behindert sein, bedingt gesund sein, u. v. a. m. (**Krankheitsverhalten**, Gesundheitshandeln).

Das Kontinuum ist gedacht zwischen einem imaginären Gesundheitspunkt (engl.: total well-being bzw. health-ease, abgekürzt: HE) und einem imaginären Krankheitspunkt (engl.: total illness bzw. dis-ease, abgekürzt: DE) und wird daher auch als *HE-DE-Kontinuum* bezeichnet. Es ist mehrdimensional. An jedem seiner Punkte besteht ein labiles, immer wieder neu auszubalancierendes komplexes Gleichgewicht zwischen salutogenetischen Prozessen (welche die körperliche, seelische und soziale Regulationsfähigkeit sichern bzw. unterstützen) und pathogenetischen Vorgängen (welche die körperliche, seelische und soziale Regulations- und Anpassungsfähigkeit überlasten, überfordern bzw. hemmen) - s. Abb. 1.

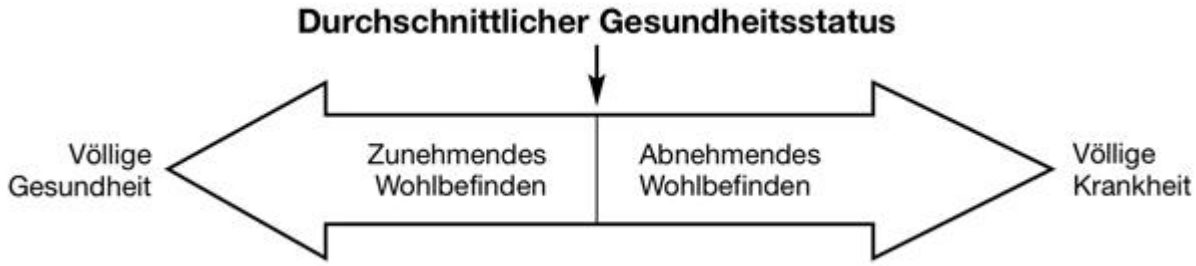


Abb. 1: Das Gesundheits-Krankheits-Kontinuum (aus: Hurrelmann/Richter 2013, 125)

Für die Verortung eines Menschen auf dem HE-DE-Kontinuum werden gleichermaßen medizinische Befunde wie auch Indikatoren des subjektiven Befindens herangezogen. Menschen sind nicht „nur" gesund oder krank. Sie befinden sich zu einer bestimmten lebensgeschichtlichen Zeit auf einem Punkt des Kontinuums zwischen den Polen - und dies hinsichtlich vielfältiger subjektiver und objektiver Dimensionen. Welche Position(en) eine Person einnimmt, ist Ergebnis der prozesshaften Wechselwirkung zwischen persönlichen und umweltgebundenen **Risikofaktoren** und Protektivfaktoren bei der Bewältigung von Belastungen und im Rahmen der produktiven Realitätsverarbeitung. Dabei besteht eine Abhängigkeit vom jeweiligen sozialen Rahmen und der Lebensgeschichte des Menschen. Die *Balance zwischen Salutogenese und Pathogenese* entscheidet, ob man für diesen Zeitpunkt von optimaler Gesundheit spricht oder von einer relativen, „bedingten" Gesundheit, von akutem Kranksein, von chronischer Krankheit bzw. Behinderung, von finalen Krankheitszuständen.

Krankheit ist im Kontinuumskonzept kein abgrenzbares Ereignis, nicht allein ein Ausfall des Organismus, ausgewählter Organe oder physiologischer Systeme. Sie wird vielmehr - ganz im Sinne von DE als „Ent-Gesundung" (Franke) oder „Blockierung der Gesundheitserzeugung" (Uexküll) - als lebensgeschichtlich eingebetteter Prozess verstanden. Das Verständnis dieses Prozesses gelingt durch ein möglichst umfassendes Wissen über eine Person. Dabei müssen nicht nur die biochemische Pathologie, sondern auch die gesamte innere und äußere Situation sowie Ressourcen und Stärken, d.h. die Gesundheit erhaltenden und fördernden Anteile, berücksichtigt werden (**Gesundheit**).

Im Kontinuum können auch teilweise bzw. vollständige Gesundheitsbeeinträchtigungen in ihrer jeweiligen, immer wieder veränderbaren Balance zwischen gesunden und kranken Anteilen angesiedelt werden. Hierzu zählen akute oder chronische Krankheiten bis hin zu chronischen funktionellen Einschränkungen mit psychischen und sozialen Beeinträchtigungen, wie z.B. Diabetes, depressive Störungen oder Leben nach einem Herzinfarkt. Hurrelmann hat dieses Prinzip am Beispiel eines an Diabetes erkrankten Menschen veranschaulicht. In seinem hypothetischen Gesundheitsprofil wird nach den körperlichen, psychischen und sozialen Dimensionen von Gesundheit und Krankheit unterschieden, wobei

innerhalb dieser drei Dimensionen objektive und subjektive Einschätzungen miteinander kontrastiert werden können (Abb. 2):

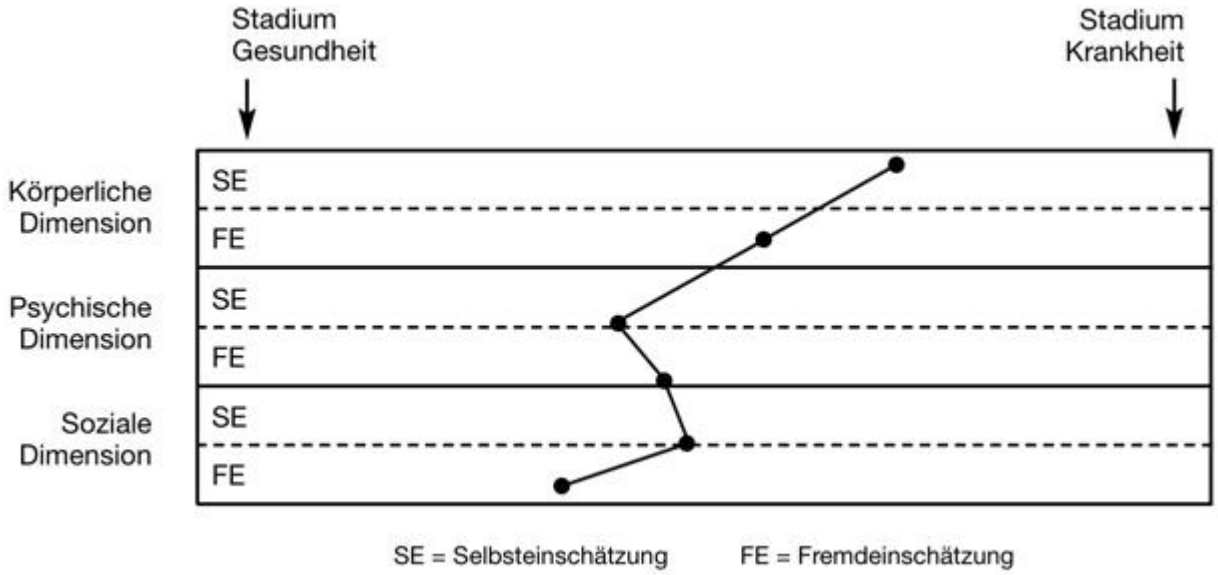


Abb. 2: Bestimmung von Gesundheit und Krankheit durch die Kombination von Selbsteinschätzung und Fremdeinschätzung (aus: Hurrelmann/Richter 2013, 146)

Diese *mehrdimensionale Perspektive* kann nicht nur auf eine Krankheit angewandt werden. In Form von Überlagerungen und Wechselwirkungen gilt sie auch für Multimorbidität, d.h. für das Vorhandensein mehrerer Beeinträchtigungen und Krankheiten v.a. in späten Lebensphasen.

Für die Konzeption des Kontinuums gibt es wissenschaftliche Vorläufer in der Medizinischen Anthropologie, der Psychosomatischen Medizin, der Sozial- und Verhaltensmedizin, der Gesundheitspsychologie und den Belastungs-Bewältigungsmodellen (**Stress und Stressbewältigung**). Hurrelmann weist dem salutogenetischen Denken in Polen auf einem Kontinuum eine „bahnbrechende Bedeutung" für die moderne Gesundheitsforschung zu. Damit werde die engführende kategorische Trennung von Gesundheit und Krankheit aus naturalistischen Modellen wie der **biomedizinischen Perspektive** überwunden. Die interdisziplinäre Theorie und Gesundheitsforschung muss allerdings den Mischtypen von objektiver und subjektiver Gesundheit erheblich mehr Aufmerksamkeit zuwenden. Davon sind praktische Hilfestellungen insbesondere für Gesundheitsförderung bei funktionalen Einschränkungen, Behinderungen und chronischen (Mehrfach-)Erkrankungen zu erwarten.

In der britischen und kanadischen „Mental Health Promotion And Protection" sind entsprechende Weiterentwicklungen längst erkennbar. Aufbauend auf Vorarbeiten des Briten Tudor und des US-Amerikaners Keyes ist dort das *„Dual Continua Model of Mental Health"* seit mehreren Jahrzehnten eine weithin akzeptierte heuristische und praxisanleitende

Richtschnur für Vorsorge und Behandlung/Unterstützung. Das Doppel-Kontinuum enthält eine vertikale Achse für Ausprägungen des „flourishing“ (Blühen) bzw. „languishing“ (Welken) von seelischer Gesundheit, gekreuzt von einer horizontalen Achse zum Kontinuum seelischer Störung/Krankheit. Somit ergeben sich vier Quadranten, in denen sich die vielfältigen Formen von Prozessen und Zuständen seelischer Gesundheit, Gefährdung, Risikoausprägung, Störung, akuter oder chronischer Krankheit abbilden lassen (Abb. 3).

Abb3: Das "Two Continua Model of Mental Health" von Keyes (aus: Keyes 2014, 182)

Das Modell eines doppelten Kontinuums der Mental Health ist besonders hilfreich wegen seiner Unterscheidung zwischen dem Kontinuum psychischer Krankheit/Gefährdung und dem Kontinuum psychischer Gesundheit. Veränderungen auf dem einen Kontinuum können einerseits verbunden mit, andererseits aber auch losgelöst von der Position auf dem anderen Kontinuum stattfinden. Wie schon beim HE-DE-Kontinuum sind jedoch die theoretische und empirische Forschung zur (Public) Mental Health aufgefordert, v.a. die *sozialen Determinanten von seelischer Gesundheit, Gefährdung und Krankheit* stärker zu thematisieren. Die Position eines Individuums oder einer Gruppe in den Quadranten muss auf ihren sozialen Status bzw. auf Statuspassagen und auf die dadurch gegebenen bzw. eingeschränkten Gesundheitschancen bezogen werden.

Public Health-Interventionen zur Verminderung sozialer Ungleichheiten verringern die Rate manifester psychischer Störungen. Sie erhöhen damit die Aussicht auf „flourishing“, also auf eine hohe und stabile psychische Gesundheit aller.

Literatur:

Bengel J/Strittmatter R/Willmann H, Was erhält Menschen gesund? BZgA, Köln 2001; Franke A, Modelle von Gesundheit und Krankheit, Bern 2012;

Hurrelmann K/Richter M, Gesundheits- und Medizinsoziologie, 8. Aufl., Weinheim Basel 2013;

Keyes CLM, Promoting and Protecting Mental Health as Flourishing, in: American Psychologist, 2007 (62), 2, 95-108;

Keyes CLM, Mental Health as a Complete State: How the Salutogenic Perspective Completes the Picture. In: Bauer GF/Hämmig o (eds), Bridging Occupational, Organizational and Public Health, Dordrecht 2014 (Chapter 11, 179-191);

Tudor K, Mental Health Promotion - Paradigms and Practice, London 1996;

Uexküll T von, Psychosomatische Medizin, München 2003 (Neuauflage: Herzog W et al (Hg.), Uexküll - Psychosomatische Medizin: Theoretische Modelle und klinische Praxis, 7. Aufl. München 2013)

Verweise:

Biomedizinische Perspektive, Determinanten von Gesundheit, Gesundheitsverhalten, Krankheitsverhalten, Gesundheitshandeln, Lebenslagen und Lebensphasen, Lebensweisen / Lebensstile, Risikofaktoren und Risikofaktorenmodell, Salutogenetische Perspektive, Stress und Stressbewältigung

Der Autor dankt Manfred Lehmann für seine Vorarbeiten in den bisherigen Ausgaben der Leitbegriffe.

Gesundheitsberatung

Elisabeth Krane

(letzte Aktualisierung am 29.06.2015)

Gesundheitsberatung kann definiert werden als professionelle Beratung, die sich auf Gesundheitsthemen und Gesundheitsprobleme bezieht. Mittels wissenschaftlich fundierter und primär psychologischer und sozialer Methoden werden Veränderungsprozesse auf personaler Ebene angeregt und unterstützt mit dem Ziel,

- Gesundheit zu fördern,
- Krankheiten zu verhindern und
- bei der Bewältigung einer Krankheit zu unterstützen.

Damit geht Gesundheitsberatung über reine Informationsvermittlung und konkrete Ratschläge und Verhaltensanweisungen hinaus. Sie unterstützt die Entwicklung persönlicher Kompetenzen, wie sie in der Ottawa-Charta der WHO (**Gesundheitsförderung 1**) als eines von fünf vorrangigen Handlungsfeldern der Gesundheitsförderung benannt wird. Menschen sollen befähigt werden, mehr Einfluss auf ihre eigene Gesundheit und ihre Lebenswelt auszuüben sowie mit Veränderungen in verschiedenen Lebensphasen, mit psychischen Belastungen, chronischen Erkrankungen und Behinderungen umzugehen. Gesundheitsberatung in diesem Sinne kann somit grundsätzlich auch einen Beitrag zur Verringerung sozial bedingter ungleicher Gesundheitschancen leisten.

Gesundheitsberatung orientiert sich an der individuellen Lebenslage und unterscheidet sich von den oft synonym verwendeten Begriffen **Gesundheitliche Aufklärung** und Gesundheitserziehung und **Gesundheitsbildung**. Von der Gesundheitsberatung auf personaler Ebene lässt sich die Gesundheitsbezogene Institutions- und Politikberatung abgrenzen. Ziel der Institutions- und Politikberatung ist es, die gesündere Wahl bzw. Entscheidung zur leichteren Wahl bzw. Entscheidung zu machen (**Gesundheitsförderung 1**). Dementsprechend ist sie u.a. eine wesentliche Strategie im **Settingansatz/Lebensweltansatz**, z.B. für die **Organisationsentwicklung**. In der Praxis zeigt sich die Institutionsberatung z.B. in den Maßnahmen zur **Betrieblichen Gesundheitsförderung**. Institutions- und Politikberatung sollte wesentliches Ziel und wesentliche Aufgabe von Gesundheitsämtern sein - insbesondere solchen, die im Gesunde-Städte-Projekt bzw. -Netzwerk mitarbeiten (**Kommunalpolitische Perspektive/Leitbild Gesunde und Soziale Stadt**). Sie spielt jedoch in der Programmatik der offiziellen Programme eine größere Rolle als in der Gesundheitsförderungspraxis.

Gesundheitsberatung auf personaler Ebene erfolgt zurzeit vor allem in vier Feldern:

- **1.** Gesundheitsberatung durch Fachleute verschiedener Professionen
- **2.** Gesundheitsberatung in Krankenhäusern, Gesundheitsämtern, Einrichtungen der Rehabilitation, in Betrieben und anderen Settings
- **3.** Verbraucherinformation und Patientenberatung
- **4.** Gesundheitsberatung im Internet

1. Gesundheitsberatung durch Fachleute verschiedener Professionen:

Zu den Berufsgruppen, die Gesundheitsberatung ausüben, gehören v.a. Ärztinnen/Ärzte Psychologinnen/Psychologen, Apothekerinnen/Apotheker, Pflegekräfte. Früher dominierten medizinische, biologisch orientierte Themen. Zusammen mit der Entwicklung der Gesundheitsförderung erweiterten sie sich um psychologische, soziale, pflegerische und andere Themen, z.T. in interdisziplinärer Zusammenarbeit. Auch Angehörige anderer Fachgebiete wie Pädagogik, Ökotrophologie, Sozialarbeit, Sozialpädagogik und Sportwissenschaft beraten innerhalb ihres sonstigen Aufgabenbereichs in Fragen der Gesundheit. Seit 1989 (Gesundheits-Reform-Gesetz SGB V §§ 20, 25, 26) ist im Rahmen der ärztlichen Gesundheitsförderung die Gesundheitsberatung bei Untersuchungen zur Vorsorge und Krankheitsfrüherkennung gesetzlich verankert und integraler Bestandteil der kassen-/vertragsärztlichen Versorgung. Das im Juni 2015 vom Deutschen Bundestag verabschiedete Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz - PrävG) sieht vor, die Gesundheits- und Früherkennungsuntersuchungen für Kinder, Jugendliche und Erwachsene weiterzuentwickeln. Sie sollen künftig verstärkt auf die Erfassung von gesundheitlichen Belastungen und Risikofaktoren ausgerichtet werden und auch eine ärztliche präventionsorientierte Beratung beinhalten. Ärztinnen und Ärzte können den Versicherten auf dieser Grundlage individuelle Maßnahmen zur Primärprävention empfehlen. Ziel der gesundheitsorientierten Beratung ist es, eine zielgruppengerechte Inanspruchnahme von Präventionsleistungen zu fördern. Ob dieses Ziel tatsächlich erreicht wird, darüber werden u.a. die Statistiken und Präventionsberichte der Krankenkassen zur Inanspruchnahme primärpräventiver Angebote Aufschluss geben.

2. Gesundheitsberatung in Krankenhäusern, Gesundheitsämtern, Einrichtungen der Rehabilitation, in Betrieben und anderen Settings:

Seit Langem führt der Sozialdienst im Krankenhaus Beratung für Patienten und Patientinnen durch, z.B. in Fragen der Nachbehandlung und Rehabilitation. In der stationären und ambulanten Rehabilitation ist die Gesundheitsberatung Bestandteil der rehabilitativen Maßnahmen. Außerdem bieten Angehörige verschiedener Berufsgruppen des Gesundheitswesens (z.B. Psychologinnen und Psychologen, Gesundheits- und Krankenpflegekräfte, Fachkräfte aus den Bereichen Ernährungsberatung und Physiotherapie) unter der Be-

zeichnung Patientenschulung oder auch Patientenedukation (**Patientenberatung/Patientenedukation**) gezielte Gesundheitsberatung für Patientinnen und Patienten zu bestimmten Krankheiten an. Die Beratung oder Schulung folgt einem festgelegten Konzept und kann einzeln oder in Gruppen stattfinden.

Die Teilnahme an den Schulungen wird von vielen Krankenkassen unterstützt. Auch die Disease-Management-Programme beinhalten solche Schulungen. Gesundheitsberatung erfolgt weiterhin in Gesundheitsämtern, bei anderen Trägern wie Wohlfahrtsverbänden und Kommunen in vielen spezialisierten Ausprägungen und Einrichtungen, z.B. als Suchtberatung, HIV/Aids-Beratung oder Schulpsychologische Beratung. Sie findet sich ebenfalls bei Selbsthilfezusammenschlüssen (**Selbsthilfe**, Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeförderung). Hier steht der Begriff „Gesundheitsberatung" manchmal auch für Gesundheitsbildung oder -training.

3. Verbraucherinformation und Patientenberatung

Mit dem Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes in der gesetzlichen Krankenversicherung (AMNOG) wurden Einrichtungen der unabhängigen **Patientenberatung** nach 10jähriger Modellphase zum 1. Januar 2011 zum Regelangebot der gesetzlichen Krankenversicherung Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen fördert seitdem nach § 65b SGB V Einrichtungen, die Verbraucherinnen und Verbraucher sowie Patientinnen und Patienten in gesundheitlichen und gesundheitsrechtlichen Fragen qualitätsgesichert und kostenfrei informieren und beraten. Dadurch sollen Patientinnen und Patienten in gesundheitlichen Fragen besser und neutral informiert werden können. Sie sollen mehr Rechte erhalten und in ihrer Rechtsstellung gegenüber den Leistungserbringern gestärkt werden. Die hierfür ab 2011 jährlich zur Verfügung stehenden Fördermittel i.H. v. 5,2 Mio. Euro werden jährlich entsprechend der Bezugsgröße in der Sozialversicherung angepasst und beinhalten auch die für Qualitätssicherung und die Berichterstattung notwendigen Aufwendungen.

4. Gesundheitsberatung im Internet:

Eine zunehmend größere Rolle wird in Zukunft die Gesundheitsberatung im Internet erhalten. Durch die Kombination unterschiedlicher Dienste und Kommunikationswege ermöglicht es eine Integration von Individual- (z.B. über E-Mails), Gruppen- (z.B. über Chats oder Diskussionsforen) und Massenkommunikation, die so von anderen Medien nicht leistbar ist. Aufgrund seiner zeitlichen und räumlichen Niederschwelligkeit kann es beispielsweise auch von Menschen genutzt werden, die in ihrer Mobilität eingeschränkt sind. Oder es erlaubt den Bewohnerinnen und Bewohnern dünn besiedelter Regionen mit schlechter Infrastruktur den Zugang zu internetgestützten Beratungsleistungen. Darüber hinaus ermöglicht das Internet die interaktive Beteiligung der Nutzerinnen und Nutzer.

Die virtuelle Gesundheitsberatung stellt grundsätzlich eine sinnvolle Ergänzung zur konventionellen Beratung dar. Dass sie die persönliche "Face-to-Face"-Beratung in Zukunft vollständig ersetzen wird, kann jedoch bezweifelt werden.

Neben den Chancen lassen sich auch Risiken der Gesundheitsberatung im Internet konstatieren. Mittlerweile hat sich ein kaum übersehbares Angebot an Gesundheitsberatung im Internet entwickelt. Diese virtuelle Gesundheitsberatung bewegt sich zurzeit in einer rechtlichen Grauzone, ist in Seriosität und Qualität oft ungeprüft und mit Produktwerbung verbunden. Erforderlich ist eine Vereinbarung über nachvollziehbare und transparente Qualitätsmerkmale, die auch Datenschutzaspekte berücksichtigen.

Gesundheitsberatung stellt insgesamt ein recht heterogenes Praxisfeld dar. Es ist gekennzeichnet von einem sehr breiten Anbieter- und Angebotsspektrum mit sehr unterschiedlichen Inhalten und Methoden, die von unterschiedlicher, teilweise fragwürdiger Qualität sind. In dem Bemühen um Professionalisierung in der Gesundheitsförderung gibt es inzwischen Qualifizierungsangebote verschiedener Träger. Fachhochschulen, Gesundheitsverbände und private Institute mit unterschiedlichen Konzepten und Interessen nennen als Weiter- bzw. Fortbildungsziel Gesundheitsberatung. Die zunehmende Bedeutung der Gesundheitsförderung und die wachsende Zahl der in der Gesundheitsförderung Tätigen sollte zu einer einheitlichen Tätigkeitsbeschreibung und Berufsbezeichnung mit qualitätsgesicherten **Aus-/Weiter-/Fortbildungsangeboten** führen. Ob „Gesundheitsberatung“ und „Gesundheitsberaterin“ bzw. „Gesundheitsberater“ die treffende Bezeichnung ist, muss in Anbetracht der verschiedenen Ansätze und Ziele geklärt werden.

Literatur:

Behnke K/Demmler G/Unterhuber H, Gesundheitsberatung als Antwort auf veränderte Gesundheitsbedürfnisse, in: Brinkman-Göbel R (Hg), Handbuch für Gesundheitsberater, Bern 2001, 50-62;

Faltermaier T, Gesundheitsberatung, in: Nestmann F/Engel F/Sickendiek U, Das Handbuch der Beratung, Band 2: Ansätze, Methoden und Felder, Tübingen 2004, 1063-1081;

Matzick, S, (Hg.), Zukunftsaufgabe Gesundheitsberatung. Strategien für Gesundheitsberufe. Perspektiven für Patienten und Verbraucher, Lage, 2007

Schmidt-Kaehler S, Gesundheitsberatung im Internet. Dissertation, Universität Bielefeld, Bielefeld 2005. Download unter http://bieson.ub.unibielefeld.de/volltexte/2005/715/pdf/gesundheitsberatuninternet.pdf

Internetadressen:

www.gesundheitsinformation.de
www.patientenberatung.de
www.wegweiser.bzga.de

Verweise:

Aus- und Weiterbildung in Gesundheitsförderung und Prävention, Gesundheitliche Aufklärung und Gesundheitserziehung, Gesundheitsbildung, Gesundheitsförderung 1: Grundlagen, Gesundheitsförderung und Betrieb, Gesundheitsförderung und Gesunde / Soziale Stadt / Kommunalpolitische Perspektive, Organisationsentwicklung als Methode der Gesundheitsförderung, Patientenberatung / Patientenedukation, Selbsthilfe, Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeförderung, Settingansatz / Lebensweltansatz

Die Autorin dankt Peter Sabo für seine Vorarbeiten in den bisherigen Ausgaben der Leitbegriffe.

Gesundheitsberichterstattung

Thomas Ziese, **Alf Trojan**

(letzte Aktualisierung am 22.06.2015)

Gesundheitsberichterstattung (GBE) informiert maßnahmenorientiert über gesundheitsrelevante Themen und liefert so wissenschaftlich fundierte Informationen als Grundlagen für gesundheitspolitische Diskussionen und Entscheidungen. Das Themenspektrum der GBE umfasst dabei alle wichtigen Bereiche der Gesundheit (vgl. Abb. 1).

Die Politik ist ein wichtiger *Adressat* der Gesundheitsberichterstattung. Aber ebenso richtet sie sich an die Studierenden und Lehrenden der Public-Health-Wissenschaften, die Medien, den Öffentlichen Gesundheitsdienst, Akteure der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen, Selbsthilfeverbände und weitere Vertreter einer breiten Fachöffentlichkeit, die Informationen zur Gesundheit professionell nutzen. Im Hinblick auf die zunehmende Bürger- und Patientenorientierung im Gesundheitswesen sind auch Bürgerinnen und Bürger eine wichtige Adressatengruppe, die die Gesundheitsberichterstattung als nicht von Partikularinteressen geleitete Informationsquelle nutzen. Das hohe Interesse und die unterschiedlichen Nutzergruppen der GBE werden auch an der zunehmenden Verbreitung der Gesundheitsberichte deutlich, so beträgt beispielsweise die Gesamtauflage der Gesundheitsberichte auf Bundesebene über 1 Million Exemplare. Die GBE bildet damit einen wichtigen Baustein im gesundheitspolitischen Diskurs und will durch verständlich aufbereitete und fokussierte Informationen und Analysen die Diskussion zwischen den verschiedenen Akteuren und Nutzern des Gesundheitswesens unterstützen.

Bei den Gesundheitsberichten haben sich unterschiedliche *Formate* entwickelt: Zum einen die in mehrjährigem Abstand erscheinenden umfassenden Gesundheitsberichte, die das ganze Spektrum der Gesundheit und der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung beschreiben. Sie geben einen Gesamtüberblick über die aktuelle Gesundheitssituation sowie deren Entwicklung. Neben diesen umfassenden Berichten gibt es thematisch ausgerichtete Berichte, die in knapper oder ausführlicher Form ein spezifisches Gesundheitsthema oder die Gesundheit einer bestimmten Bevölkerungsgruppe wie beispielsweise Kinder oder Menschen mit Migrationshintergrund analysieren und beschreiben. Weiter haben sichauch sehr knappe Formate in Form von Faktenblättern etabliert, in denen auf wenigen Seiten aktuelle Daten mit einer kurzen Einordnung und Bewertung veröffentlicht werden. Ergänzt werden die Gesundheitsberichte durch Daten zur Gesundheit im Internet. Das um

Themenbereich	Beispiele
Gesundheitliche Lage	» Lebenserwartung » Krankheiten » Gesundheit ausgewählter Bevölkerungsgruppen (z.B Kinder, höheres Lebensalter, Menschen mit Migrationshintergrund) » Krankheitsfolgen » Demografischer Wandel
Determinanten der Gesundheit	» Gesundheitsbeeinflussende Lebensweisen » Soziale Determinanten » Umwelteinflüsse
Gesundheitsversorgung	» Ambulante und stationäre Versorgung » Pflege » Gesundheitsausgaben » Krankheitskosten
Prävention und Gesundheitsförderung	» Impfungen, Verhaltensprävention, Verhältnisprävention, Selbsthilfe, Settings

Abb. 1: Themenspektrum der GBE (eigene Darstellung)

fassendste Angebot stellt dabei das *Informationssystem der Bundes-GBE* (IS-GBE) dar. Es handelt dabei sich um eine Onlinedatenbank, die unter www.gbe-bund.de Informationen zu allen Themenfeldern der GBE bereitstellt. In der vom Statistischen Bundesamt gepflegten Datenbank werden Informationen aus mehr als 100 verschiedenen Datenquellen, darunter amtliche Statistiken, Verwaltungs- und Registerdaten sowie Surveys, systematisch zusammengeführt. Die Informationen liegen in Form von zum Teil individuell gestaltbaren Tabellen, Grafiken und Texten sowie Dokumentationen zu den Datenquellen und Erhebungsmethoden vor.

Gesundheitsberichterstattung wird in Deutschland auf mehreren *Ebenen* durchgeführt: in den Kommunen (z.T. auch Stadtteilen oder Quartieren), in den Ländern sowie auf der Bundesebene. Tendenziell gilt dabei, dass die Datensituation für großräumige Analysen besser ausgestaltet ist als für kleinräumige. Dies gilt insbesondere für den Themenbereich des Gesundheitsverhaltens und für verknüpfbare Daten, beispielsweise für eine gemeinsame Betrachtung von sozialer Lage und Gesundheit.

Auf der *kommunalen* Ebene werden Gesundheitsberichte überwiegend von den Gesundheitsämtern erstellt. Neben den Basisberichten werden Schwerpunktberichte erstellt. Häufige Themen sind dabei Kinder- und Jugendliche, Drogen und Sucht sowie Impfungen, d.h. Themen, die sich direkt aus den Arbeitsschwerpunkten der Gesundheitsämter ableiten.

Die Gesundheitsberichterstattung der *Länder* ist als Aufgabe in den Ländergesetzen zum Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) definiert und orientiert sich an einem gemeinsamen Indikatorensatz (**Gesundheitsindikatoren**), der vergleichende Betrachtungen zwischen den Ländern erlaubt. Auf der *Bundesebene* wird die GBE arbeitsteilig durch das Robert Koch-Institut und das Statistische Bundesamt durchgeführt. Daneben existiert in Deutschland ein differenziertes nichtstaatliches Berichtswesen wie beispielsweise im Bereich der Sozialversicherungsträger oder der betrieblichen Gesundheitsförderung.

Auf der *internationalen* Ebene sind die Gesundheitsberichterstattungssysteme der WHO und der OECD, die ihren Schwerpunkt im Bereich der Gesundheitssystemberichterstattung hat, seit mehreren Jahren fest etabliert. Daneben wird zurzeit auf der EU-Ebene mit erheblichen Ressourcen eine Gesundheitsberichterstattung aufgebaut, die neben verschiedenen Berichten auch einheitliche EU-weite Datengrundlagen beinhaltet. Durch die derzeit laufende Implementierung eines EU-weiten Gesundheitssurveys (European Health Interview Survey- EHIS) stehen auch auf der europäischen Ebene valide Gesundheitsdaten zur Verfügung.

Neben der Bereitstellung von Gesundheitsberichten und Informationssystemen übernimmt die GBE wichtige Aufgaben bei der Unterstützung (gesundheits-)politischer Maßnahmen und Programme. So spielen die Informationen der Gesundheitsberichterstattung eine wichtige Rolle bei den Gesundheitszieleprozessen oder anderen Aktionsprogrammen wie beispielsweise bei der Förderung von Gesundheit im Kinder- und Jugendalter. Die Beteiligung der GBE an solchen Programmen hat dabei zwei Schwerpunkte: Zum einen trägt die GBE dazu bei, Programmziele und Maßnahmen zu deren Umsetzung zu identifizieren, zum anderen wirkt sie mit an der Evaluation, die der Kontrolle von Zielerreichung und Wirksamkeit der Maßnahmen dient (**Public Health Action Cycle**).

Neben der Einbindung in Aktivitäten der Gesundheitspolitik liefert die GBE auch Beiträge zu Berichterstattungssystemen anderer Politikfelder. Hier ist neben Beiträgen zur Kinder- und Jugend-, Familien-, Ernährungs- und Umweltberichterstattung insbesondere die zunehmende Verknüpfung mit der Sozialberichterstattung auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene zu nennen. Der Idealfall einer integrierten (gesundheitsbezogenen) Berichterstattung hat zwar gerade im Bereich der als intersektorale Politik verstandenen Gesundheitsförderung viele Befürworterinnen und Befürworter, stößt bei der Umsetzung auf kommunaler Ebene jedoch auf vielfältige Probleme.

Der weitere Ausbau der unterschiedlichen Bereiche der Gesundheitsberichterstattung hängt von der Entwicklung ihrer Datengrundlagen ab. Auf der Bundesebene steht das vom Robert Koch-Institut durchgeführte Gesundheitsmonitoring zur Verfügung (s. Abb. 2), das als Kombination aus Befragungs- und Untersuchungssurveys angelegt ist.

Komponenten des Gesundheitsmonitorings des Robert Koch-Instituts	
DEGS - Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland	» Längs- und Querschnitt mit Interview- und Untersuchungsteil bei Erwachsenen ab 18 Jahren » Ca. 7500 Teilnehmerinnen und Teilnehmer
GEDA - Gesundheit in Deutschland aktuell	» Basiserhebung: Bundesgesundheitssurvey 1998 » Querschnittstudie bei Erwachsenen ab 18 Jahren » Ca. 20.000 Teilnehmerinnen und Teilnehmer » Basiserhebung: Telefonische Gesundheitssurveys 2003-2006 » Jährliche Wiederholung
KiGGS - Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland	» Längs- und Querschnitt mit Interview- und Untersuchungsteil bei Kindern von 0-17 Jahren (und Eltern) » Ca. 8000 Teilnehmerinnen und Teilnehmer » Basiserhebung: KiGGS 2003-2006

Abb. 2: Das Gesundheitsmonitoring des Robert Koch-Instituts (Quelle: Kurth et al 2009)

Das Gesundheitsmonitoring ergänzt vorhandene Informationen anderer Datenhalter (z.B. amtliche Statistik, Sozialversicherung) um dort nicht erfasste Informationen, z.B. zur subjektiven Gesundheit, zu gesundheitsrelevanten Untersuchungsparametern, zur sozialen Situation oder zum Gesundheitsverhalten. Das Gesundheitsmonitoring des Robert Koch-Instituts fasst die bisher nebeneinander stehenden, unregelmäßigen Gesundheitssurveys zu einem aufeinander abgestimmten System zusammen, das eine kontinuierliche Beobachtung von Veränderungen im Gesundheitsstatus und seinen Determinanten mit Längs-

schnitt- und Querschnittkomponenten ermöglicht. Das Gesundheitsmonitoring ist dabei so angelegt, dass auch regionale Vergleiche innerhalb Deutschlands möglich sind.

Wichtige Fragen, die als Herausforderungen gleichermaßen für Praxis, Politik und Forschung zu betrachten sind, betreffen die Umsetzung von Daten in praktisches und politisches Handeln:

- Würde eine stärkere Beteiligung von Fachleuten und Laien, Bürgerinnen und Bürgern in der Entstehungsphase der Berichte mehr Engagement und Aktivitäten bei der Umsetzung der Berichte schaffen?
- Sind die gewählten Berichtsbereiche und Indikatoren genügend handlungsorientiert?
- Wie kann man eine größere öffentliche Debatte der Gesundheitsberichte erreichen?
- Welches sind die geeigneten Referenzgremien, um Gesundheitsberichte wirksam werden zu lassen?
- Haben wir uns genügend um Nutzeranalysen und eine Qualitäts- bzw. Effektivitätskontrolle der bisher entwickelten Gesundheitsberichte gekümmert?

Literatur:

Böhm A, Bürgernahe Gesundheitsberichterstattung, in: Kuhn J/Böcken J (Hg.), Verwaltete Gesundheit, Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main 2009, S 171-181

Lampert T/Horch K/List S et al, GBE kompakt, in: Robert Koch-Institut (Hg.), Gesundheitsberichterstattung - GBE kompakt, Ausgabe 01/2010, Berlin 2010

Kuhn J/Böcken J (Hg.), Verwaltete Gesundheit - Konzepte der Gesundheitsberichterstattung in der Diskussion. Beiträge zur politischen Relevanz der Gesundheitsberichterstattung, Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main 2009

Kurth BM/Lange C/Kamtsiuris P/Hölling H, Gesundheitsmonitoring am Robert Koch-Institut - Sachstand und Perspektiven, in: Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz Vol. 52 (5), Springer Verlag, Berlin, Heidelberg 2009, S. 557-570

Reintjes R/Klein S (Hg.), Gesundheitsberichterstattung und Surveillance - Messen, Entscheiden und Handeln, Verlag Hans Huber, Bern 2007

Süß W/Schaefer J/Trojan A (Hg.), Integrierte (Gesundheits-)Berichte. Konzeptionelle Überlegungen und Umsetzungserfahrungen, Shaker Verlag, Aachen 2007

Szagun, B, Kommunale Gesundheitsberichterstattung als Grundlage für die Gesundheitsförderung, in: Kuhn, J, Heyne, M (Hg.), Gesundheitsförderung durch den öffentlichen Gesundheitsdienst. Bern 2015, S.125 - 134

Internetadressen:

http://ec.europa.eu/eurostat/de/web/microdata/european-health-interview-survey (European Health Interview Survey - EHIS)
www.rki.de/gbe (Gesundheitsberichterstattung Robert Koch-Institut)
www.gbe-bund.de (Informationssystem der Gesundheitsberichterstattung; IS-GBE)
www.healthindicators.eu (European Community Health Indicators; ECHI)
www.who.int/whr/en (World Health Organization)

Verweise:

Gesundheitsindikatoren, Public Health Action Cycle / Gesundheitspolitischer Aktionszyklus

Gesundheitsbezogene Gemeinwesenarbeit

Waldemar Süß, Alf Trojan

(letzte Aktualisierung am 01.03.2015)

Gemeinwesenarbeit ist im Kern als Methode und Arbeitsprinzip der Sozialen Arbeit anzusehen. Während sie ursprünglich neben der Sozialen Einzelfallhilfe und der Sozialen Gruppenarbeit als dritte Methode der Sozialen Arbeit definiert wurde, überwiegt heute eher ein Verständnis der Gemeinwesenarbeit als Arbeitsprinzip, d.h. als eine Grundorientierung, eine Sicht- und Herangehensweise an soziale Probleme in einem kleineren sozialräumlichen Bereich, dem Quartier, im Stadtteil, der Kommune oder einem besonderen „Milieu". Grundprinzipien der Gemeinwesenarbeit sind lokale Orientierung, Koordination und Vernetzung, Anknüpfen an Ressourcen in der Lebenswelt, Mobilisieren von Selbsthilfe, Partizipation, Aktivierung von Betroffenen, Vermittlung zwischen Makro- und Mikroebenen, befähigende und aktivierende Interventionen.

Gemeinwesenarbeit als Arbeitsprinzip wird traditionell angewendet

- vor allem in besonderen Problemgebieten, wie z.B. Obdachlosenquartieren, Sanierungs- und Neubausiedlungen, benachteiligte Stadtteile, Stadtteile mit besonderem Entwicklungsbedarf u.Ä.,
- in der Kinder- und Jugend-, Drogen-, Altenarbeit und anderen Feldern der Sozialen Arbeit,
- in Handlungsfeldern jenseits der traditionellen Felder von Sozialarbeit, wie etwa Schule, Erwachsenenbildung oder auch Gesundheitsversorgung und -förderung.

Die auf den letztgenannten Bereich bezogene Gemeinwesenarbeit kann als gesundheitsbezogene Gemeinwesenarbeit charakterisiert werden. Darüber hinaus können die genannten Grundprinzipien auch als zentrale Arbeitsprinzipien für die Gesundheitsförderung im weit verstandenen Sinne der WHO-Definition gelten (Gesundheitsförderung 3).

Historisch geht die Gemeinwesenarbeit zurück auf die Settlementarbeit, die Mitte des 19. Jahrhunderts in England begann und in Deutschland vor allem mit dem Aufschwung des Industriezeitalters und zunehmender Verarmung der Arbeiter Fuß fasste. Ausgangspunkte waren schon damals, dass neben Wohn- und Bildungswesen auch die Gesundheitsversorgung für diese Schichten absolut unzureichend war. Es galt, die Hilfebedürftigen durch Bildung, Organisation, Nachbarschaftsarbeit und Selbsthilfe aus materieller Not zu befrei-

en (**Empowerment**). Nach dem Zweiten Weltkrieg wurde Gemeinwesenarbeit in den 1950er-Jahren als neuer Ansatz in Westdeutschland importiert - vor allem aus den USA und den Niederlanden. Arbeit in Obdachlosensiedlungen und in Sanierungsgebieten, vielfach unter dem Motto „Hilfe zur Selbsthilfe", waren Hauptaktivitäten. Anfang der 1970er-Jahre gab es viele bekannte Projekte der Gemeinwesenarbeit in großstädtischen Problemvierteln (z.B.: Osdorfer Born in Hamburg, Märkisches Viertel in Berlin, Bockenheim in Frankfurt).

Seit Mitte der 1970er-Jahre ist ein Rückgang der Gemeinwesenarbeit, insbesondere in ihrer konfliktorientierten Form, zu beobachten. Seit dieser Zeit ist Gemeinwesenarbeit als in sich geschlossenes Arbeitsfeld bzw. als „dritte Methode der Sozialarbeit" kaum noch zu erkennen. Als Grundorientierung und „Arbeitsprinzip" sind gemeinwesenbezogene Aktivitäten jedoch in viele Bereiche der Sozialen Arbeit und in die Arbeit anderer professioneller Disziplinen (Psychologie, Stadtplanung) eingesickert.

In jüngerer Zeit werden vonseiten der Ressorts für Stadtentwicklung Ansätze für Gemeinwesenarbeit vor allem unter den Stichworten Quartiers- bzw. Stadtteilmanagement wiederbelebt. Dazu hat maßgeblich das bundesweite Förderprogramm „Stadtteile mit besonderem Entwicklungsbedarf - die soziale Stadt" (**www.staedtebaufoerderung.info**) beigetragen. Dieser Titel zeigt schon, dass alte Probleme unter neuem Namen angegangen werden. Neu ist aber auch, dass es nicht nur um soziale Aufgaben, sondern auch um stärkere Berücksichtigung der lokalen Wirtschaftsförderung geht, insbesondere der Arbeitsbeschaffung.

Die Orientierung auf ein Kernproblem sozialer Ungleichheit (auch gesundheitlicher) und eine Stärkung der lokalen Ökonomie ist völlig kompatibel mit anderen integrierten Programmen wie „Gesunde Stadt" und „Agenda 21". Auch eine stärkere Professionalisierung gesundheitsbezogener Gemeinwesenarbeit dürfte langfristig positiv sein. Bis jetzt lässt sich aber noch nicht abschließend beurteilen, ob die befristet eingesetzten Ressourcen für diese Programme nicht viel zu gering sind, ob die erwünschten Wirkungen tatsächlich erzielt werden und welche unerwünschten Nebenwirkungen auftreten.

Auf der Jahrestagung 2001 des Deutschen Netzwerks gesundheitsfördernder Städte (**www.gesunde-staedte-netzwerk.de**) in Berlin waren das erste Mal die Programme „Lokale Agenda 21" und „Soziale Stadt" vertreten. Die Vertreterinnen und Vertreter dieser Programme kündigten an, in Zukunft stärker mit dem Bereich „Gesundheit" zusammenzuarbeiten und Erfahrungen aus den unterschiedlichen Ansätzen sozialräumlicher Orientierung auszutauschen. Mittlerweile hat sich eine enge und stabile Kooperation des Gesunde-Städte-Netzwerks mit dem Programm der Sozialen Stadt auf der Ebene der Gesundheitsförderung in benachteiligten Quartieren herausgebildet. Das Gesunde-Städte-Netzwerk ist

Mitglied im Kooperationsverbund „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ (**www.gesundheitliche-chancengleichheit.de**).

In der Gesundheitsförderung gehen gemeinwesenbezogene Ansätze zurück auf Entwicklungen der frühen 1980er-Jahre. Dabei sind drei Handlungsstränge zu unterscheiden:

- Am Beginn der Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie DHP, einer großen multizentrischen Gemeinde-Interventionsstudie (**Risikofaktoren**, **Gemeindeorientierung**), wurde an manchen Orten mit Methoden der Gemeinwesenarbeit wie Stadtteilanalyse, aktivierenden Befragungen und anderen Aktionsuntersuchungen die Grundlage für spätere Aktivitäten gelegt. In Stadtteilen von Mannheim und Bremen konnten sich solche Aktivitäten für einige Jahre in „Gesundheitstreffpunkten“, d.h. einer Art Gemeindegesundheitszentrum, als Struktur etablieren.
- Auch in mehreren Projekten eines Forschungsverbundes mit dem Titel „Laienpotential, Patientenaktivierung und Gesundheitsselbsthilfe“, der etwa zeitgleich Ende der 1970er-Jahre begann, wurden Ansätze, die einer gemeinwesenbezogenen Gesundheitsarbeit entsprechen, entwickelt und begleitend beforscht. Diese Aktivitäten finden sich wieder als ein Kernbereich der Gesundheitsförderung, der zumeist unter den Begriffen **Selbsthilfeförderung** und/oder **Netzwerkförderung** zusammengefasst wird.
- Eine dritte Quelle gesundheitsbezogener Gemeinwesenarbeit ist die zu Beginn der 1980er-Jahre entstandene Gesundheitsbewegung mit ihren zahlreichen lokalen Projekten von Selbstorganisation und sozialer Aktion.

Alle drei genannten Handlungsstränge überlappen sich inhaltlich und finden sich heute vor allem wieder in lokalen Ansätzen und Kooperationsstrukturen, wie sie z.B. im Rahmen der „Gesunde-Städte-Projekte“ weiterentwickelt wurden (**Kommunalpolitische Perspektive**).

Während aus diesen Bereichen in den letzten Jahren weniger Impulse kommen, findet sich umfangreicheres Material in der amerikanischen gesundheitsbezogenen Gemeinwesenarbeit, so z.B. zu partizipativen Erhebungsmethoden der Defizite und Ressourcen eines Gemeinwesens, zur Zielbestimmung, Aktivierung, Bildung und Pflege von Koalitionen und zum Empowerment der Bewohnerinnen und Bewohner. Projekte beziehen sich z.B. auf ein „STOP-AIDS-Programm“ mit homo- und bisexuellen Männern oder auf ein Programm mit armen alten Menschen im Stadtzentrum von San Francisco. Aus Deutschland kann hier das Beispiel der aufsuchenden Sozialarbeit rund um den Kieler Vinetaplatz ergänzt werden, wo die gesundheitsbezogene Gemeinwesenarbeit mit suchtmittelabhängigen Menschen im Fokus der Aktivitäten stand (**www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/good-practice/aufsuchende-sozialarbeit-rund-um-den-kieler-vinetaplatz/**). Auch das über

zehn Jahren laufende Präventionsprogramm „Lenzgesund“ (Programmende Mitte 2012) des Hamburger Gesundheitsamtes Eimsbüttel kann in seinen Grundzügen als gesundheitsbezogene Gemeinwesenarbeit bezeichnet werden, zumal die Mehrheit der maßgeblichen Akteure aus den unterschiedlichen Handlungsfeldern der sozialen Arbeit kam.

Literatur:

Deutsches Institut für Urbanistik (Difu) et al (Hg.), Kinder- und jugendbezogene Gesundheitsförderung im Stadtteil, Difu-Arbeitshilfe, Berlin 2009;

Kuhn D et al (Hg.), Gesundheitsförderung mit sozial Benachteiligten. Erfahrungen aus der Lebenswelt Stadtteil, Frankfurt/M. 2009;

Merzel C/D’Afflitti J, Reconsidering community-based Health Promotion: Promise, Performance and Potential. American Journal of Public Health 93, 2003, 557-574;

Minkler M (Ed.), Community organizing and community building for health. New Jersey 2005;

Ortmann K/Waller H (Hg.), Sozialmedizin in der Sozialarbeit, Berlin 2000;

Seippel A, Handbuch Aktivierende Gemeinwesenarbeit, Gelnhausen 1976;

Trojan A/Legewie H, Nachhaltige Gesundheit und Entwicklung, Frankfurt/M. 2001;

Trojan, A/Süß W, Prävention und Gesundheitsförderung in Städten und Gemeinden, in: Hurrelmann K. et al (Hg.), Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung, Bern 2010

Trojan A et al (Hg.), Quartiersbezogene Gesundheitsförderung - Umsetzung und Evaluation eines integrierten lebensweltbezogenen Handlungsansatzes, Weinheim 2013

Internetadressen:

www.cdc.gov/nccdphp/dch/programs/healthycommunitiesprogram/tools/
www.iuhpe.org/index.php/en/social-determinants-of-health-sdh/community-health-promotion

Verweise:

Empowerment/Befähigung, Gemeindeorientierung, Gesundheitsförderung 3: Entwicklung nach Ottawa, Gesundheitsförderung und Gesunde / Soziale Stadt / Kommunalpolitische Perspektive, Risikofaktoren und Risikofaktorenmodell, Selbsthilfe, Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeförderung, Soziale Netzwerke und Netzwerkförderung

Gesundheitsbezogene Lebensqualität

Christiane Otto, Ulrike Ravens-Sieberer

(letzte Aktualisierung am 22.12.2015)

Der Begriff der Lebensqualität wird in verschiedenen Zusammenhängen gebraucht. In die Politikgestaltung hat Lebensqualität als qualitatives Gegenkonzept zu einem quantitativen Verständnis von Lebensstandard seit den 1970er-Jahren Eingang gefunden (**Lebensqualität - ein Konzept der individuellen und gesellschaftlichen Wohlfahrt**). Dabei werden quantifizierbare Lebensbedingungen in Bezug gesetzt zur subjektiven Wahrnehmung dieser Bedingungen und dem damit verbundenen Wohlbefinden. Versuche der Operationalisierung eines Konzepts der Lebensqualität sind gegenwärtig nicht mehr nur auf Ökonomie, Soziologie und Philosophie beschränkt, sondern werden auch in der Psychologie, Gesundheitsforschung und in der Medizin unternommen. Lebensqualität ist ein übergreifendes interdisziplinäres Forschungsfeld, in das sich die „gesundheitsbezogene Lebensqualität" konzeptionell einordnen lässt.

Bei der gesundheitsbezogenen Lebensqualität handelt es sich um ein multidimensionales Konstrukt, welches die Funktionsfähigkeit bzw. das subjektive Wohlbefinden in verschiedenen wichtigen Lebensbereichen umfasst. Es existieren zahlreiche Definitionen dieses Konstruktes, in der Regel werden körperliche, emotionale bzw. psychologische, soziale, familiäre und oftmals auch arbeits- bzw. schulbezogene Aspekte berücksichtigt. Im Rahmen der Entwicklung des Fragebogens WHOQOL durch die Quality of Life Assessment Group der Weltgesundheitsorganisation (WHO) wurde ein sechsdimensionales Konstrukt der gesundheitsbezogene Lebensqualität definiert. Nach dieser Definition umfasst das Konstrukt eine körperliche und eine psychische Domäne, eine Domäne zum Grad der Unabhängigkeit, eine Domäne zu sozialen Beziehungen, eine Domäne zu Lebensbedingungen und schließlich eine Domäne zur Spiritualität bzw. zur Religion oder persönlichen Überzeugungen. Das Konstrukt der gesundheitsbezogenen Lebensqualität erfährt allerdings auch Kritik und zwar vor allem aufgrund eines Theoriemangels. Es existiert keine fundierte Theorie zur gesundheitsbezogene Lebensqualität, noch wurde das Konstrukt bislang erfolgreich an eine bereits entwickelte Theorie angebunden. Bestimmte Befunde wie beispielsweise die Assoziation zwischen der gesundheitsbezogene Lebensqualität und dem sozio-ökonomischen Status von Personen sind jedoch vielfach repliziert worden und die aktuelle Forschung nutzt zur Hypothesenbildung Befunde aus vorherigen Studien, die je nach Untersuchungsgruppe zahlreich bzw. manchmal auch rar sind.

In der Wissenschaft wird davon ausgegangen, dass die gesundheitsbezogene Lebensqualität einer Person durch ihre individuelle gesundheitliche Situation und/oder medizinische Behandlung beeinflusst wird. Dementsprechend nimmt man an, dass sich der Erfolg einer Behandlung in der gesundheitsbezogenen Lebensqualität der Patientinnen und Patienten widerspiegelt. Messverfahren zur Erfassung subjektiver Aussagen von Patientinnen und Patienten erfahren in der Medizin zunehmendes Interesse und ihre Berücksichtigung stellt eine sinnvolle Ergänzung zu der in der Medizin üblichen Fokussierung auf körperliche Befunde dar. Dieser Paradigmenwechsel in der Medizin geht unter anderem auf eine Definition der WHO zurück, wonach neben dem körperlichen Zustand, auch psychische und soziale Dimensionen die Gesundheit ausmachen. Die Zunahme chronischer Erkrankungen und die Auswirkungen dieser Erkrankungen sowie ihrer Behandlung auf das Wohlbefinden und die Funktionalität der Patientinnen und Patienten sind von wachsendem Interesse in der Medizin, in der Pflege und in zugehörigen Forschungsbereichen (Epidemiologie und Sozialepidemiologie, Determinanten von Gesundheit).

Zur Erfassung der gesundheitsbezogene Lebensqualität wird grundsätzlich zwischen generischen und krankheitsspezifischen Instrumenten unterschieden. Generische Instrumente sind geeignet die gesundheitsbezogene Lebensqualität in der Allgemeinbevölkerung (d.h. in gesunden Stichproben) als auch in Populationen erkrankter Personen zu erfassen. Krankheitsspezifische Instrumente sind hingegen für Patientinnen und Patienten mit bestimmten Erkrankungen speziell entwickelt worden, erfragen auch spezifische Beeinträchtigungen durch die vorliegende Erkrankung und dienen so beispielsweise der Erfassung der rheuma-spezifischen gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Weiterhin wird zwischen Instrumenten, die für Kinder bzw. Jugendliche und Messverfahren, die für Erwachsene geeignet sind, unterschieden. Speziell für Kinder bzw. Jugendliche entwickelte gesundheitsbezogene Lebensqualitäts-Instrumente gewährleisten eine altersgemäße Erfassung des Konstrukts. Als anerkannte Instrumente zur Erfassung der generischen gesundheitsbezogene Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen können der Kindl-R und der KIDSCREEN gelten, die beide in der bundesweiten Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen (KiGGS) eingesetzt wurden bzw. werden. Als Instrumente zur Erfassung der krankheitsspezifischen gesundheitsbezogenen Lebensqualität liegen für verschiedene Erkrankungen explizit entwickelte Fragebögen vor (z.B. Disabkids). Die genannten Instrumente für Kinder und Jugendliche werden jeweils sowohl als Selbstberichtsversionen (die Kinder bzw. Jugendlichen selbst beantworten die Fragen zur gesundheitsbezogene Lebensqualität) als auch als Fremdbeurteilungsversionen (die Eltern oder andere Betreuungspersonen beantworten die Fragen zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität des Kindes) angeboten. Die beschriebenen Instrumente liefern jeweils sowohl ein Profil, als auch einen Gesamtwert bzw. Index-Wert zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Für Befragte ab 14 Jahren bis in das hohe Erwachsenenalter ist der „Short-Form-36“ (SF-36) als vielfach eingesetzter und anerkannter Fragebogen zu nennen. Der SF-36 liefert ein Profil ba-

sierend auf den Werten zu den erfassten acht Dimensionen sowie zwei Summenskalen, welche die körperliche und die psychische Komponente jeweils zusammenfassend abbilden. Der SF-36 wurde als weltweit sehr anerkanntes Instrument auch im Bundesgesundheitssurvey bei erwachsenen Befragten eingesetzt. Darüber hinaus seien Computer-Adaptive Tests (CATs) besonders erwähnt. CATs sind psychometrisch reliabel und erlauben eine valide Messung anhand weniger Items, die für jeden Befragten individuell ausgewählt werden. Mit Hilfe eines statistisch anspruchsvoll entwickelten deutschsprachigen CATs lässt sich die generische gesundheitsbezogene Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen erfassen (Kids-CAT).

Die gesundheitsbezogene Lebensqualität wurde in den vergangenen Jahren in zahlreichen unterschiedlichen Studien, sowohl im Rahmen der Gesundheitsforschung als auch in klinischen Studien untersucht. Untersuchungen, welche die gesundheitsbezogene Lebensqualität berücksichtigen, verfolgen unterschiedliche Ziele. So kann die Messung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität im Bereich der Therapieforschung sinnvoll sein, um Therapieerfolge auch auf der subjektiven Patientenebene zu evaluieren. Die Berücksichtigung des Konstrukts der gesundheitsbezogenen Lebensqualität kann dementsprechend auch im Rahmen der Entwicklung und Evaluation von Präventionsmaßnahmen wertvolle Informationen liefern. Weiterhin ist die gesundheitsbezogene Lebensqualität ein wichtiger Indikator des subjektiven Wohlbefindens für die Gesundheitsberichterstattung und kann für die Gesamtbevölkerung, als auch für Bevölkerungsgruppen (z.B. Ost- versus Westdeutschland) wichtige Informationen liefern. Somit hat die gesundheitsbezogene Lebensqualität auch eine Bedeutung für die Public Health Forschung. Darüber hinaus wird die gesundheitsbezogene Lebensqualität vielfach in ausgewählten Populationen (z.B. in spezifischen Krankheitsgruppen) untersucht, und die Resultate können zur näheren Beschreibung der jeweiligen Gruppen genutzt und mit Normdaten aus der Allgemeinbevölkerung verglichen werden (Gesundheitswissenschaften/Public Health).

Perspektivisch sollte weitergehend geprüft werden, ob eine Implementierung regelmäßiger Messungen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität in die medizinische Routineversorgung dazu beitragen kann, die medizinische Versorgung von Patientinnen und Patienten zu verbessern. In diesem Zusammenhang wäre beispielsweise die Frage interessant, ob und inwieweit die Arzt-Patienten-Kommunikation durch eine regelmäßige Messung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Patientinnen und Patienten unterstützt werden kann.

Literatur:

Ravens-Sieberer U/The European KIDSCREEN Group, The KIDSCREEN Questionnaires - Quality of life questionnaires for children and adolescents - Handbook, Papst Science Publisher, Lengerich 2006;

Ravens-Sieberer U et al., Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen. Das Gesundheitswesen, 75, 2013, 667-678;

Schumacher J/Klaiberg A/Brähler E, Diagnostik von Lebensqualität und Wohlbefinden - Eine Einführung, in: Schumacher J/Klaiberg A/Brähler E (Hg.), Diagnostische Verfahren zu Lebensqualität und Wohlbefinden, Hogrefe, Göttingen 2003, 9-24;

Staab D et al, Age related, structured educational programmes for the management of atopic dermatitis in children and adolescents: multicentre, randomized controlled trial, BMJ, 332, 2006, 933-936;

WHOQOL Group, The World Health Organization Quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization, Social Science and Medicine, 41 (10), 1995, 1403-1409;

Internetadressen:

www.disabkids.org (DISABKIDS - seven condition-specific modules to measure health related quality of life in children and adolescents)
www.isoqol.org (International Society of Quality of Life Research)
www.kids-cat.org (Kids-CAT-Studie zum Wohlbefinden von Kindern und Jugendlichen)
www.kidscreen.org (KIDSCREEN: Screening for and Promotion of Health-related Quality of Life in Europe - a Questionnaire for Children and Young People and their Parents)
www.kiggs-studie.de (Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland)
www.kindl.org (KINDL-R: Ein Lebensqualitätsfragebogen für Kinder und Jugendliche)
https://eprovide.mapi-trust.org/about/about-proqolid (Patient-Reported Outcome and Quality of Life Instruments Database)
www.rand.org/health/surveys_tools/mos/36-item-short-form.html (36-item Short Form Survey from the RAND Medical Outcomes Study)
www.springer.com/medicine/journal/11136 (An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation - Official Journal of the International Society of Quality of Life Research)

Verweise:

Lebensqualität - ein Konzept der individuellen und gesellschaftlichen Wohlfahrt

Wir danken Frau Bärbel Kurth für Ihre aktive Mitarbeit an früheren Versionen dieses Leitbegriffs.

Gesundheitsbildung

Beate Blättner

(letzte Aktualisierung am 20.12.2014)

Gesundheitsbildung bezeichnet *organisierte Lern- und Entwicklungsprozesse*, die Menschen ermöglichen, gezielt Einfluss auf die Faktoren zu nehmen, die ihre Gesundheit bestimmen, d.h. auf Lebensbedingungen und auf Gesundheitshandeln (**Determinanten der Gesundheit**). Gesundheitsbildung will Einfluss auf Gesundheitsvorstellungen nehmen und auf die Art der Kommunikation über Gesundheit im sozialen Kontext, auf Gesundheitshandeln und Bewältigungsstrategien sowie auf Strategien der Einflussnahme auf Lebensbedingungen (s. Abb. 1). Sie will Handlungschancen von Individuen und Gruppen in gesundheitlichen Belangen erweitern, indem sie geeignete Kompetenzen vermittelt.

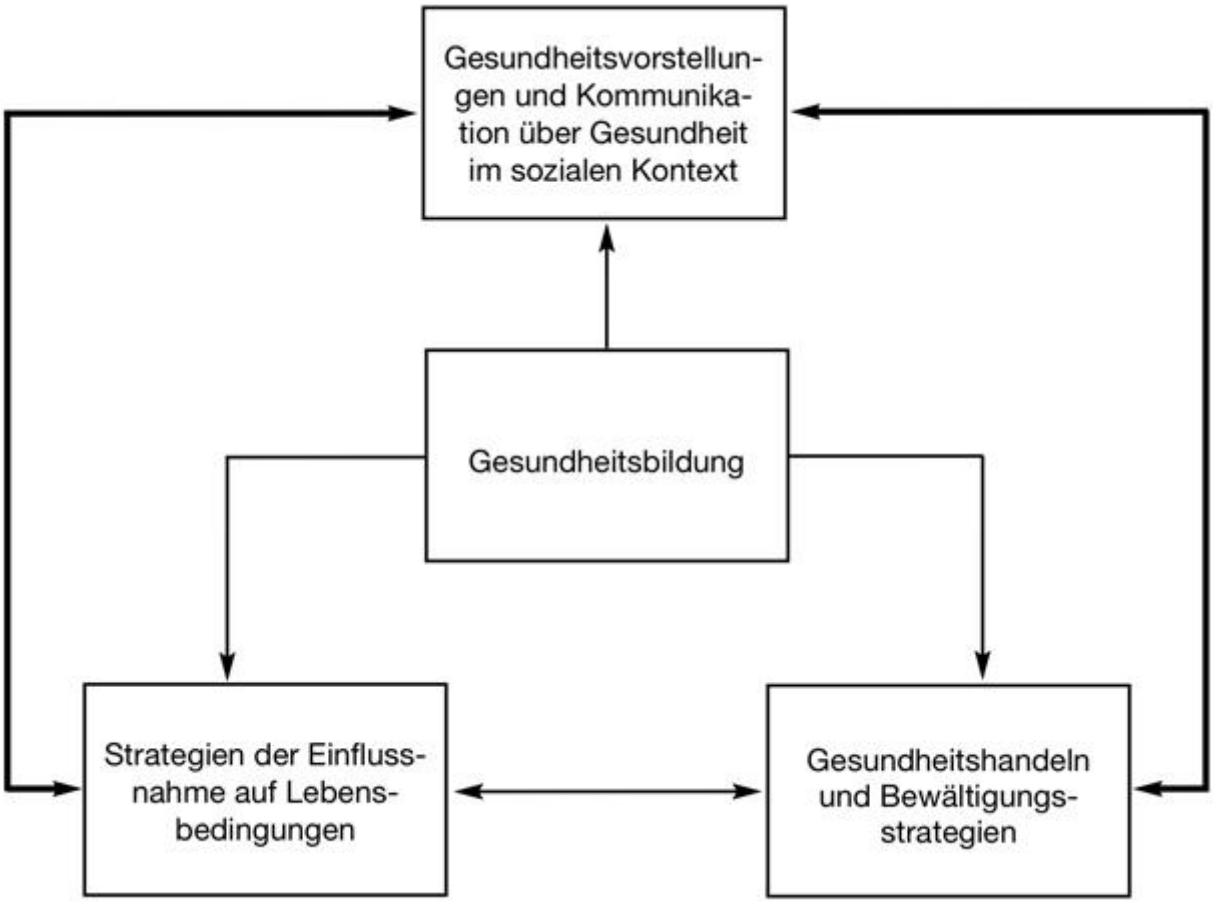


Abb. 1: Einflussmöglichkeiten der Gesundheitsbildung. Quelle: Eigene Darstellung.

In Abgrenzung von der **Gesundheitserziehung** betont der Begriff der Gesundheitsbildung die Selbstbestimmung von informiert entscheidenden und handelnden Subjekten, die unter spezifischen Bedingungen leben und diese mitgestalten. Damit wird die Dichotomie von Verhältnis- und Verhaltensprävention konzeptionell aufgelöst. Gesundheitsbildung ist auf Handeln als soziales Handeln gerichtet, nicht nur auf die Veränderung von Verhalten. Gesundheitsbildung impliziert einen Prozess der Befähigung und der zunehmenden Entscheidungs- und Handlungsmacht, beschreibt aber anders als der Begriff **Empowerment** weniger informelle, sondern eher formelle Lernprozesse.

Die Konzeption der Gesundheitsbildung seit Mitte der 1980er-Jahre ist im Wesentlichen von *Volkshochschulen* geprägt und hat zur Schärfung der Sichtweise auf Lern- und Bildungsprozesse als Teil der **Gesundheitsförderung** beigetragen. Ein Auslöser war die Kritik an dem mechanistischen Menschenbild, an der präventiv pathogenetischen Orientierung und an der Fokussierung auf Verhalten in der **Gesundheitserziehung**. Diese Kritik führte zunächst zu einer weitgehenden Ausgrenzung pädagogischer Beiträge von der konzeptionellen Entwicklung der **Gesundheitsförderung**, während die Praxis der **Gesundheitsförderung** überwiegend von pädagogischen Maßnahmen geprägt war.

Die Entwicklung des Begriffs Gesundheitsbildung erfolgte zeitlich parallel zur Entstehung der Ottawa-Charta in einer von Volkshochschulverbänden getragenen Arbeitsgruppe, in die die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und die Bundesvereinigung für Gesundheit einbezogen waren. Im Ergebnis entstand 1985 der „Rahmenplan Gesundheitsbildung an Volkshochschulen“, der Grundlage einer über drei Jahrzehnte andauernden Qualitätsentwicklung der Gesundheitsbildung an Volkshochschulen wurde. In der pädagogischen Diskussion bezieht sich „Erziehung“ eher auf den Versuch einer Steuerung von Einstellungen und Verhalten im Sozialisationsprozess eines Menschen, während „Bildung“ eher Prozesse und Ergebnisse der selbstbestimmten, individuellen Verarbeitung und Aneignung auf dem Weg der Persönlichkeitsbildung meint. Der Begriff der Bildung ist damit leichter mit der Idee der Gesundheitsförderung und der Betonung der Selbstbestimmung in der Ottawa-Charta zu verbinden als der der Erziehung. Ein zweiter Meilenstein der konzeptionellen Entwicklung war eine 1994 von Volkshochschulverbänden gemeinsam mit der WHO ausgerichtete Tagung, in deren Vorbereitung und Durchführung der Begriff der Gesundheitsbildung mit Blick auf die Diskussionen der Weltkonferenzen zur **Gesundheitsförderung** weiter geschärft wurde.

Dass gerade an Volkshochschulen Gesundheitsbildung konzeptionell so entwickelt werden konnte, lässt sich mit ihrer Geschichte erklären. Zu Beginn des 20. Jahrhunderts war die Teilhabe von allen Bevölkerungsgruppen am gesellschaftlichen Leben Leitidee der Volkshochschulen. Volkshochschulen waren auch deshalb strukturell geeignet, die Neuen Sozialen Bewegungen der 1970er- und 1980er-Jahre - wie die Frauenbewegung oder die Ökolo-

giebewegung - aufzugreifen. Mit ihnen wurden Selbstbestimmung und **Partizipation** Teil eines Bildungsverständnisses, das die Kompetenzen der Betroffenen respektierte.

Bildungstheoretische Anregungen kamen in den darauffolgenden Jahren aus der pädagogischen Rezeption des Konstruktivismus und der Systemtheorie. Diese Theorien verneinen die Möglichkeit einer zielgerichteten pädagogischen Intervention, deren Ergebnis absehbar ist, und betonen den Einfluss sozialer Systeme auf Lernprozesse, auch auf solche über Gesundheit. Interaktionen in sozialen Systemen sind danach nicht determinierbar und in hohem Maße kontextabhängig. Die Umsetzung dieser theoretischen Basis in praxistaugliche Konzepte für die Erwachsenenbildung wird allerdings durch die formellen Voraussetzungen organisierter Bildungsprozesse begrenzt. Aufgrund bildungspolitischer Entscheidungen gewannen Gesichtspunkte der Marktorientierung in der Erwachsenenbildung stärkere Bedeutung und führten zu einer konzeptionellen Unschärfe. Der starke Einfluss der Erwachsenenbildung bewirkte zugleich, dass Gesundheitsbildung und **Gesundheitserziehung** von einigen Autorinnen und Autoren primär danach unterschieden wurden, ob sie Erwachsene oder Kinder und Jugendliche erreichen wollten, und nicht nach der Konzeption.

Obwohl im konzeptionellen Anspruch viel weiter gefasst, lässt sich die Nachfrage nach Lernangeboten in der Gesundheitsbildung seit Jahren vor allem den Schwerpunkten Förderung körperlicher Aktivität sowie Stressbewältigung durch Entspannung zuordnen. Fragen der Ernährung sind bereits von geringerem Interesse. Allerdings können mit diesen Themen ganz unterschiedliche Interessenlagen verbunden sein.

Gegenwärtig lassen sich folgende *Aufgaben der Gesundheitsbildung* beschreiben:

1. Frauen wie Männer benötigen Kompetenzen, um sich im Dschungel der Gesundheitsversorgung zurechtfinden zu können, um ihre Entscheidungen über die Einwilligung in präventive, kurative, rehabilitative und pflegerische Maßnahmen auf informierter Basis in einem Aushandlungsprozess mit der Gesundheitsversorgung treffen zu können und adäquat krankheitsbezogene Arbeit in der Bewältigung vor allem chronischer Erkrankungen leisten zu können. Für diese Aufgaben der Gesundheitsbildung haben sich inzwischen eigenständige Organisationsstrukturen etabliert, die stärker von Frauen als von Männern genutzt werden. Pädagogische Konzepte und Erkenntnisse werden hier derzeit weniger diskutiert als die Fragen nach der Evidenz der Aussagen und der Transparenz der Informationsquellen. Neben krankheitsbezogener Arbeit leisten chronisch kranke Menschen und deren Angehörige auch biografische und alltagsbezogene Arbeit sowie die Organisationsarbeit, alle drei Arbeitslinien miteinander zu verbinden.

2. Bildung ist ein zentraler Indikator für Lebensqualität, Morbidität und Mortalität. Die starke Korrelation gesundheitsbezogener Outcomes mit Bildung lässt sich nur zum Teil mit dem Zusammenhang zu Einkommen und beruflichem Status erklären. Bildung scheint vielmehr generell einen Einfluss darauf zu haben, welche Strategien zur Mitgestaltung von Lebensbedingungen - auch im Sinne ihrer Gesundheit - Frauen und Männer wählen. Gefordert ist die Kompetenz, in den Settings des alltäglichen Lebens (**Settingansatz**) Einfluss auf zentrale Gestaltungsfragen nehmen zu können und sich am gesellschaftlichen Diskurs über die Art und Weise, wie wir leben wollen und nach welchen Werten und Maßstäben wir die Gesellschaft ausrichten wollen, zu beteiligen. Diese Form von Lernprozessen ist Aufgabe von Bildungsinstitutionen aller Art, muss aber gerade auch diejenigen erreichen, die wenig Zugang zu formeller Bildung haben. Die Gestaltung von **Partizipationsprozessen** im Sinne der Gesundheitsförderung in Settings und die Förderung von **Empowermentprozessen** sind Teil solcher Bildungsarbeit. Unter dem Aspekt der Geschlechtergerechtigkeit ist allerdings interessant, dass Frauen inzwischen durchschnittlich über bessere Schulabschlüsse als Männer verfügen, Gestaltungsprozesse aber nach wie vor stärker von Männern bestimmt sind.

3. Frauen wie Männer benötigen Kompetenzen, um zu entscheiden, ob, wann und wie sie ihr Alltagshandeln am Erhalt ihrer Gesundheit ausrichten. Es kann dabei ebenso wenig das Ziel sein, jegliche Alltagsentscheidung danach zu treffen, ob sie mit gesundheitlichen Auswirkungen verbunden sein könnte, wie es Ziel sein kann, mögliche gesundheitliche Folgen des eigenen Handelns zu ignorieren. Benötigt werden a) Wissen um mögliche gesundheitliche Auswirkungen des Handelns, b) Fertigkeiten, solche Handlungen auch ausführen zu können (z.B. die Fähigkeit sich eigene Mahlzeiten zuzubereiten oder auf dem Fahrrad das Gleichgewicht zu behalten), c) die Fähigkeit, angesichts komplexer Kontexte und unvollständiger Informationen Entscheidungen treffen zu können, die sich auf die Gesundheit auswirken, d) die Fähigkeit, solche Entscheidungen im unmittelbaren sozialen Umfeld angemessen kommunizieren zu können und e) die Fähigkeit, sich selbstständig dafür benötigtes Wissen anzueignen. Solche Kompetenzen werden nach wie vor eher von Frauen erworben, während Männer hier tendenziell Defizite aufweisen. Allerdings holen Frauen derzeit in der Übernahme gesundheitsschädigender Verhaltensweisen (z.B. Rauchen) deutlich auf.

Ein zentraler *Kritikpunkt* an der Praxis der Gesundheitsbildung ist die empirisch gesicherte Erkenntnis, dass freiwillige organisierte Lernangebote überwiegend Frauen aus bildungsgewohnten Bevölkerungsgruppen erreichen und damit eher diejenigen ansprechen, die die geringeren gesundheitlichen Defizite aufweisen (**Chancengleichheit**). Aufgrund der hohen Beteiligungsquote von Frauen wurde früh eine klare konzeptionelle Ausrich-

tung der Gesundheitsbildung an den Belangen von Frauen als Beitrag zur Geschlechtergerechtigkeit gefordert (**Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung/Gender Mainstreaming**). In den letzten Jahren sind verstärkt Bemühungen zu erkennen, Männer anzusprechen. Konzeptionelle Bemühungen, Menschen in schwierigeren sozialen Lagen mit Angeboten der Gesundheitsbildung gezielt zu erreichen, sind seit langer Zeit nachweisbar, geraten aber immer wieder an strukturelle und finanzielle Grenzen. Organisierte Lernprozesse von Erwachsenen beruhen grundsätzlich auf Freiwilligkeit und erreichen deshalb primär Zielgruppen, die für die angebotenen Themen persönlich sensibel sind und die generell Zugang zu Bildung haben, nicht unbedingt die Bevölkerungsgruppen mit dem größten Bedarf. Gesundheitsbildung kann deswegen nur einen geringen Beitrag zum Abbau sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen (**Chancengleichheit**) leisten.

Da aktuelle Erhebungen zum Ergebnis gekommen sind, dass die Gesundheitskompetenz (Health Literacy / Wissensbasierte Gesundheitskompetenz) größerer Bevölkerungsgruppen unzureichend ist, könnte die Diskussion um Gesundheitsbildung künftig einen neuen Stellenwert bekommen. Gesundheitskompetenz wird in der Erwachsenenbildung als Lebenskompetenz verstanden und nicht als Kompetenz von Patient/-innen in der Bewertung von Behandlungsalternativen. Neue Impulse entstehen auch durch die Überlegungen, das Internet als Forum digitaler Prävention zu nutzen.

Die Diskussion um die *Begrifflichkeiten Gesundheitsbildung und* ***Gesundheitserziehung*** ist eine überwiegend deutschsprachige; im Englischen umfasst „Health Education“ Bildungs- und Erziehungsprozesse gleichermaßen. Eine Volkshochschulbewegung, wie sie vergleichbar in skandinavischen und deutschsprachigen Ländern existierte, gab es im angloamerikanischen Raum nicht. Am ehesten lässt sich im angloamerikanischen Raum die hinter dem Begriff Gesundheitsbildung stehende konzeptionelle Diskussion mit der Diskussion um **Health Literacy** - der Ausbildung gesundheitsbezogener Kompetenzen - vergleichen, zumindest wenn die Nähe von **Health Literacy** zu **Empowerment** und die Erweiterung hin zu einem auf Gemeinschaften und Gruppen bezogenen Verständnis von Lernprozessen berücksichtigt wird. Wulfhorst und Hurrelmann (2009) halten die Abgrenzung der Begriffe Gesundheitsbildung und **Gesundheitserziehung** für historisch bedingt und schlagen eine Neueinführung des Begriffs **Gesundheitserziehung** als Übersetzung von „Health Education“ vor. Ihre Definition von **Gesundheitserziehung** umfasst aber nicht alle konzeptionellen Aspekte, die mit Gesundheitsbildung gemeint sind.

Literatur:

Arbeitskreis Gesundheitsbildung, Rahmenplangesundheitsbildung an Volkshochschulen, Pädagogische Arbeitsstelle des Deutschen Volkshochschulverbandes, Bonn 1985;

Blättner B, Paradigmenwechsel: von der Gesundheitsaufklärung und -erziehung zur Gesundheitsbildung und -förderung, in: Weitkunat R/Haisch J/Kesseler M (Hg.), Public Health und Gesundheitspsychologie, Verlag Hans Huber, Bern 1997, 119-125;

Blättner B, Gesundheit läßt sich nicht lehren: professionelles Handeln von KursleiterInnen in der Gesundheitsbildung aus systemisch-konstruktivistischer Sicht, Klinkhardt, Bad Heilbrunn 1998;

Blättner B/Borkel A/Venth A, Anders leben lernen. Beiträge der Erwachsenenbildung zur Gesundheitsförderung, DIE, Frankfurt/M. 1996;

Wulfhorst B/Hurrelmann K, Gesundheitserziehung: Konzeptionelle und disziplinäre Grundlagen, in: Wulfhorst B/Hurrelmann K (Hg.): Handbuch Gesundheitserziehung, Verlag Hans Huber, Bern 2009, 9-34

Internetadressen:

www.berlin.de/vhs/kurse/gesundheit/leitbild.html *(Die Berliner Volkshochschulen)*

Verweise:

Determinanten von Gesundheit, Empowerment/Befähigung, Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Gender Mainstreaming, Gesundheitliche Aufklärung und Gesundheitserziehung, Gesundheitliche Chancengleichheit, Gesundheitsförderung 1: Grundlagen, Gesundheitsförderung 2: Entwicklung vor Ottawa 1986, Health Literacy / Gesundheitskompetenz, Partizipation: Mitentscheidung der Bürgerinnen und Bürger, Settingansatz / Lebensweltansatz

Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik/Healthy Public Policy

Waldemar Süß, Alf Trojan

(letzte Aktualisierung am 01.03.2015)

Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik gilt seit der Ottawa-Charta von 1986 als Schlüsselstrategie für ein aktives gesundheitsförderliches Handeln. Dementsprechend lautet die erste Forderung im Mehrebenenmodell der Gesundheitsförderung (Gesundheitsförderung 1): „Eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik entwickeln!" Im Text wird die Forderung erläutert:

„Gesundheitsförderung beinhaltet weit mehr als medizinische und soziale Versorgung. Gesundheit muss auf allen Ebenen und in allen Politiksektoren auf die politische Tagesordnung gesetzt werden. Politikern müssen dabei die gesundheitlichen Konsequenzen ihrer Entscheidungen und ihre Verantwortung für die Gesundheit verdeutlicht werden. Dazu wendet eine Politik der Gesundheitsförderung verschiedene, sich gegenseitig ergänzende Ansätze an, u.a. Gesetzesinitiativen, steuerliche Maßnahmen und organisatorisch strukturelle Veränderungen. Nur koordiniertes Handeln kann zu einer größeren Chancengleichheit im Bereich der Gesundheits-, Einkommens- und Sozialpolitik führen. Ein solches gemeinsames Handeln führt dazu, ungefährlichere Produkte, gesündere Konsumgüter und gesundheitsförderlichere soziale Dienste zu entwickeln sowie eine gesündere und erholsamere Umwelt zu schaffen. Eine Politik der Gesundheitsförderung muss Hindernisse identifizieren, die einer gesundheitsgerechteren Gestaltung politischer Entscheidungen und Programme entgegenstehen. Sie muss Möglichkeiten einer Überwindung dieser Hemmnisse und Interessengegensätze bereitstellen. Ziel muss es sein, auch politischen Entscheidungsträgern die gesundheitsgerechtere Entscheidung zur leichteren Entscheidung zu machen."

Eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik (Healthy Public Policy) ist wesentliche Voraussetzung, um Lebenswelten (Settings) gesundheitsfördernd gestalten zu können. Erst eine politisch-parlamentarisch entschiedene und auf der Führungsebene politisch vertretene gesundheitsfördernde Gesamtpolitik kann gesundheitsförderliche und präventive Maßnahmen im Kleinen wie im Großen, im Wohnquartier wie in größeren räumlichen Einheiten (Kommune, Region, Bundesland, Nationalstaat, Europa) erreichen.

Zu den sozialen **Determinanten**, die die Gesundheit wesentlich bestimmen, zählen qualifizierende Bildung, Zugang zu einer qualitativ gesundheitsfördernden Ernährung, angemessene Wohnbedingungen, ein stabiles Ökosystem (Klimawandel!), soziale Gerechtigkeit und Chancengleichheit, eine sorgfältige Verwendung begrenzter Ressourcen in Natur und Umwelt (Nachhaltigkeit) und schließlich als zentrales Gut Frieden (einschließlich des sozialen Friedens).

Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik wird dementsprechend von allen wichtigen Politikbereichen mitgestaltet: Arbeit, Soziales, Bildung, Stadtentwicklung, Umwelt, Ernährung, Verbraucherschutz, Wirtschaft, Familie, Jugend, Frauen, Seniorinnen/Senioren und vieles mehr. Zu einer solchen gesundheitsfördernden Gesamtpolitik gehören auch all jene Politikbereiche und Handlungsfelder, die an private (z.B. Vereine, Kirchen etc.) oder öffentliche Organisationen und Einrichtungen übertragen werden.

Kernelemente in der Herausbildung, Entwicklung und Umsetzung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik sind:

- Anerkennung der Handlungs- und Politikfelder des Mehrebenenmodells der Gesundheitsförderung der Ottawa-Charta sowie der drei zugehörigen Handlungs- und Umsetzungsstrategien: gesundheitliche Interessen vertreten (advocate), befähigen und ermöglichen (enable) und vermitteln und vernetzen (mediate).
- Anerkennung der Definition von Gesundheit der WHO (**Gesundheit**), um einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik eine breitere Basis geben zu können. Damit ist auch die Anerkennung der verschiedenen grundlegenden sozialen Determinanten für die Gesundheit gemeint, insbesondere der sozioökonomischen Bedingungen von Gesundheit und Lebensqualität (**soziale Ungleichheit**).
- Integrierte Gesundheits- und Sozialberichterstattung als rationale Entscheidungsgrundlage für eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik, wie im Public Health Action Cycle vorgesehen (**gesundheitspolitischer Aktionszyklus**, **Gesundheitsberichterstattung**). Dazu gehört die Etablierung einer erweiterten Gesundheitsverträglichkeitsprüfung im Sinne eines **Health Impact Assessment** für alle grundsätzlichen Entscheidungen genauso wie auch für Entscheidungen von besonderer Tragweite, wie etwa in der Energiepolitik oder in der Wirtschaftspolitik, wenn es um den Bau von Energieproduktionsstätten, die Ansiedlung von Unternehmen oder die Ausweitung von Gewerbeflächen geht.
- Schaffung von Strukturen für intersektorale Kooperation im Sinne ressortübergreifender Beschlüsse und Handlungsansätze auf unterschiedlichen politischen und sozialräumlichen Ebenen.
- Verankerung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik auf globaler, europäischer, nationaler, förderaler und kommunaler Ebene in den jeweiligen

politischen Leitprogrammen und -zielen (z.B. Ratsbeschlüsse auf kommunaler Ebene, nationale Regierungsprogramme und im Rahmen von EU-Verträgen zur Regelung der Zusammenarbeit in der Europäischen Union). Dabei kommt der gesundheitsfördernden Gesamtpolitik eine ähnliche richtungsweisende Aufgabe bei der Schaffung, Erhaltung und Verbesserung der Lebensqualität zu, wie sie die Wohlfahrtskonzepte für die Entwicklung der Nachkriegsgesellschaften in der westlichen Welt hatten.

» Die Programmatik der WHO umfasst eine *strategische Trias* von einander ergänzenden (teilweise auch sich überlappenden) Konzepten: Gesundheitsfördernde Lebenswelten, Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik und Intersektorale Zusammenarbeit.

„Gesundheitsfördernde Lebenswelten" bezeichnen dabei das *Ziel*, beziehen sich allerdings meist primär auf die kleinräumige Ebene von Settings.

„Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik" ist das *Instrument*, Lebenswelten gesundheitsfördernd zu gestalten.

„Intersektorale Zusammenarbeit" spricht die *Akteure* für eine Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik an. Auf der lokalen Ebene wird der Grundgedanke einer Gesundheitsfördernden Gesamtpolitik zumeist als integrierte Quartiers- bzw. Stadtentwicklungspolitik thematisiert. Im Bundesförderprogramm „Soziale Stadt" wird für die Gesamtheit von Zielen, Instrumenten und Akteuren von einem „integrierten Handlungskonzept" gesprochen.

Dabei gibt es drei für intersektorale Kooperation zu unterscheidende Bereiche im gesamtgesellschaftlichen Gefüge:

» Interne Zusammenarbeit innerhalb des politisch-administrativen Systems, d.h. zwischen verschiedenen Ministerien auf der nationalen oder Länderebene oder verschiedenen Referaten/Ressorts der Kommunalpolitik.

» Externe Kooperation des politisch-administrativen Systems mit relevanten Akteuren außerhalb des staatlichen oder kommunalen Bereichs.

» Zusammenarbeit von staatlichem Sektor, marktwirtschaftlichem Sektor und dem sogenannten „Dritten Sektor" (Freiwilligen-, gemeinnützigen Sektor) jenseits von Markt und Staat, auch oft als „Zivilgesellschaft" bezeichnet.

Eine Vernetzung und Verbindung von globalen und lokalen Politikansätzen und -programmen durch die vertikale Integration der verschiedenen Ebenen gehört ebenfalls zu einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik. Ein weiterer wichtiger Bestandteil ist die Beteiligung der Bürgerinnen und Bürger im jeweiligen sozialräumlichen Zielbereich. Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik soll durch **Partizipation** entwickelt und umgesetzt werden.

Die Kluft zwischen *Anspruch und Wirklichkeit* in der Entwicklung einer intersektoral angelegten verbindlichen gesundheitsfördernden Gesamtpolitik ist groß: „In einer idealen Welt wäre eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik ein rationaler Prozess, aber in Wirklichkeit läuft dieser Prozess nicht rational, sondern eher komplex und diffus ab, was als ‚muddling through' bzw. ‚sich durchwursteln' bezeichnet wird." (Naidoo und Wills 2010)

Es gibt allerdings auch positive Beispiele für die Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik bzw. für die Umsetzung einer solchen in wichtigen Teilbereichen. Dies sind z.B. auf der globalen Ebene die Einrichtung einer Kommission zu den sozialen Determinanten der Gesundheit durch die WHO 2005 sowie das Programm mit den Entwicklungszielen der UN für das 21. Jahrhundert (United Nations Development Programme 2006) oder auch die Formulierung und Weiterentwicklung der Agenda 21 seit der Rio-Konferenz 1992. Auf die Ergebnisse der WHO-Kommission zu den sozialen Determinanten hat die EU-Kommission mit weitreichenden multisektoralen politischen Aktivitäten, die für Gesundheitsförderung von großer Bedeutung sind, geantwortet (z.B. Closing the Gap, von 2004 bis 2007; Determine, von 2007 bis 2010). Auf der programmatischen Ebene der EU führte dies zum Beschluss einer 5-Jahres-Strategie (2008-2013), die gesundheitliche Ungleichheiten und die sozialen Determinanten der Gesundheit wieder mehr in den Vordergrund rückt (**http://ec.europa.eu/health/index_de.htm**).

Seit einigen Jahren wird in der internationalen Diskussion der Begriff „healthy public policies" ersetzt durch das Strategiekonzept „Health in All Policies". Die Erfahrungen in Europa wurden in einem Buch zusammengefasst. Bilanz des Erreichten und Forderungen für die zukünftige Entwicklung enthält das „Adelaide Statement on Health in All Policies". Dieses Papier umfasst nicht nur Begründungen und Visionen, sondern auch bewährte Instrumente und Beispiele dafür, wie Gesundheit in anderen Politikbereichen (und für sie) relevant ist. Das Statement soll kommende weltweite Konferenzen befruchten und inspirieren (World Conference on Social Determinants of Health 2011, Brasilien; 8th Global Conference on Health Promotion 2013, Finnland, sowie Vorbereitung der Millenniums-Ziele nach 2015).

Im Rahmen der Diskussionen um eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik benennt Ilona Kickbusch die wichtigsten Eckpfeiler eines neuen gesundheitspolitischen Handelns:

- Gesundheitspolitik ist gesundheitsfördernde Gesamtpolitik und fest in allen Politikbereichen verankert.
- Gesundheitspolitik ist langfristige Investitionspolitik.
- Gesundheitspolitik vernetzt eine Vielzahl von Politikbereichen im öffentlichen und privaten Bereich.

- Gesundheitspolitik fördert einen Gesundheitsmarkt, der zum wirtschaftlichen Wachstum, zur Gesundheit und Lebensqualität aller Bevölkerungsschichten beiträgt.
- Gesundheitspolitik fördert die aktive Teilnahme der Bürger und Bürgerinnen an der Gesundheit und stärkt ihre Rechte und Kompetenzen im Gesundheitssystem und auf dem Gesundheitsmarkt.
- Gesundheitspolitik zeigt globale Verantwortung.

Während diese Eckpfeiler stark Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik auf der internationalen Ebene ansprechen (**Globale Gesundheit**), wird für Gesundheitsförderer Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik am konkretesten relevant auf der lokalen Ebene im Rahmen der sogenannten „integrierten Programme“ (z.B. Soziale Stadt, Umwelt und Gesundheit; **Gesunde und soziale Stadt**, Kommunalpolitische Perspektive).

Literatur:

Adelaide Statement on Health in All Policies, moving towards a shared governance for health and well-being, WHO, Government of South Australia, Adelaide 2010;

Evers A/Farrant W/Trojan A, Healthy Public Policies at the Local Level, Oxford/Frankfurt am Main 1990;

Göpel E/Gesundheitsakademie e.V. (Hg.), Nachhaltige Gesundheitsförderung. Gesundheit gemeinsam gestalten - Band 4, Frankfurt am Main 2010;

Kickbusch I, Die Gesundheitsgesellschaft - Megatrends der Gesundheit und der Konsequenzen für Politik und Gesellschaft, Gamburg 2006;

Laverack G (Hg.), Gesundheitsförderung und Empowerment. Grundlagen und Methoden mit vielen Beispielen aus der praktischen Arbeit, Gamburg 2010;

Naidoo J/Wills J, Lehrbuch der Gesundheitsförderung. Überarbeitete, aktualisierte und durch Beiträge zum Entwicklungsstand in Deutschland erweiterte Neuauflage, hrsg. von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Gamburg 2010;

Nutbeam D, Glossar Gesundheitsförderung, Gamburg 1998

Rudolph, L, Caplan, J, Ben-Moshe, K, & Dillon, L, Health in All Policies: A Guide for State and Local Governments. Washington, DC and Oakland, CA: American Public Health Association and Public Health Institute 2013

Stahl T et al (eds.), Health in All Policies. Prospects and Potentials, Finland 2006;

Trojan A/Legewie H, Nachhaltige Gesundheit und Entwicklung. Leitbilder, Politik und Praxis der Gestaltung gesundheitsförderlicher Umwelt- und Lebensbedingungen, Frankfurt am Main 2001

Internetadressen:

http://ec.europa.eu/health/index_de.htm (Informationen zur EU Health Policy 2008 bis 2013)
www.health-inequalities.eu (Informationen zu Projekten und Aktivitäten der EU-Kommission)
www.who.int/social_determinants/en (Informationen zur WHO-Kommission und den sozialen Determinanten der Gesundheit)
www.phi.org/resources/?resource=hiapguide
www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/social-determinants/policy/entry-points-for-addressing-socially-determined-health-inequities/health-in-all-policies-hiap (Informationen der WHO Europe zu Health in all Policies)

Verweise:

Determinanten von Gesundheit, Gesundheit, Gesundheitsberichterstattung, Gesundheitsförderung 1: Grundlagen, Gesundheitsförderung und Gesunde / Soziale Stadt / Kommunalpolitische Perspektive, Globale Gesundheit / Global Health, Health Impact Assessment (HIA) / Gesundheitsverträglichkeitsprüfung, Partizipation: Mitentscheidung der Bürgerinnen und Bürger, Public Health Action Cycle / Gesundheitspolitischer Aktionszyklus, Soziale Ungleichheit und Gesundheit/Krankheit

Gesundheitsförderung 1: Grundlagen

Lotte Kaba-Schönstein

(letzte Aktualisierung am 15.06.2018)

Definition

Gesundheitsförderung ist (in der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung 1986) definiert als Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie dadurch zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Diese Definition ist in der Jakarta-Erklärung zur Gesundheitsförderung für das 21. Jahrhundert (1997) weiter entwickelt worden: Gesundheitsförderung ist ein Prozess, der Menschen befähigen soll, mehr Kontrolle über ihre Gesundheit zu erlangen und sie zu verbessern durch Beeinflussung der **Determinanten für Gesundheit**).

Im Einklang mit der Philosophie der WHO seit Alma-Ata 1977 ist der Ansatz der Gesundheitsförderung gekennzeichnet durch einen starken Fokus auf gesundheitliche und soziale Ungleichheiten und die Herstellung von Chancengleichheit (**Soziale Ungleichheit und Gesundheit**, **Chancengleichheit** und **Primäre Gesundheitsversorgung**).

Gesundheitsförderung ist nach dem Verständnis der WHO ein Konzept, das bei der Analyse und Stärkung der Gesundheitsressourcen und -potenziale der Menschen sowie auf allen gesellschaftlichen Ebenen ansetzt. Kennzeichnend für das Konzept Gesundheitsförderung ist deshalb die **salutogenetische Perspektive** mit der Fragestellung, wie und wo Gesundheit hergestellt wird.

Diese Perspektive führt zur Identifikation von Ressourcen und Potenzialen und ermöglicht deren gezielte Stärkung. Insofern bedeutete Gesundheitsförderung ursprünglich eine Abkehr von einer lediglich an der Pathogenese und an Risiken und **Risikofaktoren** orientierten Perspektive der Gesundheitserziehung und **Prävention** (**Gesundheitliche Aufklärung und Gesundheitserziehung**). Inzwischen wird die an salutogenen Ressourcen und Potenzialen orientierte Gesundheitsförderung überwiegend als gleichrangige Ergänzung der an pathogenen Risiken orientierten Prävention angesehen. Waller versteht Gesundheitsförderung und Prävention als die beiden grundlegenden Strategien zur Verbesserung und Erhaltung der Gesundheit (siehe Abbildung).

Gesundheitsförderung ist ein komplexer sozialer und gesundheitspolitischer Ansatz, der ausdrücklich sowohl die Verbesserung von gesundheitsrelevanten **Lebensweisen** als auch

die Verbesserung von gesundheitsrelevanten Lebensbedingungen umfasst. Gesundheitsförderung will nicht nur individuelle Lebens- und Handlungsfähigkeiten beeinflussen und Menschen zur Verbesserung ihrer Gesundheit befähigen. Sie zielt darüber hinaus auf ökonomische, soziale, ökologische und kulturelle Faktoren und auf politische Interventionen zur Beeinflussung dieser gesundheitsrelevanten Faktoren (**Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik**, **Gesundheitspolitik**).

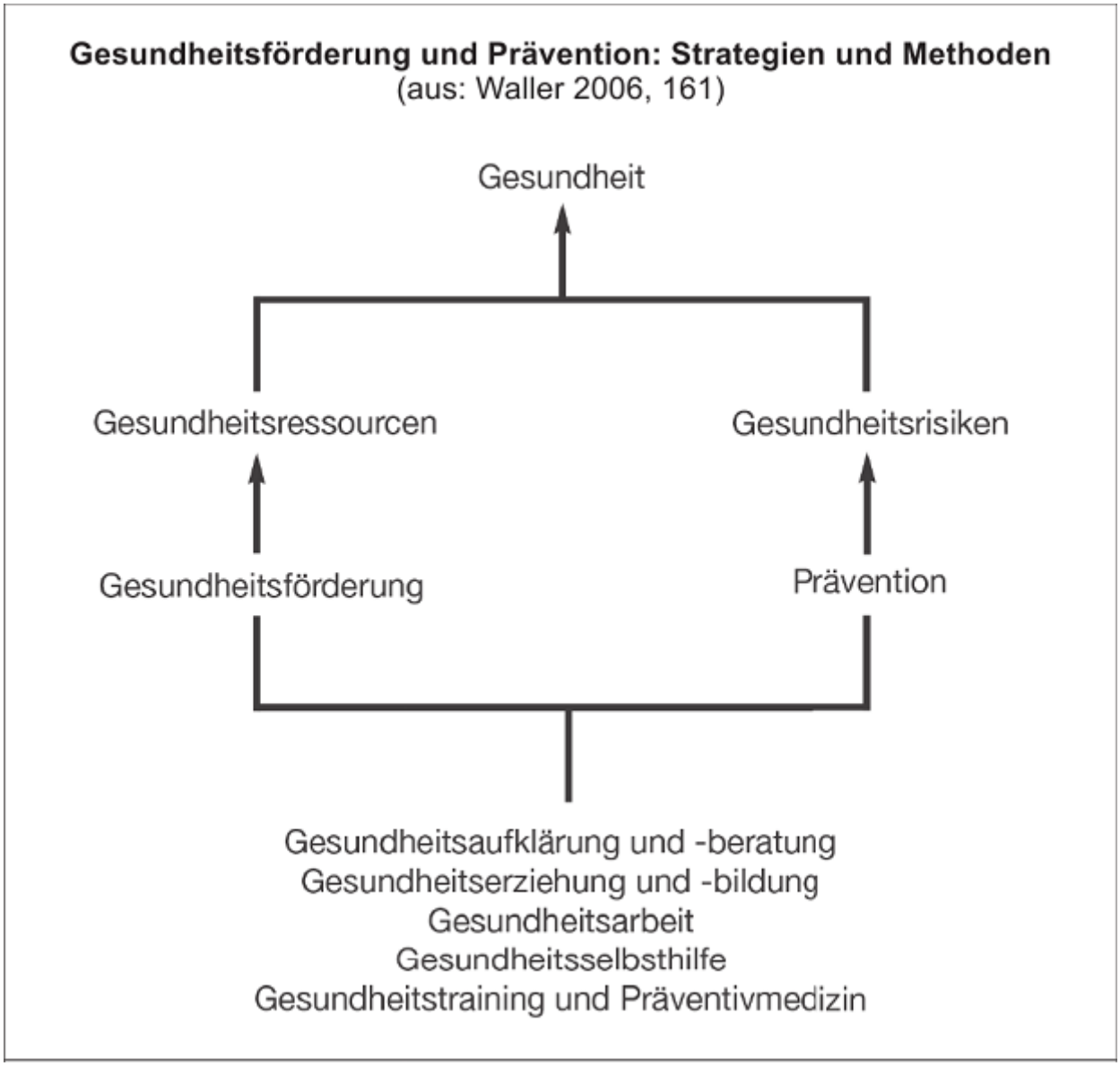


Abb. 1. Gesundheitsförderung und Prävention: Strategien und Methoden (Waller 2006, S. 161)

Zu den Maßnahmen der Gesundheitsförderung gehören z. B. die Gesetzgebung zur Reduktion von Gesundheitsbelastungen und zur Unterstützung von Gesundheitshandeln, (**Health Impact Assessment/Gesundheitsverträglichkeitsprüfung**) sowie gesundheitsförderliche Strukturmaßnahmen zur Verbesserung von Wohnbedingungen und Wohnumfeld, Mobilität, Arbeitsbedingungen und Gemeinschaftsverpflegung in verschiedenen Insti-

tutionen (**Gesundheitsschutz**). Durch gesundheitspolitische Interventionen sollen die Handlungs- und Wahlmöglichkeiten der Menschen erweitert werden und soll „die gesündere Wahl zur leichteren Wahl“ gemacht werden (**Verwirklichungschancen / Capabilities**).

Die Ziele und Prinzipien von Gesundheitsförderung wurden erstmals 1984 vom Europäischen Regionalbüro der WHO in dem Grundsatzpapier „Diskussionsgrundlage über Konzept und Prinzipien“ zusammengefasst. Schon dieses erste eigenständige (inoffizielle) Grundsatzdokument der Gesundheitsförderung bezeichnet als Ziele von Gesundheitsförderung die Befähigung von Menschen, größeren Einfluss auf die Erhaltung und Verbesserung ihrer Gesundheit zu nehmen und die Bedingungen und Ursachen von Gesundheit zu beeinflussen (in heutiger Terminologie: die Determinanten der Gesundheit zu beeinflussen). Daraus resultiert die Notwendigkeit einer engen Zusammenarbeit vieler Bereiche mit vielfältigen Faktoren. Die Abbildung fasst die wichtigen Perspektiven und Prinzipien von Gesundheitsförderung aus damaliger Sicht zusammen.

Konzept und Prinzipien der Gesundheitsförderung
(aus: Regionalbüro für Europa der WHO 1984)

- Sozioökologisches Verständnis der ständigen Wechselwirkungen zwischen Mensch und Umwelt
- Blick auf die gesamte Bevölkerung in ihren alltäglichen Lebenszusammenhängen und nicht ausschließlich auf spezifische Risikogruppen
- Verbindung unterschiedlicher, aber einander ergänzender Maßnahmen oder Ansätze, einschließlich Information, Erziehung, Gesetzgebung, steuerlicher Maßnahmen, organisatorischer Regelungen, gemeindenaher Veränderungen sowie spontaner Schritte gegen Gesundheitsgefährdungen
- Konkrete und wirkungsvolle Beteiligung der Öffentlichkeit
- Gesundheitsförderung als primäre Aufgabe im Gesundheits- und Sozialbereich und keine „medizinische Dienstleistung“

Diese Ziele und Prinzipien wurden 1986 in der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung als erstes wegweisendes und offizielles Dokument veröffentlicht und 1997 in der Jakarta-Erklärung zur Gesundheitsförderung für das 21. Jahrhundert bestätigt und weiterentwickelt (**Gesundheitsförderung 2** und **3**).

Die Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung
- Aktionsstrategien und Handlungsbereiche/Handlungsebenen der Gesundheitsförderung

Die Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung fasst die wichtigsten Aktionsstrategien und Handlungsbereiche der Gesundheitsförderung zusammen. Sie unterscheidet drei grundlegende Handlungsstrategien und fünf vorrangige Handlungsbereiche der Gesundheitsförderung (siehe Abbildung).

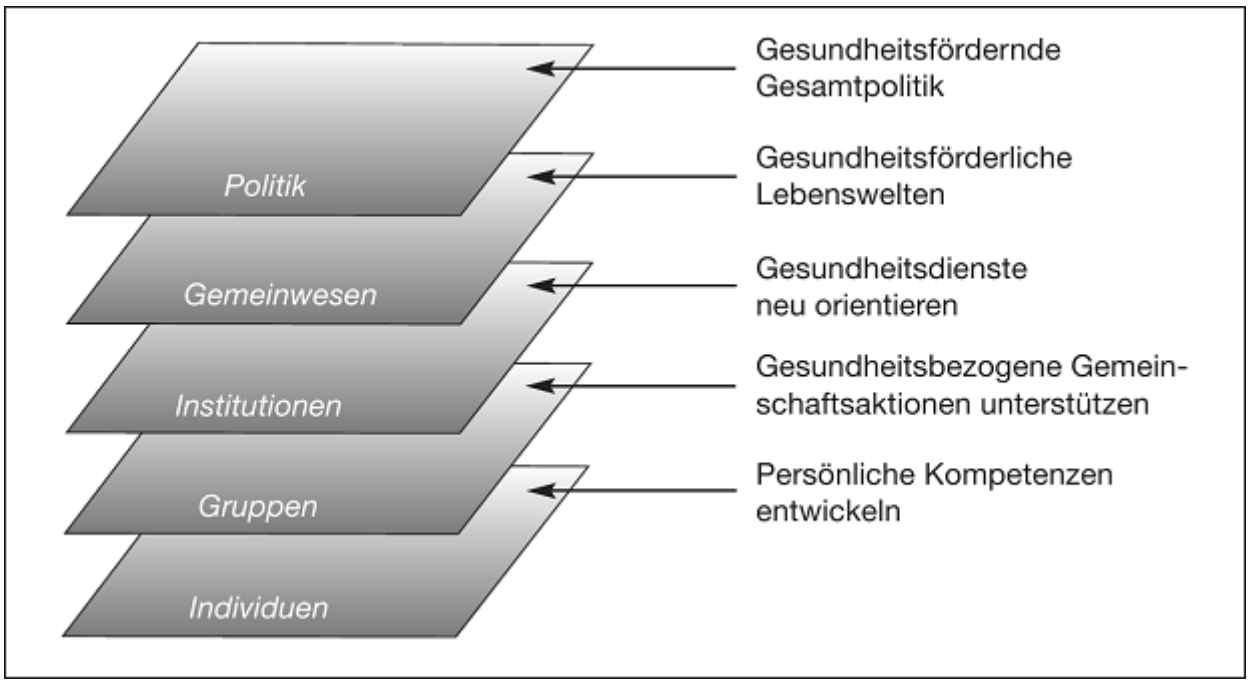


Abb.2 Mehrebenenmodell der Gesundheitsförderung (modifiziert nach Projekt Gesundheitsförderung, Universität Bielefeld/Göpel o. J.)

Als Handlungsstrategien der Gesundheitsförderung werden hervorgehoben:

- Anwaltschaft für Gesundheit („advocacy“ - übersetzt auch als „Interessen vertreten und durchsetzen“ oder „Parteinehmen“), **Anwaltschaft** meint das aktive Eintreten für Gesundheit im Sinne der Beeinflussung politischer, ökonomischer, sozialer, kultureller, biologischer Faktoren sowie von Umwelt- und Verhaltensfaktoren.
- Befähigen und ermöglichen („enable“) spricht v.a. Konzepte wie **Kernkompetenzen professioneller Gesundheitsförderung** und **Empowerment** an mit dem Ziel, bestehende Unterschiede des Gesundheitszustands zu verringern und selbstständig das größtmögliche Gesundheitspotenzial zu verwirklichen (**Health Literacy/Gesundheitskompetenz**).
- Vermitteln und vernetzen („mediate“), **Vermitteln und Vernetzen** meint die aktive und dauerhafte Kooperation mit allen Akteuren innerhalb und außerhalb des Gesundheitswesens.

Die fünf vorrangigen Handlungsebenen und -bereiche der Gesundheitsförderung sind:

1. Entwicklung einer **Gesundheitsfördernden Gesamtpolitik** („build healthy public policy". Da Gesundheitsförderung über medizinische und soziale Versorgung hinausgeht, muss Gesundheit auf allen Ebenen und in allen Politikbereichen auf die politische Tagesordnung gesetzt werden und müssen Politiker und Politikerinnen die gesundheitlichen Konsequenzen ihrer Entscheidungen und ihrer Verantwortung für Gesundheit deutlich machen. Eine Politik der Gesundheitsförderung wendet dazu verschiedene, sich gegenseitig ergänzende Ansätze an, z. B. Gesetzesinitiativen, steuerliche Maßnahmen, organisatorisch-strukturelle Veränderungen.

2. Gesundheitsförderliche Lebenswelten schaffen („create supportive environments") - auch als Schaffen unterstützender Umweltbedingungen übersetzt. Die enge Verbindung zwischen Mensch und Umwelt wird als die Grundlage für einen sozialökologischen Weg zur Gesundheit angesehen. Gesundheitsförderung schafft sichere, anregende und befriedigende Arbeits- und Lebensbedingungen und macht den Schutz der natürlichen und sozialen Umwelt sowie die Erhaltung der natürlichen Ressourcen zu ihrem Thema (**Nachhaltigkeit und nachhaltige Gesundheitsförderung**, **Ökologische und humanökologische Perspektive, Settingansatz**).

3. Gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen unterstützen („strengthen community action"). Zentrales Anliegen der Gesundheitsförderung ist die Unterstützung von Nachbarschaften, Gemeinschaftsaktivitäten von Bürgern und Bürgerinnen, Selbsthilfeaktivitäten und Gemeinden im Sinne vermehrter Selbstbestimmung, Autonomie und Kontrolle über ihre eigenen Gesundheitsbelange (**Gemeindepsychologische Perspektive, Gesundheitsbezogene Gemeinwesenarbeit, Partizipation Selbsthilfe, Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeförderung Soziale Netzwerke und Netzwerkförderung**).

4. Persönliche Kompetenzen entwickeln („develop personal skills"). Gesundheitsförderung unterstützt die Entwicklung von Persönlichkeit und sozialen Fähigkeiten durch Information, gesundheitsbezogene Bildung sowie die Verbesserung sozialer Kompetenzen und lebenspraktischer Fertigkeiten. Sie will dadurch den Menschen helfen, mehr Einfluss auf ihre eigene Gesundheit und ihre Lebenswelt auszuüben. Sie will ihnen zugleich ermöglichen, Veränderungen in ihrem Lebensalltag zu treffen, die ihrer Gesundheit zugutekommen. In diesem Zusammenhang sollen Menschen zu lebenslangem Lernen befähigt werden, ihnen soll geholfen werden, mit den verschiedenen Phasen ihres Lebens sowie eventuellen chronischen Erkrankungen und Behinderungen umgehen zu können (**Gesundheitliche Aufklärung und Gesundheitserziehung**, **Gesundheitsberatung, Gesundheitsbildung Health Literacy/Gesundheitskompetenz Lebenskompetenzen und Kompetenzförderung, Patientenberatung/-edukation**).

5. Die Gesundheitsdienste neu orientieren („reorient health services"). Die Gesundheitsdienste sollen ein Versorgungssystem entwickeln, das über die medizinisch-kurativen Betreuungsleistungen hinaus auf die stärkere Förderung von Gesundheit ausgerichtet ist und sich an den Bedürfnissen der Menschen als ganzheitliche Persönlichkeiten orientiert (**Gesundheitsförderung und Krankenhaus**). Die Angehörigen der Gesundheitsdienste sollen die Möglichkeiten der Koordination zwischen dem Gesundheitssektor und den anderen gesundheitsrelevanten sozialen, politischen und ökonomischen Kräften verbessern.

Die verschiedenen Handlungsebenen und -bereiche der Gesundheitsförderung werden auch als „Mehrebenenansatz" der Gesundheitsförderung bezeichnet. Er stellt ein integratives Konzept dar mit Wechselwirkungen zwischen den einzelnen Handlungsebenen.

Der fünfte Handlungsbereich „Gesundheitsdienste neu orientieren" wurde in der Folgezeit und in Darstellungen des Ansatzes verallgemeinert zur Ebene der „Institutionen". Die fünf Handlungsbereiche und -ebenen der Charta wurden auf der 4. Konferenz von Jakarta 1997, elf Jahre nach der Konferenz und Charta von Ottawa, ausdrücklich als wirksame „Strategien" bestätigt (**Gesundheitsförderung 3: Entwicklung nach Ottawa**).

Akteure, beteiligte Berufsgruppen, Zielgruppen und Voraussetzungen der Gesundheitsförderung: Der komplexe Ansatz und Prozess der Gesundheitsförderung ist nicht vorrangig eine Aufgabe des Medizinsystems oder des Gesundheitswesens sowie seiner Berufsgruppen. Er erfordert die aktive Beteiligung der Bevölkerung und die Kooperation einer Vielzahl von Akteuren, Sektoren und Berufsgruppen auf allen Ebenen, insbesondere die intersektorale Kooperation.

Gesundheitsförderung richtet sich an alle Menschen in allen **Lebenslagen und Lebensphasen**. Dies umfasst auch ausdrücklich Menschen mit chronischen Erkrankungen und Behinderungen. Durch lebenslanges Lernen sollen Menschen befähigt werden, verschiedene Lebensphasen und eventuell chronische Erkrankungen und Behinderungen zu bewältigen.

Die Ottawa-Charta benennt grundlegende Bedingungen und konstituierende Momente von Gesundheit, an die jede Verbesserung des Gesundheitszustandes zwangsläufig fest gebunden sei: Frieden, angemessene Wohnbedingungen, Bildung, Ernährung, Einkommen, ein stabiles Ökosystem, eine sorgfältige Verwendung vorhandener Naturressourcen, soziale Gerechtigkeit und Chancengleichheit.

Settingansatz der Gesundheitsförderung: Eine Kernstrategie der Gesundheitsförderung ist der **Settingansatz/Lebensweltansatz**), der Gesundheitsförderung auf die Lebensbereiche, Systeme und Organisationen wie Stadt, Gemeinde, Quartier, Kindertageseinrichtung, Schule, Hochschule, Betrieb etc. ausrichtet, in denen Menschen einen großen Teil ihrer Lebenszeit verbringen und die mit ihrem sozialen Gefüge und mit ihrer Organisations-

struktur und -kultur die Gesundheit der Einzelnen beeinflussen (Gesundheit wird im Alltag hergestellt und aufrechterhalten, Gesundheitsförderung muss folglich im Lebensalltag ansetzen und diesen gesundheitsförderlich gestalten). Eng verbunden mit dem Settingansatz ist die **Organisationsentwicklung als Methode der Gesundheitsförderung**, die einen Prozess geplanter organisatorischer Veränderung der Settings und Systeme anregt und unterstützt.

Der Settingansatz ist als wichtigste Umsetzungsstrategie der Gesundheitsförderung zur Verbindung der fünf Handlungsebenen weiterentwickelt worden und hat sich bewährt. Er ist im gesundheitspolitischen Grundsatzprogramm für Europa „Gesundheit21“ (1998) ausdrücklich als besonders bedeutsam und wirksam herausgehoben worden (**Gesundheitsförderung 3: Entwicklung nach Ottawa**).

Die Ziele, Prinzipien und Handlungsebenen und -strategien wurden auf der Internationalen Gesundheitsförderungs-Konferenz von Jakarta 1997 bilanziert und aktualisiert und in einer Erklärung zusammengefasst.

Die Jakarta-Erklärung zur Gesundheitsförderung für das 21. Jahrhundert (1997)

Die Konferenz von Jakarta fand 1997 zur Würdigung und Evaluation der vergangenen Dekade nach Ottawa und zur Entwicklung von Perspektiven für das 21. Jahrhundert statt. Die Jakarta-Erklärung benennt als Ziel der Gesundheitsförderung

„den größtmöglichen Gesundheitsgewinn für die Bevölkerung zu erreichen, maßgeblich zur Verringerung der bestehenden gesundheitlichen Ungleichheiten beizutragen, die Menschenrechte zu stärken und soziale Ressourcen aufzubauen. Letztendlich gilt es, die Gesundheitserwartung zu vergrößern und die diesbezügliche Kluft zwischen Ländern und Bevölkerungsgruppen zu verringern.“

Der neu eingeführte Begriff des Gesundheitsgewinns bietet die Möglichkeit, die Verbesserung von Gesundheitsergebnissen auszudrücken und alternative Interventionen hinsichtlich des größtmöglichen Gesundheitsgewinns zu vergleichen. Als Gesundheitsergebnisse werden Veränderungen im Gesundheitszustand eines Individuums, einer Gruppe oder einer Bevölkerung verstanden, die einer geplanten, systematischen Intervention oder Folge von Interventionen zugerechnet werden können. Hurrelmann hat in Anlehnung an Pelikan und Halbmayer die Orientierung am Erzielen von Gesundheitsgewinn zur Kennzeichnung und Unterscheidung von Gesundheitsförderung und Prävention dargestellt (siehe Abb. unten).

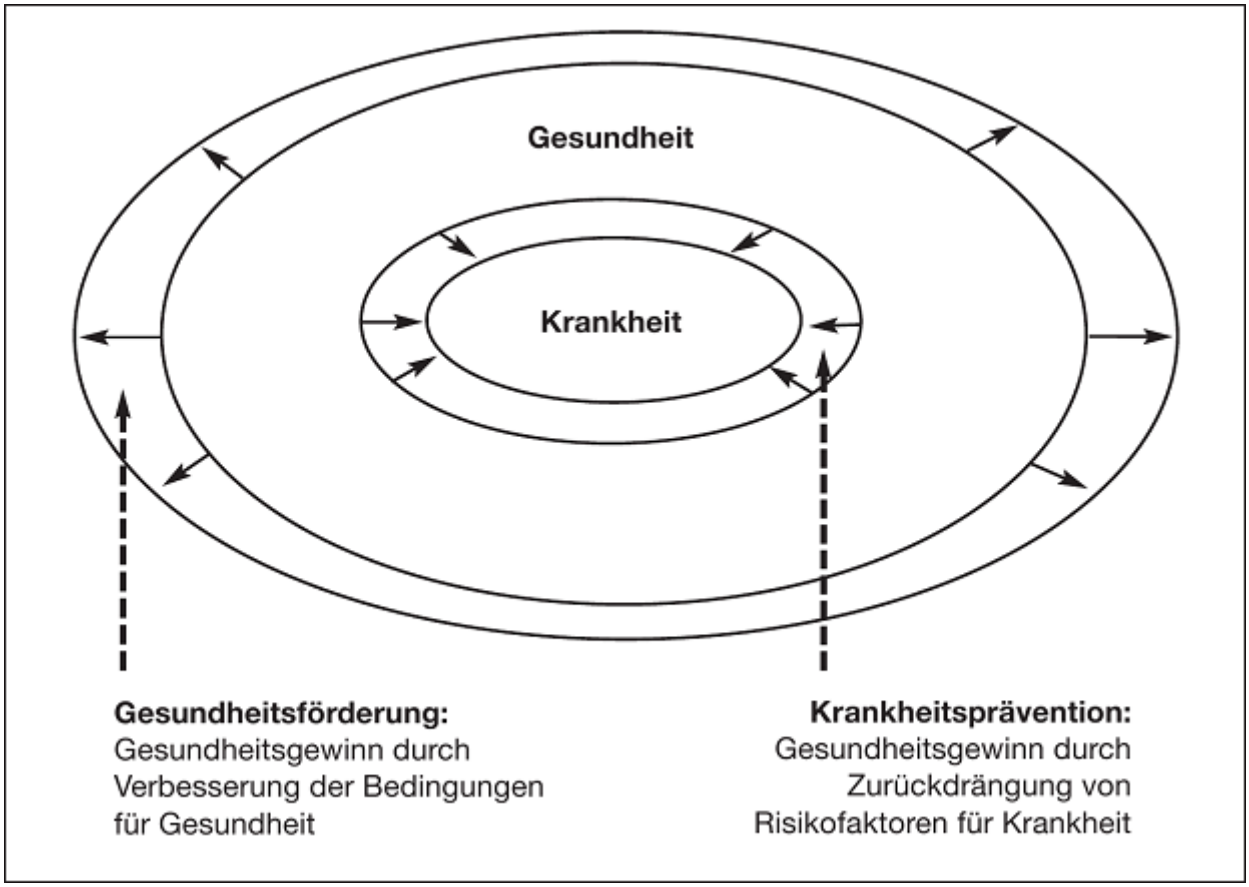


Abb.3 Gesundheitsgewinn bei Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention (aus: Hurrelmann 2006, 99)

In der Jakarta-Erklärung, die sich als Handlungsrahmen für Gesundheitsförderung versteht, werden die Voraussetzungen für Gesundheit benannt. Armut wird als größte Bedrohung der Gesundheit hervorgehoben. Bei den Determinanten für Gesundheit gelten als neue Herausforderungen demografische Trends wie die Verstädterung und die steigende Zahl älterer Menschen, die hohe Prävalenz chronischer und psychischer Erkrankungen, neue und wieder auftretende Infektionskrankheiten und transnationale Faktoren wie die Globalisierung der Wirtschaft und Informationstechnologie. Als entscheidend für den Erfolg der Gesundheitsförderung werden die fünf in der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung aufgezeigten Handlungsebenen und -strategien aufgeführt und bestätigt. Der wissenschaftliche Erkenntnisstand zeige,

- dass umfassende Ansätze der Gesundheitsentwicklung am wirksamsten sind, d.h. solche, die die fünf Handlungsbereiche und -strategien kombinieren
- dass insbesondere Settings als Lebensbereiche, in denen Menschen den größten Teil ihrer Zeit verbringen, gute Möglichkeiten zur praktischen Umsetzung solcher umfassender Strategien bieten
- dass die Einbeziehung der Bevölkerung in gesundheitsfördernde Entscheidungen unerlässlich für eine dauerhafte Umsetzung und Wirksamkeit ist.

Um die alten und neuen Herausforderungen für die Gesundheitsförderung meistern zu können, bedürfe es neuer Handlungsformen. Hiermit ist insbesondere die Notwendigkeit einer verbesserten intersektoralen Zusammenarbeit und das Entwickeln neuer, gleichberechtigter Partnerschaften für Gesundheit gemeint (**Partnerschaften für Gesundheit)**. Fünf Prioritäten der Gesundheitsförderung für das 21. Jahrhundert werden formuliert:

- Förderung sozialer Verantwortung für Gesundheit,
- Ausbau der Investitionen in die Gesundheitsentwicklung,
- Festigung und Ausbau von Partnerschaften für Gesundheit,
- Stärkung der gesundheitsfördernden Potenziale von Gemeinschaften und der Handlungskompetenz des Einzelnen,
- Sicherstellung einer Infrastruktur für die Gesundheitsförderung.

Die Erklärung schließt mit einem Aufruf zum Handeln und fordert ein weltweites Bündnis zur Gesundheitsförderung.

Im Verständnis der Konferenzen von Ottawa und Jakarta definiert sich das Konzept Gesundheitsförderung durch das Zusammenführen von zwei strategischen Ansätzen: die Stärkung von persönlicher und sozialer Gesundheitskompetenz verbunden mit einer systematischen Politik, die auf die Verbesserung von Gesundheitsdeterminanten und den Abbau von gesundheitlicher Ungleichheit abzielt. Strategische Schlüsselpunkte sind dabei die salutogenetische Perspektive, Empowerment und Selbstbestimmung sowie die Intersektoralität (Altgeld und Kickbusch 2012).

Die folgende Abbildung fasst die grundlegenden Perspektiven und Orientierungen der Gesundheitsförderung, wie sie 1986 in der Ottawa-Charta begründet und 1997 in der Jakarta-Erklärung bestätigt worden sind, tabellarisch zusammen.

Perspektiven und Orientierungen der Gesundheitsförderung	
Orientierung an Gesundheit	Konzeptioneller historischer Wendepunkt und grundlegend für das Handlungskonzept Gesundheitsförderung; Umorientierung von der Verhütung von Krankheiten zur Förderung von Gesundheit und zu der Frage, wo und wie Gesundheit hergestellt wird, ist auch als Paradigmenwechsel bezeichnet worden, etwas vorsichtiger als Perspektivenwechsel (**salutogenetische Perspektive**)

Orientierung an Kompetenzen, Schutzfaktoren und Ressourcen	Statt Orientierung an Risiken und Defiziten wie in der Prävention von Krankheiten
Verständnis von Gesundheit als Kompetenz zur selbstbestimmten Lebensgestaltung und -bewältigung	Gesundheitsförderung auf der Ebene des Individuums und von Gruppen und Gemeinschaften als Befähigung, Kompetenzförderung und Empowerment
Sozialökologisches Verständnis von Gesundheit und Gesundheit beeinflussenden Faktoren	Orientierung auf die politische Gestaltung der gesundheitsrelevanten Faktoren und Bedingungen (im Sinne von Bedingungs- und Strukturgestaltung) und Betonung der Notwendigkeit intersektoraler Zusammenarbeit auch und gerade von und mit Sektoren außerhalb des Gesundheitswesens
Partizipation und Empowerment	Teilhabe aller Betroffenen und Beteiligten; Unterstützung von Selbsthilfeaktivitäten, Entwicklung und Stärkung von Individuen, Gruppen, Organisationen
Lebenswelt- und Alltagsorientierung	Lebensweisen, Settingansatz
Gemeinwesenorientierung	Gesundheitsbezogene Gemeinwesenarbeit, Gemeindeorientierung
Gesundheitliche Chancengleichheit	Verringerung sozial bedingter Ungleichheiten der Gesundheit; Gesundheitsförderung mit sozial benachteiligten Menschen/Gruppen

Literatur:

Altgeld T/Kickbusch I, Gesundheitsförderung, in: Public Health. Gesundheit und Gesundheitswesen. 3.Auflage, München 2012, 187-197;

Blättner E/Waller, H, Gesundheitswissenschaft, Stuttgart 2011;

Bundesministerium für Gesundheit und Umweltschutz, Wien (Hg.), Europäische Monographien zur Forschung, in Gesundheitserziehung 6, Wien 1984;

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.), Europäische Monographien zur Forschung in Gesundheitserziehung 5, Köln 1983;

Franzkowiak P/Sabo P (Hg.), Dokumente der Gesundheitsförderung, Mainz 1993;

Hurrelmann K/Laaser U/Richter M, Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention, in: Handbuch Gesundheitswissenschaften, 6. Auflage, Weinheim 2016;

Hurrelmann K, Gesundheitssoziologie, Weinheim 2006;

Hurrelmann K/Richter M, Gesundheits- und Medizinsoziologie, Weinheim 2013;

Kickbusch I/Hartung S, Die Gesundheitsgesellschaft. Konzepte für eine gesundheitsförderliche Politik, Bern 2014;

Naidoo J/Wills J, Lehrbuch der Gesundheitsförderung. Überarbeite, aktualisierte und durch
Beiträge zum Entwicklungsstand in Deutschland erweiterte Neuauflage, in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.), Köln 2010;

Regionalbüro für Europa der WHO, Gesundheitsförderung - Eine Diskussionsgrundlage über Konzept und Prinzipien, 1984, in: Franzkowiak P/Sabo P (Hg.), Dokumente der Gesundheitsförderung, Mainz 1993, 78-83;

Ruckstuhl B, Gesundheitsförderung. Entwicklungsgeschichte einer neuen Public Health Perspektive. Mit Zeitzeugeninterviews, Weinheim 2011;

Trojan A/Legewie H, Nachhaltige Gesundheit und Entwicklung. Leitbilder, Politik und Praxis der Gestaltung gesundheitsförderlicher Umwelt- und Lebensbedingungen. Frankfurt 2001;

Waller H, Gesundheitswissenschaft, Stuttgart 2006;

WHO, Milestones in Health Promotion. Statements from Global Conferences, Genf 2009;

Internetadressen:

www.who.int
www.euro.who.int
www.gesundheitsfoerdernde-hochschulen.de (Basiswissen Gesundheitsförderung/Historische Entwicklung)

Verweise:

Anwaltschaft - Vertretung und Durchsetzung gesundheitlicher Interessen, Determinanten von Gesundheit, Empowerment/Befähigung, Gemeindepsychologische Perspektiven auf Gesundheit und Krankheit, Gesundheitliche Aufklärung und Gesundheitserziehung, Gesundheitliche Chancengleichheit, Gesundheitsberatung, Gesundheitsbezogene Gemeinwesenarbeit, Gesundheitsbildung, Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik / Healthy Public Policy, Gesundheitsförderung 2: Entwicklung vor Ottawa 1986, Gesundheitsförderung 3: Entwicklung nach Ottawa, Gesundheitsförderung und Krankenhaus, Gesundheitspolitik, Gesundheitsschutz, Health Impact Assessment (HIA) / Gesundheitsverträglichkeitsprüfung, Health Literacy / Gesundheitskompetenz, Kernkompetenzen professioneller Gesundheitsförderung, Lebenskompetenzen und Kompetenzförderung, Lebenslagen und Lebensphasen, Lebensweisen / Lebensstile, Nachhaltigkeit und nachhaltige Gesundheitsförderung, Ökologische und humanökologische Perspektive, Organisationsentwicklung als Methode der Gesundheitsförderung, Partizipation: Mitentscheidung der Bürgerinnen und Bürger, Partnerschaften für Gesundheit, Patientenberatung / Patientenedukation, Primäre Gesundheitsversorgung / Primary Health Care, Prävention und Krankheitsprävention, Risikofaktoren und Risikofaktorenmodell, Salutogenetische Perspektive, Selbsthilfe, Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeförderung, Settingansatz / Lebensweltansatz, Soziale Netz-

werke und Netzwerkförderung, Soziale Ungleichheit und Gesundheit/Krankheit, Vermitteln und Vernetzen, Verwirklichungschancen/ Capabilities

Gesundheitsförderung 2: Entwicklung vor Ottawa 1986

Lotte Kaba-Schönstein

(letzte Aktualisierung am 15.06.2018)

Konzept und Prinzipien der Gesundheitsförderung sind in den 1980er-Jahren in den Industriestaaten Europas, Nordamerikas und Australiens entwickelt worden. Das Gesundheitsförderungskonzept, wie es 1986 in der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung zusammengefasst wurde, ist als ein Aktionsprogramm zur Verwirklichung der gesundheitspolitischen Ziele „Gesundheit für alle 2000“ (GFA 2000) entwickelt worden (**Gesundheitsförderung 1: Grundlagen**). Das Programm wurde vom Regionalbüro Europa der Weltgesundheitsorganisation (WHO) initiiert, mitentwickelt und durchgeführt und ist später vom WHO-Hauptbüro in Genf als überregionales Projekt übernommen worden. Das Konzept und der Begriff Gesundheitsförderung haben sich weltweit verbreitet, werden jedoch nicht immer einheitlich verstanden (**Gesundheitsförderung 3: Entwicklung nach Ottawa**).

Die gesundheitspolitische und konzeptionelle Entwicklung im Rahmen der Weltgesundheitsorganisation und ihrer jeweiligen Regionalbüros verläuft typischerweise über internationale bzw. Welt-Versammlungen und -Konferenzen und deren Entschließungen. Die Abbildung „Gesundheitspolitische Rahmenprogrammatik: Historische Wendepunkte und Meilensteine de Gesundheitsförderung auf internationaler Ebene“ in **Gesundheitsförderung 3: Entwicklung nach Ottawa** zeigt die Zusammenhänge und die zeitliche Abfolge der für die internationale Entwicklung der Gesundheitsförderung bedeutsamen Konferenzen und Entschließungen und sonstiger Einflussfaktoren.

Bedeutsame Grundlagen und Wendepunkte dieser Entwicklung zur Gesundheitsförderung sind die Verabschiedung der gesundheitspolitischen Zielsetzung „Gesundheit für alle“ (GFA), die Konferenz und Deklaration von Alma-Ata (1978), die Entwicklung eines Europäischen Regionalprogramms GFA 2000 (1984) und die Einrichtung eines WHO-Programms Gesundheitsförderung (1984). Von Einfluss auf die Entwicklung des neuen Konzepts Gesundheitsförderung war auch die Kritik an einer einseitig naturwissenschaftlich orientierten Medizin, **Prävention** und Gesundheitserziehung. Sie wurde ergänzt durch Kritik und Anregungen aus den neuen sozialen Bewegungen der 1970erund 1980er-Jahre (Gesundheits-, Umwelt-, Verbraucher-, Frauen- und Selbsthilfebewegung).

Die 1986 verabschiedete Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung ist ein Aktionsprogramm zur Verwirklichung der Ziele GFA 2000 sowie ein Handlungsanstoß für eine „New Public Health“ (**Gesundheitswissenschaften/Public Health**). Sie fasst die bis dahin erfolgte Konzeptentwicklung zusammen und ist das Schlüsseldokument der weiteren konzeptionellen Entwicklung sowie der internationalen Verbreitung von Gesundheitsförderung. In den internationalen Ottawa-Nachfolgekonferenzen von Adelaide (1988) und Sundsvall (1991) werden jeweils einzelne Handlungsbereiche der Ottawa-Charta spezifiziert. 1997 werden auf der Konferenz von Jakarta die Erfahrungen und Ergebnisse seit der Verabschiedung der Ottawa-Charta bilanziert, die Kernbereiche und Strategien der Charta bestätigt und weiterentwickelt. Die globale und die regionale Rahmenstrategie für Gesundheitsförderung: Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000 wird 1998 zur „Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert / Gesundheit21“ aktualisiert und den Anforderungen des 21. Jahrhunderts angepasst. Die 5. Internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung in Mexiko-City verabschiedet 2000 erstmals eine Erklärung der Gesundheitsminister zur Gesundheitsförderung und einen Rahmen für nationale Aktionspläne zur Gesundheitsförderung (zur Entwicklung nach 1986 siehe **Gesundheitsförderung 3: Entwicklung nach Ottawa**).

„Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000“,
Konferenz und Deklaration von Alma-Ata (1978)

Die gesundheitspolitische Rahmenprogrammatik für Gesundheitsförderung geht zurück auf die Resolution der 30. Weltgesundheitsversammlung von Genf 1977. Hier wurde entschieden, dass „das vorrangige soziale Ziel von Regierungen und WHO in den kommenden Jahrzehnten das Erreichen eines Grades von Gesundheit für alle Bürger der Welt bis zum Jahr 2000 sein soll, der ihnen erlaubt, ein sozial und ökonomisch produktives Leben zu führen“. Diese Zielsetzung wurde als „Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000“ bekannt. Ein Jahr später wurde diese Entwicklung fortgeführt mit der von WHO und UNICEF in Alma-Ata veranstalteten Internationalen Konferenz zur **Primären Gesundheitsversorgung/ Primary Health Care (PHC)**

Die Deklaration von Alma-Ata (1978) ist ein Schlüsseldokument in der Entwicklung und Weiterentwicklung der Strategie „Gesundheit für alle“. Sie ist Grundlage der daraus abgeleiteten Gesundheitsförderung. Die Deklaration enthält bereits die Kernelemente der weltweiten gesundheitspolitischen Programmentwicklung bis heute und wird als Wendepunkt der bis dahin eng medizinisch orientierten Weltgesundheitsorganisation eingeschätzt.

So wird erstmals explizit darauf hingewiesen, dass zum Erreichen der **Gesundheitsziele** das Zusammenwirken von sozialen und ökonomischen Sektoren außerhalb des Gesundheitssektors und die Beteiligung der Bevölkerung notwendig ist (**Partizipation**). Gesundheit wird als Grundrecht aller Menschen deklariert. Die Ungleichheit des Gesundheitszu-

stands von Menschen insbesondere zwischen Industrie- und Entwicklungsländern, aber auch innerhalb von Ländern, wird als unannehmbar bezeichnet und in Zusammenhang mit einer gerechten Weltwirtschaftsordnung gesetzt.

Primäre Gesundheitsversorgung wird als Schlüsselstrategie zum Erreichen der Gesundheit für alle angesehen, als Teil einer Entwicklung im Geiste sozialer Gerechtigkeit und Politik der **Chancengleichheit**. Primäre Gesundheitsversorgung richtet sich auf die Hauptgesundheitsprobleme der Gesellschaft und umfasst (gemeindeorientierte) gesundheitsfördernde, präventive, kurative und rehabilitative Dienste (**Gemeindeorientierung**). Die 32. Weltgesundheitsversammlung von 1979 in Genf bestätigte die Deklaration von Alma-Ata und führte die Globalstrategie „Gesundheit für alle 2000“ ein. Diese Globalstrategie war das Rahmenprogramm für alle regionalen Programme und Strategien. Sie wurde 1998 von der 51. Weltgesundheitsversammlung in einer stark überarbeiteten Form als globale Strategie für das 21. Jahrhundert bestätigt (**Gesundheitsförderung 3: Entwicklung nach Ottawa**).

Europäische Strategie „Gesundheit für alle“ (1984) und Vorarbeiten zum „WHO-Programm Gesundheitsförderung“

Auf der Tagung des Europäischen Regionalkomitees 1980 in Kopenhagen einigten sich die Vertreter der Mitgliedstaaten der Europäischen Region der WHO (WHO-Euro) auf der Grundlage der Globalstrategie erstmalig auf ein gemeinsames gesundheitspolitisches Konzept: die Europäische Strategie zur Erreichung des Ziels „Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000“.

Zur Unterstützung dieser Strategie wurde 1981 in Berlin ein neues „Europäisches Regionalprogramm über Gesundheitserziehung und **Lebensweisen**“ beschlossen. Es hatte drei Schwerpunkte: „Gesundheitsförderung“, „präventive Gesundheitserziehung“ und „unterstützende Gesundheitserziehung“. Diese neue Strategie sollte die bisherige Gesundheitserziehung an die gesundheitspolitische Entwicklung anpassen und sie fortentwickeln: mit neuen Leitbildern, einem positiven Gesundheitsbegriff, innovativen Methoden, Gemeinschafts- und Laienbeteiligung, Multisektoralität und Interdisziplinarität sowie Berücksichtigung von sozialen und Umweltfaktoren.

1984 verabschiedeten die europäischen WHO-Mitgliedstaaten nach Vorarbeiten des Europäischen Regionalbüros die „38 Einzelziele für Gesundheit 2000“ zur Unterstützung der europäischen Regionalstrategie als europäisches gesundheitspolitisches Grundsatzprogramm. Der Schwerpunkt von Gesundheitspolitik sollte auf die „Förderung der Gesundheit“ und die „Verhütung von Krankheiten“, also auf das Vorfeld von Krankheiten und Therapie gelegt werden. Weitere Hauptelemente der Europäischen Regionalstrategie waren die Reduzierung der gesundheitlichen Chancenungleichheiten zwischen den Ländern und

innerhalb der Länder Europas, die Förderung der Beteiligung der Bevölkerung an Belangen, die ihre Gesundheit betreffen, die sektorübergreifende und internationale Zusammenarbeit und eine gemeindeorientierte primäre Gesundheitsversorgung.

Die 1984 formulierten „Ziele zur Gesundheit für alle - die Gesundheitspolitik für Europa" wurden 1991 vom WHO-Regionalkomitee für Europa aktualisiert. Durch die Europakonferenz Gesundheitspolitik von 1994 in Kopenhagen wurde der regionalgesundheitspolitische Ansatz der „Gesundheit für alle" als der beste Weg zur Bewältigung der gesundheitspolitischen Probleme auch im auf 51 Mitgliedstaaten angewachsenen Europa bestätigt. Gesundheitliche Chancengleichheit wird dabei als in jeder Beziehung erstes Prinzip hervorgehoben.

Kritik an Medizin, „traditioneller" Prävention und Gesundheitserziehung und die Neuen sozialen Bewegungen (Gesundheits-, Umwelt-, Frauen-, Verbraucher- und Selbsthilfebewegung)

Zur Zeit der Entwicklung des neuen Konzepts Gesundheitsförderung, Ende der 1970er-, Anfang der 1980er-Jahre haben verschiedene Bewegungen, Strömungen und Trends, die sich zeitlich und inhaltlich vielfach überschneiden, die Entwicklung des Konzepts Gesundheitsförderung beeinflusst:

- Allgemeine Medizinkritik, die den eingeschränkt biomedizinischen Umgang mit Krankheit und Gesundheit thematisierte (**Biomedizinische Perspektive**)
- Kritik an der daraus abgeleiteten „traditionellen" Prävention und Gesundheitserziehung und die damit verbundenen Forderungen nach ihrer „Modernisierung" und Umorientierung
- Beginnende Erweiterung der Medizin und Prävention um psychosoziale Perspektiven und ein Verständnis der Prävention als Gemeinschaftsaufgabe, die psychosoziale u.a. Berufsgruppen einbezieht
- Erste Erfahrungen mit gemeindeorientierten Herz-Kreislauf-Präventionsstudien und -programmen in den USA, Skandinavien und Deutschland
- Gesundheits-, Umwelt- und Verbraucherbewegungen, insbesondere auch Frauengesundheits- und Selbsthilfebewegung, die eine ganzheitlichere und differenziertere Betrachtungsweise von Krankheit und Gesundheit einforderten
- Zunehmende Bedeutung gesellschaftlicher Trends und Moden der Fitness, Wellness und Gesundheit

Es gab aber auch innerhalb der Gesundheitserziehung selbst, sowohl unter Praktikerinnen und Praktikern, als auch in den einschlägigen (wissenschaftlichen) Veröffentlichungen, eine kritische Diskussion ihrer Schwächen und Einseitigkeiten. Bemängelt wurden:

- fast ausschließliche Krankheits-, Medizin- und Risikofaktorenorientierung,
- überwiegende Expertenorientierung,
- Tendenz zu individualisierenden, einseitigen und Schuld zuweisenden Perspektiven und Methoden („Blaming the victim/Victim blaming"),
- Einengung der Perspektiven und Strategien auf individuelle medizinisch definierte Risikofaktoren und auf individuelle Verhaltensänderungen und
- damit einhergehende Vernachlässigung struktureller Perspektiven und Strategien.

Vielen Ansätzen der traditionellen Gesundheitserziehung wurde auch vorgeworfen, soziale Unterschiede zu vernachlässigen und sogar zu vergrößern durch eine oft unreflektierte Mittelschichtorientierung, wie sie z. B. durch ausschließlichen oder überwiegenden Einsatz von Printmedien, von Kursangeboten und von Komm-Strukturen der Gesundheitserziehung entstehen kann (**Gesundheitsförderung und soziale Benachteiligung**).

Diese Einseitigkeiten und Mängel wurden auch für die mangelnde Wirksamkeit der Gesundheitserziehung verantwortlich gemacht und mit Forderungen nach Umorientierung und Erweiterung der Perspektiven, Prinzipien und Strategien verbunden: Beteiligung von Laien, von Gemeinschaften, Berücksichtigung von Lebensbedingungen, von sozialen Unterschieden in Gesundheit und Krankheit, Notwendigkeit interdisziplinärer Problemanalysen und Strategien, „positives" Gesundheitsverständnis - Forderungen, die sich mit denen der GFA 2000 und Deklaration von Alma-Ata deckten (**Gesundheitliche Aufklärung und Gesundheitserziehung**).

WHO-Euro-Arbeitsschwerpunkt „Programm Gesundheitsförderung" (1984)

Anfang 1984 hatte die WHO-Euro in Kopenhagen ein neues Programm (im Sinne von Arbeitsschwerpunkt) unter der Bezeichnung Gesundheitsförderung eingerichtet. Dieses Programm wurde maßgeblich von Ilona Kickbusch als Regional Officer for Health Education initiiert und mitentwickelt. Im selben Jahr traf sich in diesem Zusammenhang eine internationale Arbeitsgruppe und diskutierte und veröffentlichte ein erstes Grundsatzpapier „Diskussionsgrundlage über Konzept und Prinzipien der Gesundheitsförderung". Die Kritik an Medizin, Prävention und Gesundheitserziehung, die gesundheitspolitischen Programmvorgaben der WHO seit Alma-Ata sowie Anregungen aus der Verbraucher-, Frauen- und Selbsthilfebewegung und der **gesundheitsbezogenen Gemeinwesenarbeit** waren in die Entwicklung von Konzept und Prinzipien des neuen Ansatzes Gesundheitsförderung eingeflossen.

Diese „Diskussionsgrundlage" ist das erste eigenständige - wenn auch inoffizielle - Grundsatzdokument der Gesundheitsförderung. Es bezeichnet als Ziel von Gesundheitsförderung die Befähigung von Menschen, größeren Einfluss auf die Erhaltung und Verbesserung ihrer

Gesundheit zu nehmen und nennt als (noch aktuelle) wichtige Prinzipien von Gesundheitsförderung:

- Sozioökologisches Verständnis der ständigen Wechselwirkungen zwischen Mensch und Umwelt
- Blick auf die gesamte Bevölkerung in ihren alltäglichen Lebenszusammenhängen und nicht ausschließlich auf spezifische Risikogruppen
- Beeinflussung der Bedingungen und Ursachen von Gesundheit (mit der Notwendigkeit einer engen Zusammenarbeit vieler Bereiche zur Beeinflussung der vielfältigen Faktoren)
- Verbindung unterschiedlicher, aber einander ergänzender Maßnahmen oder Ansätze, einschließlich Information, Erziehung, Gesetzgebung, steuerlicher Maßnahmen, organisatorischer Regelungen, gemeindenaher Veränderungen sowie spontaner Schritte gegen Gesundheitsgefährdungen
- Konkrete und wirkungsvolle Beteiligung der Öffentlichkeit
- Verständnis von Gesundheitsförderung als primäre Aufgabe im Gesundheits- und Sozialbereich und nicht als medizinische Dienstleistung (**Gesundheitsförderung 1: Grundlagen**)

Die Ottawa-Konferenz und Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung (1986)

Vor dem Hintergrund der WHO-Strategien und eines zunehmenden Interesses an einer „New Public Health“ veranstaltete die WHO 1986 zusammen mit der Canadian Public Health Association und Health and Welfare Canada in Ottawa eine Weltkonferenz. Diese erste Internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung mit 240 Teilnehmenden aus 35 überwiegend Industrieländern verabschiedete die Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. Die Charta fasst die in der mehrjährigen Programmentwicklungsphase erarbeiteten wichtigsten Ziele und Prinzipien des Handlungskonzepts Gesundheitsförderung zusammen und ergänzt sie um spezifische Handlungsprinzipien und Handlungsbereiche der Gesundheitsförderung.

Die Ottawa-Charta wurde von ihren Verfassern und Verfasserinnen als ein Aktionsprogramm zur Erreichung des Ziels „Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000“ und darüber hinaus verstanden. Weitere Zielorientierungen und Grundlagen für die Entwicklung der Charta waren: die Deklaration von Alma-Ata über die primäre Gesundheitsversorgung/ Primary Health Care, das WHO-Dokument Einzelziele für Gesundheit 2000 und die Diskussion der Weltgesundheitsversammlung zur intersektoralen Zusammenarbeit für Gesundheit.

Die Charta wurde in zahlreiche Sprachen übersetzt und in der zweiten Hälfte der 1980er-Jahre in einer für ein gesundheitspolitisches Dokument außergewöhnlichen Dynamik verbreitet. Sie wurde nach und nach von den Regierungen und staatlichen sowie nichtstaatli-

chen Akteuren und Organisationen der Gesundheitsförderung als Grundsatz- und Leitdokument akzeptiert für die Gesundheitsförderung, die Gesundheitserziehung, die **Gesundheitsbildung**, die **Prävention** sowie für Gesundheitswissenschaften und (neue) Öffentliche Gesundheit/(New) Public Health (**Gesundheitsbildung Prävention Gesundheitswissenschaften**).

Sie ist das Grundsatzdokument für die Settingprojekte und die diese verbindenden zahlreichen internationalen, nationalen und regionalen Netzwerke der Gesunden Städte, Gesundheitsfördernden Schulen, Betriebe und Krankenhäuser (**Settingansatz Kommunalpolitische Perspektive/Leitbild Gesunde und Soziale Stadt Gesundheitsförderung und Schule/Hochschule Gesundheitsförderung und Betrieb Gesundheitsförderung und Krankenhaus Gesundheitsförderung 1**,**2** und **3 Gesundheitsförderung 5: Deutschland**).

In den internationalen Ottawa-Nachfolgekonferenzen von Adelaide (1988) und Sundsvall (1991) wurden jeweils einzelne Handlungsbereiche der Ottawa-Charta spezifiziert. 1997 wurden auf der Konferenz von Jakarta die Erfahrungen und Ergebnisse seit der Verabschiedung der Ottawa-Charta bilanziert sowie die Kernbereiche und Strategien der Charta bestätigt und weiterentwickelt.

Diese und die weiteren Konferenzen werden ausführlich im folgenden Abschnitt „**Gesundheitsförderung 3: Entwicklung nach Ottawa**“ behandelt.

Das Konzept der Gesundheitsförderung (nach der Ottawa-Charta) wurde als Ausdruck einer „dritten Public Health-Revolution“ bezeichnet. Nach dem erfolgreichen Kampf gegen die Infektionskrankheiten durch **Gesundheitsschutz** und Hygiene und nach der Zurückdrängung von **Risikofaktoren** in der **Prävention** steht die Zunahme von chronischen (nichtübertragbaren) Erkrankungen im Fokus. Die Ergebnisse der großen Gemeindeinterventionsstudien im 20. Jahrhundert legten nahe, dass die Verbesserung der bevölkerungsweiten Gesundheitsbilanz, der Gesundheits- und der Lebenserwartung über die Möglichkeiten der Medizin sowie der risikoorientierten edukativen Verhaltensänderung hinausgeht. Als erfolgversprechender gelten seither breite, interdisziplinäre und intersektorale Strategien zur Beeinflussung gesundheitsrelevanter Lebensbedingungen sowie die Berücksichtigung von Gesundheit als Handlungsziel in verschiedenen Politikbereichen. Gesundheit ist in sozialökologischer Perspektive eine Ressource für **Wohlbefinden** und erhöhte **Lebensqualität**.

Literatur:

Altgeld,T/Kickbusch I, Gesundheitsförderung, in: Schwartz FW (Hg.), Public Health. Gesundheit und Gesundheitswesen, München 2012, 187-196;

Baric L/Conrad G, Gesundheitsförderung in Settings, Gamburg 1999; Bundesministerium für Gesundheit und Umweltschutz, Wien (Hg.), Europäische Monographien zur Forschung, in: Gesundheitserziehung 6, Wien 1984;

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.), Europäische Monographien zur Forschung in Gesundheitserziehung 5, Köln 1983;

Franzkowiak P/Sabo P, Die Entwicklung der Gesundheitsförderung in internationalen und nationalen Dokumenten, in: Franzkowiak P/Sabo P, Dokumente der Gesundheitsförderung, Mainz 1993;

Franzkowiak P/Luetkens C/Sabo P, Dokumente der Gesundheitsförderung II. Internationale und nationale Dokumente und Grundlagentexte zur Entwicklung der Gesundheitsförderung von 1992 bis 2013, Duisburg 2013;

Hurrelmann K/Laaser U/Richter M, Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention, in: Handbuch Gesundheitswissenschaften, 6. Auflage, Weinheim 2016;

Kickbusch, I/Hartung, S, Die Gesundheitsgesellschaft. Konzepte für eine gesundheitsförderliche Politik, Bern 2014

Leanza M, Die Zeit der Prävention. Eine Genealogie, Weilerswist 2017

Regionalbüro für Europa der WHO, Gesundheitsförderung - Eine Diskussionsgrundlage über Konzept und Prinzipien, 1984, in: Franzkowiak P/Sabo P (Hg.), Dokumente der Gesundheitsförderung, Mainz 1993;

Ruckstuhl B, Gesundheitsförderung. Entwicklungsgeschichte einer neuen Public Health Perspektive. Mit Zeitzeugeninterviews. Weinheim 2011;

Trojan A/Legewie H, Nachhaltige Gesundheit und Entwicklung. Leitbilder, Politik und Praxis der Gestaltung gesundheitsförderlicher Umwelt- und Lebensbedingungen, Frankfurt 2001;

WHO: Milestones in Health Promotion. Statements from Global Conferences, Genf 2009

Internetadressen:

www.euro.who.int
www.who.int/healthpromotion/en
www.gesundheitsfoerdernde-hochschulen.de

Verweise:

Biomedizinische Perspektive, Gemeindeorientierung, Gesundheitliche Aufklärung und Gesundheitserziehung, Gesundheitliche Chancengleichheit, Gesundheitsbezogene Gemeinwesenarbeit, Gesundheitsbildung, Gesundheitsförderung 1: Grundlagen, Gesundheitsför-

derung 2: Entwicklung vor Ottawa 1986, Gesundheitsförderung 3: Entwicklung nach Ottawa, Gesundheitsförderung 5: Deutschland, Gesundheitsförderung und Betrieb, Gesundheitsförderung und Gesunde / Soziale Stadt / Kommunalpolitische Perspektive, Gesundheitsförderung und Krankenhaus, Gesundheitsförderung und Schule, Gesundheitsförderung und soziale Benachteiligung / Gesundheitsförderung und gesundheitliche Chancengleichheit, Gesundheitsschutz, Gesundheitswissenschaften / Public Health, Gesundheitsziele, Lebensqualität - ein Konzept der individuellen und gesellschaftlichen Wohlfahrt, Lebensweisen / Lebensstile, Partizipation: Mitentscheidung der Bürgerinnen und Bürger, Primäre Gesundheitsversorgung / Primary Health Care, Prävention und Krankheitsprävention, Prävention übertragbarer Erkrankungen, Risikofaktoren und Risikofaktorenmodell, Settingansatz / Lebensweltansatz, Wohlbefinden / Well-Being

Gesundheitsförderung 3: Entwicklung nach Ottawa

Lotte Kaba-Schönstein

(letzte Aktualisierung am 15.06.2018)

Die erste internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung in Ottawa 1986 fasste mit der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung die bis dahin erfolgte Konzeptentwicklung in einem Aktionsprogramm zur Erreichung der gesundheitspolitischen Ziele „Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000“ zusammen. Die Charta wurde zum Schlüsseldokument und Grundsatzpapier für die weitere Entwicklung der Gesundheitsförderung.

Das Konzept und die Handlungsbereiche wurden in den Folgejahren über weitere internationale Konferenzen, die jeweils mit Erklärungen und Empfehlungen abgeschlossen wurden (und die eine immer größer werdende Anzahl von Delegierten aus möglichst vielen Ländern und Regionen repräsentierten), differenziert, bilanziert und weiterentwickelt. Diese Konferenzen werden insbesondere seit der Konferenz von Bangkok (2005) im Bewusstsein der zunehmenden Globalisierung von Gesundheit sowie der Transition von „International (Public) Health“ zu „Global (Public) Health“ als „Globale“ Konferenzen bezeichnet und konzipiert (**Globale Gesundheit/Global Health**). Sie bilden den Grundstock („das Erbe“/“Legacy“) für die Fortentwicklung von Konzept und Strategien und bauen aufeinander auf (siehe Abbildung).

Für die Entwicklung und Fortschreibung des Konzeptes Gesundheitsförderung im Verständnis der Weltgesundheitsorganisation (WHO) waren die Konferenzen von Ottawa (1986) und Jakarta (1997) und die mit ihnen verbundenen Konferenzdokumente und Chartas ausschlaggebend. Ihre Ergebnisse werden in den Leitbegriffen **Gesundheitsförderung 1** und **2** dargestellt.

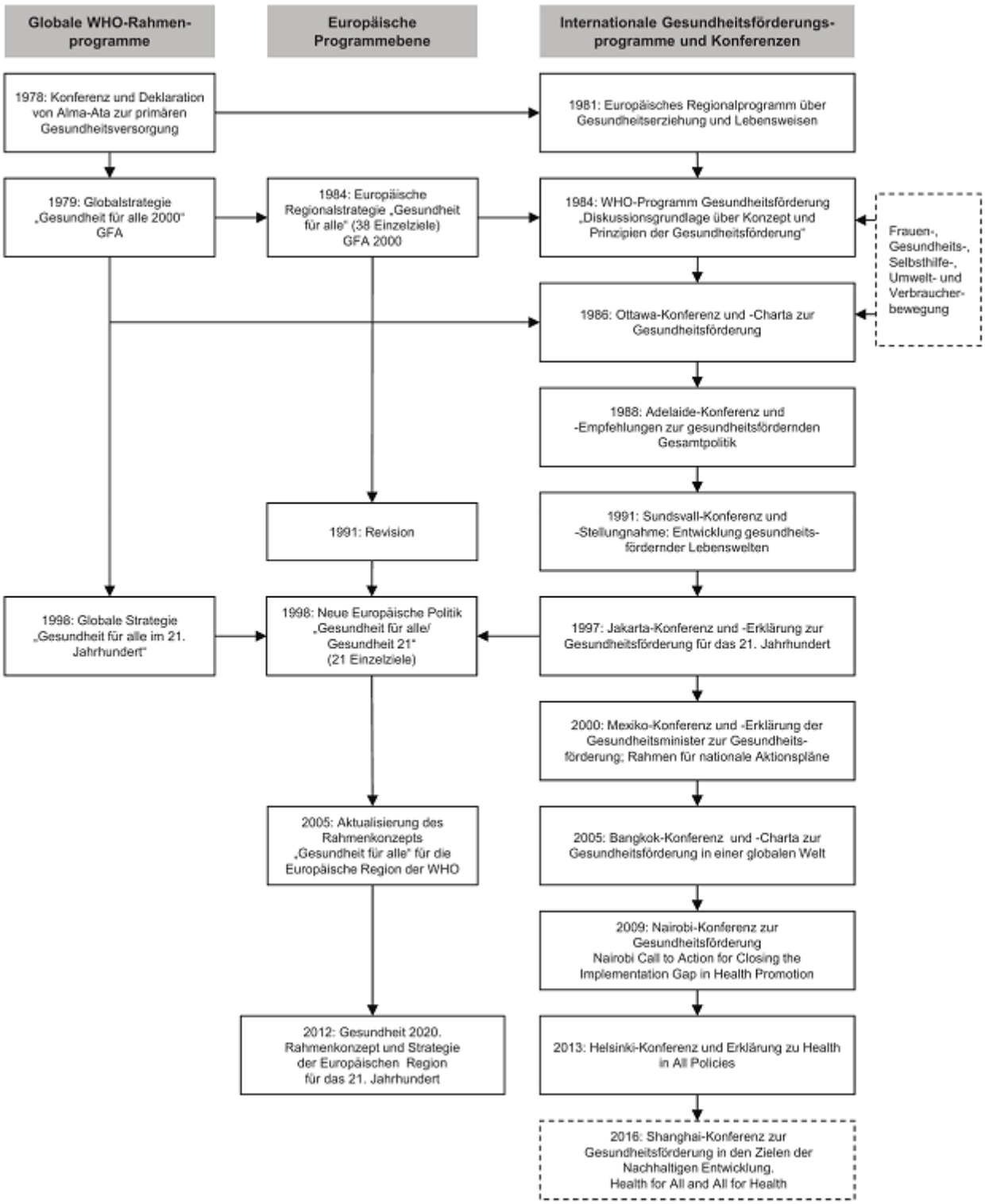
Im Folgenden werden zunächst die weiteren internationalen Konferenzen mit ihren Entschließungen vorgestellt. Soweit andere Programme und Aktivitäten der WHO oder ihrer jeweiligen Kooperationspartner und -partnerinnen für die Entwicklung relevant sind, werden sie an geeigneter Stelle mitbehandelt (siehe auch die Abb.).

Die zentralen Konferenzen waren die:

- 2. Internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung in **Adelaide**, Australien (1988)
- 3. Internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung in **Sundsvall**, Schweden (1991)
- 4. Internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung in **Jakarta**, Indonesien (1997)
- 5. Internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung in **Mexiko-City**, Mexiko (2000)
- 6. Internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung in **Bangkok,** Thailand (2005)
- 7. Internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung in **Nairobi**, Kenia (2009)
- 8. Internationale (Globale) Konferenz zur Gesundheitsförderung in **Helsinki**, Finnland (2013)
- 9. Globale Konferenz zur Gesundheitsförderung in **Shanghai**, China (November 2016)

Daneben und dazwischen gab es 1989 eine Arbeitsgruppe und einen Aktionsaufruf zur Gesundheitsförderung in Entwicklungsländern und 1993 die WHO-Initiative zur Investition in die Gesundheit von Frauen. 1998 wurde die gesundheitspolitische Rahmenprogrammatik der Gesundheitsförderung Gesundheit für alle 2000 aktualisiert und als „Gesundheit21“ bestätigt.

Seit Mitte der 1980er-Jahre wurden vielfältige Projekte nach dem **Settingansatz/Lebensweltansatz** sowie internationale, nationale und regionale Setting-Netzwerke aufgebaut. Die zweite und die dritte internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung in Adelaide (1988) und Sundsvall (1991) dienten der Differenzierung und Weiterentwicklung der innovativen und politisch besonders brisanten Handlungsfelder der Ottawa-Charta.



2. Internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung in Adelaide, Australien (1988)

Der Aktionsbereich **Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik** wurde weiterentwickelt auf der von der WHO und dem australischen Ministerium für soziale Dienste und Gesundheit gemeinsam veranstalteten zweiten internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung in Adelaide, Australien (1988), die die Adelaide-Empfehlungen verabschiedete. Gesund-

heitsfördernde Gesamtpolitik ist nach den Adelaide-Empfehlungen gekennzeichnet durch die ausdrückliche Sorge um Gesundheit und **Chancengleichheit** auf allen Gebieten der Politik, einschließlich der Verantwortung für ihre **Gesundheitsverträglichkeit**. Hauptziel dieser multisektoral angelegten Politik ist die Schaffung von unterstützenden physischen und sozialen Umwelten, um die Menschen zu befähigen, ein gesundes Leben zu führen bzw. ihnen die Wahl gesünderer Alternativen zu ermöglichen oder zu erleichtern

Als diesbezüglich vorrangige Aktionsfelder wurden vorgeschlagen:

- Die Unterstützung der Gesundheit der Frauen
- Lebensmittel und Ernährung
- Tabak und Alkohol
- Schaffung unterstützender Umwelten
- Entwicklung neuer Bündnisse für Gesundheit und
- die Verpfl ichtung zu einer globalen Verantwortung für öffentliche Gesundheit

WHO-Arbeitsgruppe zur Gesundheitsförderung in Entwicklungsländern in Genf (1989): 1989 berief das WHO-Hauptbüro in Genf eine Arbeitsgruppe „Gesundheitsförderung in Entwicklungsländern“ nach Genf, die Gesundheitsförderung als auch ein für die Entwicklungsländer relevantes Konzept anerkannte und einen „Aktionsaufruf zur Gesundheitsförderung in Entwicklungsländern“ verabschiedete. Die spezifischen Interessen der „Entwicklungsländer“ wurden auch seit der Sundsvall-Konferenz (1991) deutlich artikuliert und fanden ihren Niederschlag in den Konferenzergebnissen. Die internationale Konferenz „Investment in Health“ (1990) in Bonn hat Gesundheitsförderung ausdrücklich als eine „positive Investition in die Zukunft“ und nicht als bloßen „Kostenfaktor“ thematisiert und auf die Tagesordnung der 1990er-Jahre gesetzt (**Gesundheitsförderung 2**).

3. Internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung zur Entwicklung gesundheitsfördernder Lebenswelten in Sundsvall, Schweden (1991)

Supportive environments wurde auch als „unterstützende Umwelten für Gesundheit“ übersetzt. Die Sundsvall-Konferenz war eine gemeinschaftliche Veranstaltung der Weltgesundheitsorganisation, des Umweltprogramms der Vereinten Nationen und des Nordischen Ministerrats. Sie war die erste Konferenz für Gesundheitsförderung mit globaler Beteiligung aus 81 Ländern sowie einer gleichgewichtigen Teilnahme von Mitgliedern aus Entwicklungs- und Industrieländern und von Männern und Frauen. In der SundsvallStellungnahme wurden alle Gemeinden, Städte, Länder und Regierungen dazu aufgerufen, solche unterstützende Umwelten zu schaffen. Dazu gehörten auch die Themen „gesundheitliche Chancenungleichheit“, „Armut“ und „Zugang zu einer medizinischen Grundversorgung“. Das Erreichen einer globalen Rechenschaftspfl icht zur Erhaltung von unterstützenden Umwelten für die Gesundheit war ein weiteres zentrales Thema.

WHO-Initiative und Konferenz „Investition in die Gesundheit von Frauen" in Wien (1993): 1993 rief die WHO die Initiative „Investition in die Gesundheit von Frauen" ins Leben. 1994 veranstaltete das Regionalbüro mit der Weltbank und der norwegischen und österreichischen Regierung als Co-Sponsoren in Wien eine Konferenz zum Thema „Die Gesundheit von Frauen zählt". Die notwendigen Prioritäten und Strategien wurden von den Konferenzteilnehmenden in der „Wiener Erklärung zur Investition in die Gesundheit von Frauen in mittel- und osteuropäischen Ländern" zusammengefasst. Sie ist für viele Initiativen der Frauengesundheitsförderung, auch in den westeuropäischen Ländern, wegweisend geworden. In Deutschland wurde dadurch der erste Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Auftrag gegeben und veröffentlicht. Auch die Netzwerke zur Gesundheit von Frauen und Mädchen in Niedersachsen und Sachsen-Anhalt wurden durch diese Initiative angeregt.

4. Internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung in Jakarta, Indonesien (1997)

Die letzten Jahre des 20. Jahrhunderts waren durch die Aktualisierung und Anpassung der vorhandenen internationalen gesundheitspolitischen Programmatik und des Gesundheitsförderungskonzepts an die Herausforderungen des 21. Jahrhundert gekennzeichnet. Die 4. Internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung - „Neue Partner für eine neue Ära: Gesundheitsförderung auf dem Weg ins 21. Jahrhundert" („New partners for a new era") - fand im Juli 1997 in Jakarta, Indonesien, statt, erstmalig in einem Entwicklungsland und unter Einbeziehung des privatwirtschaftlichen Sektors in die Unterstützung der Gesundheitsförderung. Während die 2. und 3. Internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung in Adelaide und Sundsvall jeweils Handlungsbereiche der Ottawa-Charta spezifiziert und weiterentwickelt hatten, sollte sie, elf Jahre nach Verabschiedung der Ottawa-Charta, die Erfahrungen mit effektiver Gesundheitsförderung bilanzieren und die Einflussfaktoren der Gesundheit (**Determinanten der Gesundheit**) sowie Konzepte und Strategien neu bewerten.

Die Gesundheitsförderungskonferenz von Jakarta verabschiedete die „Jakarta-Erklärung" zur Gesundheitsförderung im 21. Jahrhundert. Sie bestätigte die gesundheitspolitischen Kernaussagen der vorangegangenen Konferenzen, insbesondere der Ottawa-Charta, und setzte folgende Prioritäten der Gesundheitsförderung für das 21. Jahrhundert:

- Förderung sozialer Verantwortung für Gesundheit
- Ausbau der Investitionen in die Gesundheitsentwicklung
- Festigung und Ausbau von Partnerschaften für Gesundheit
- Stärkung der gesundheitsfördernden Potenziale von Gemeinschaften und der Handlungskompetenzen des Einzelnen sowie

» Sicherstellung einer Infrastruktur für die Gesundheitsförderung (Ausführlicher, auch zu dem neu eingeführtem Konzept „ Gesundheitsgewinn“ **Gesundheitsförderung 1**).

Als Jakarta-Nachfolgekonferenz fand 1998 in Magdeburg die Internationale WHO-Konferenz „Neue Partner für Gesundheit“ statt. Sie verabschiedete die Magdeburger „Empfehlungen zu neuen Partnerschaften in der Gesundheitsförderung“ (**Partnerschaften**).

1. Resolution zur Gesundheitsförderung (1998): In der 5. Weltgesundheitsversammlung 1998 wurden mit der Verabschiedung der ersten Resolution zur Gesundheitsförderung die Aussagen der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung (1986) und die Jakarta-Erklärung zur Gesundheitsförderung im 21. Jahrhundert (1997) bestätigt. Die Länder verpflichteten sich und die WHO, dem nächsten Exekutivrat über die Fortschritte bei der Umsetzung zu berichten.

5. Internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung, Mexiko City, Mexiko (2000)

Im Jahr 2000 wurde in Mexiko die 5. Internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung durchgeführt zum Thema „Abbau gesundheitlicher Chancenungleichheiten“ („Bridging the equity gap“). Das zweigeteilte Programm war ein Novum: Ein zweitägiges ministerielles Programm war ganz auf die Delegationen der Gesundheitsministerien und anderer Ministerien ausgerichtet. Das fünftägige Fachprogramm für die ca. 800 ausgewählten Experten und Expertinnen sowie Entscheidungsträger und -trägerinnen aus Wissenschaft, Politik und Praxis der Gesundheitsförderung fand parallel statt mit zwei gemeinsamen Sitzungen.

Die Konferenz verabschiedete erstmalig eine Erklärung nicht nur der geladenen Delegierten, sondern der Gesundheitsminister zur Gesundheitsförderung: „Die Lücke der Gleichstellung schließen“ und den „Rahmen für nationale Aktionspläne zur Gesundheitsförderung“. Insgesamt haben 87 Länder die Erklärung verabschiedet, auch Deutschland. In der Erklärung verpflichteten sich die Ministerien, nationale Aktionspläne für Gesundheitsförderung zu entwickeln. Während der Konferenz wurde der Rahmen für diese Aktionspläne entwickelt und verabschiedet (siehe Abbildung).

Schwerpunkte und Strategien in der Mexiko-Erklärung der Gesundheitsminister und Gesundheitsministerinnen zur Förderung der Gesundheit (2000)

Die Mexiko-Erklärung „Die Lücke der Gleichstellung schließen" und der Rahmen für die landesweiten Aktionspläne haben *drei Schwerpunkte*:

- Soziale, wirtschaftliche und umweltbezogene Determinanten für Gesundheit
- Mechanismen der Kooperation über alle gesellschaftlichen Sektoren und Ebenen
- Abbau gesundheitlicher Chancenungleichheiten in armen und reichen Ländern

Sechs *allgemeine Strategien* bilden die Grundlage:

- Soziale Verantwortung für Gesundheit fördern (z. B. mithilfe von Gesundheitsverträglichkeitsprüfungen - auf lokaler wie nationaler Ebene)
- Investitionen für Gesundheitsentwicklung erhöhen. Lokale Kapazitäten für die Förderung von Gesundheit erhöhen. Empowerment von Individuen und Gemeinschaften
- Infrastrukturen für Gesundheitsförderung schaffen
- Die „Evidenz"-Basis von Gesundheitsförderung stärken (in zwei Bereichen: Determinanten von Gesundheit/Gesundheitsressourcen)
- Gesundheitsförderungspolitiken und -programme am wissenschaftlichen Erkenntnisstand orientieren
- Gesundheitsdienste neu orientieren in Richtung Gesundheitsförderung und Primärprävention.

Folgende Punkte der Erklärung sind besonders hervorzuheben:

- Die Festlegung der Förderung der Gesundheit als grundlegende Priorität im Hinblick auf Politiken und Programme von lokaler bis internationaler Ebene.
- Die Verpflichtung zur Übernahme der Führungsrolle seitens der Nationalen Gesundheitsministerien, unter besonderer Berücksichtigung folgender Prozesse:
  - Der aktiven Beteiligung von gesellschaftlichen Gruppen und Sektoren
  - Von Maßnahmen, die Partnerschaften stärken und
  - Der Bildung und Stärkung von effektiven Netzwerken

Es wird darauf hingewiesen, dass die Anwendung der Gesundheitsförderungsstrategien und -methoden in vielen Ländern, auch in Europa, noch unzureichend ist. Die Verbindung

der Umsetzung der Mexiko-Erklärung mit aktuellen Prozessen zur Entwicklung von nationalen Gesundheitszielen und -indikatoren im Rahmen der Umsetzung von „Gesundheit21“ wird betont.

6. Internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung in Bangkok, Thailand (2005)

Der Themenschwerpunkt der 6. internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung, die 2005 in Bangkok (Thailand) stattgefunden hat, war Gesundheitsförderung in einer globalisierten Welt: „Neue Akteure für eine neue Ära: Gesundheitsförderung für das 21. Jahrhundert“ („Policy and Partnership for Action: Determinants of Health“). Die Konferenz diskutierte die Globalisierung in ihren Auswirkungen auf Gesundheit, insbesondere die Möglichkeiten, die Gesundheitsdeterminanten in einer globalisierten Welt durch Gesundheitsförderung zu beeinfl ussen. Eine Mehrheit von Teilnehmenden kam aus Asien und Afrika. Die Bedeutung von Gesundheitsförderung sowohl für die Industriestaaten, als auch für die Entwicklungs- und Schwellenländer wurde hervorgehoben.

Die auf der Konferenz verabschiedete „Bangkok-Charta zur Gesundheitsförderung in einer globalisierten Welt“ betont die Bedeutung von Gesundheitsförderung in der Globalisierung und beschreibt die nötigen Maßnahmen, Verpflichtungen und Forderungen, um Gesundheitsdeterminanten in einer globalisierten Welt mittels Gesundheitsförderung beeinflussen zu können. Sie betont, dass strategische Orientierung und Partnerschaften, die zum **Empowerment** von Gemeinschaften sowie zur Verbesserung der **Gesundheit und der gesundheitlichen Chancengleichheit** beitragen, im Zentrum weltweiter und nationaler Entwicklungen stehen sollten. Sie versteht sich als Ergänzung und Weiterentwicklung der Werte, Prinzipien und Handlungsstrategien der Gesundheitsförderung, wie sie in der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung (**Gesundheitsförderung 2**) und in den Empfehlungen der nachfolgenden Weltgesundheitsförderungskonferenzen festgeschrieben und von den Mitgliedstaaten in der Weltgesundheitsversammlung bestätigt wurden. Der globale Kontext der Gesundheitsförderung habe sich seit der Entwicklung der Ottawa-Charta gewandelt.

Einige der aktuellen Haupteinflussfaktoren auf die Gesundheit (**Determinanten der Gesundheit**) sind die zunehmende Ungleichheit zwischen den Ländern, neue Konsum- und Kommunikationsmuster, globale Umweltveränderungen und Verstädterung. Andere Faktoren, die die Gesundheit beeinfl ussen, sind rasche und häufig ungünstige soziale, ökonomische und demografische Veränderungen, die die Arbeitsbedingungen, das Lernumfeld, Familienstrukturen sowie den kulturellen und sozialen Aufbau von Gemeinschaften beeinträchtigen. Es wird betont, dass Frauen und Männer von diesen Entwicklungen unterschiedlich betroffen sind. Die Gefährdung von Kindern, die Ausgrenzung von Minderheiten, von Menschen mit Behinderungen sowie von indigenen Menschen und Bevölkerungsgruppen habe zugenommen. Globalisierung eröffne neue Möglichkeiten der Kooperation

zur Gesundheitsverbesserung und zur Reduzierung grenzüberschreitender Gesundheitsrisiken: erweiterte Informations- und Kommunikationstechnologie, verbesserte globale Führungsmechanismen und Möglichkeiten des Erfahrungsaustauschs.

Um den Herausforderungen der Globalisierung begegnen zu können, müssen die Vorgehensweisen quer durch alle Politikbereiche abgestimmt werden. Es wird als Fortschritt hervorgehoben, dass Gesundheit bereits verstärkt ins Zentrum der Entwicklung gerückt werden konnte, z. B. durch die Entwicklungsziele für das 21. Jahrhundert (Millennium Developmental Goals). Die Charta formuliert Strategien für Gesundheitsförderung in einer globalisierten Welt (**Globale Gesundheit**).

Die Bangkok-Charta betont die Verpflichtung zur „Gesundheit für alle". Dem Gesundheitssektor kommt eine Schlüsselrolle beim Aufbau von Strategien und Partnerschaften zur Gesundheitsförderung zu. Wesentliche Voraussetzungen für die Beeinflussung der Gesundheitsdeterminanten sind ein integrierter Politikansatz innerhalb von Regierungen und internationalen Organisationen sowie eine Verpflichtung zur settingübergreifenden Kooperation und zur Zusammenarbeit mit der Zivilgesellschaft und dem Privatsektor. Gesundheitsförderung muss in diesem Zusammenhang in vier Schlüsselbereichen positioniert werden:

1. Gesundheitsförderung muss ein zentraler Punkt auf der globalen Agenda werden.
2. Gesundheitsförderung muss zu einer wesentlichen Verantwortung aller Regierungsebenen werden.
3. Gesundheitsförderung muss zu einem wesentlichen Kern von Gemeinschaften und Zivilgesellschaft werden.
4. Gesundheitsförderung muss ein Verantwortungsbereich guter Führung und Steuerung werden.

In der Bangkok-Charta wird darauf hingewiesen, dass seit der Verabschiedung der OttawaCharta eine bemerkenswerte Anzahl von Gesundheitsförderungsresolutionen unterzeichnet worden ist, aber nicht immer konkrete Maßnahmen daraufhin erfolgt sind. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer ersuchen deshalb die Mitgliedstaaten und die WHO ausdrücklich, diese „Umsetzungslücke" zu schließen und den Schritt in Richtung handlungsorientierter Politiken und Partnerschaften zu gehen. Die Konferenz und Charta von Bangkok hat besondere Bedeutung für die Entwicklung der Perspektive Global Health/ Globale Gesundheit und globale Gesundheitsförderung erhalten und hat die Diskussion um **Primäre Gesundheitsversorgung** in den Entwicklungs- und Schwellenländern wiederbelebt). In Europa bildete sie, gemeinsam mit dem (2005) aktualisierten Rahmenkonzept „Gesundheit für alle" (GFA) einen wesentlichen Handlungsrahmen für die Entwicklung

einer Europäischen Strategie zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten („Zugewinn an Gesundheit"), dem das WHO-Regionalkomitee für Europa 2006 durch Resolution zugestimmt hat.

Die Strategie setzt sich für ein umfassendes und integriertes Konzept zur Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten ein, das gleichzeitig Programme zur Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention auf Bevölkerungsebene befürwortet, das darüber hinaus stark gefährdete Gruppen und Personen aktiv ins Visier nimmt und eine effektive Behandlung und Versorgung für einen möglichst großen Anteil der Bevölkerung gewährleistet und dabei systematisch Konzepte und Maßnahmen zur Verringerung der Ungleichheiten im Gesundheitsbereich miteinander verbindet.

7. Internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung in Nairobi, Kenia (2009) Promoting Health and Development: Closing the Implementation Gap (Gesundheitsförderung und Entwicklung: die Lücke der Implementation schließen)

Als erste Globale Gesundheitsförderungskonferenz auf dem afrikanischen Kontinent wurde 2009 von der WHO und der Republik Kenia/dem kenianischen Ministerium für Public Health die 7. Internationale Welt-Konferenz zur Gesundheitsförderung in Nairobi, Kenia, veranstaltet und die globale Perspektive der Gesundheitsförderung damit vervollständigt. Teilgenommen haben über 600 Expertinnen und Experten aus mehr als 100 Ländern und aus allen Ebenen und Bereichen der Gesundheitsförderung: Politik, Gesundheitsminister und -ministerinnen, Forschung, Lehre und Praxis sowie Repräsentanten und Repräsentantinnen von Gemeinschaften/Gemeinden. Sie wurden ergänzt durch eine gleiche Anzahl von virtuell Teilnehmenden, die sich auf einer neuen „Social networking site" registrierten.

Die Konferenz ging davon aus, dass seit der Verabschiedung der Ottawa-Charta und durch die nachfolgenden sechs internationalen Gesundheitsförderungskonferenzen inzwischen genug Erfahrung und Evidenz vorliege, um die Bedeutung der Gesundheitsförderung als integrative und kostengünstige Strategie und essentielle Komponente von Gesundheitssystemen zu belegen. Jetzt gehe es vorrangig darum, wie „die Lücke der Implementierung in der Gesundheitsförderung und Entwicklung" (endlich) geschlossen werden könnte.

In der Abschlusserklärung, dem „Nairobi Call to Action for Closing the Implementation Gap in Health Promotion", fordern die Delegierten die Regierungen, die Zivilgesellschaft, die Entwicklungsorganisationen und die Gesundheitsdienste auf, ihre Gesundheitsförderungsprogramme gemeinsam zu stärken und zu implementieren, um so die hohe Zahl von vermeidbaren Krankheiten und Todesfällen zu reduzieren. Der Aktionsaufruf bezieht sich auf die Deklaration von Alma-Ata (Gesundheit für alle) und die Empfehlungen der WHO-Kommission zu den sozialen Determinanten der Gesundheit. Er bestätigt die Werte, Prinzipien und Aktionsstrategien der Ottawa-Charta und ihrer globalen Nachfolgekonferenzen

in Adelaide, Sundsvall, Jakarta, Mexico-City, einschließlich der Bangkok-Charta, die durch die Mitgliedstaaten in der Weltgesundheitsversammlung bestätigt worden ist.

Angesichts der globalen Herausforderungen für Gesundheit und Entwicklung werden Regierungen und Entscheidungsträger aufgefordert, das ungenutzte Potenzial der Gesundheitsförderung zu erschließen und Gesundheitsförderungsprinzipien zum integralen Bestandteil der Politik- und Entwicklungsagenda zu machen sowie geeignete effektive und nachhaltige Umsetzungsmechanismen zu entwickeln.

Die vorgeschlagenen *Strategien* orientieren sich an den fünf Konferenzthemen:

1. **Capacity Building / Kapazitätsentwicklung für Gesundheitsförderung***:* Die Entwicklung einer nachhaltigen Infrastruktur für Gesundheitsförderung und Kapazitätsentwicklung auf allen Ebenen ist grundlegend für das Schließen der Implementationslücke.

2. *Gesundheitssysteme stärken:* Um nachhaltig zu sein, müssen Gesundheitsförderungsinterventionen eingebettet sein in Gesundheitssysteme, die auf Chancengleichheit und Qualität ausgerichtet sind. Die Integration von Gesundheitsförderung in alle Bereiche und alle Ebenen der Gesundheitssysteme erhöht die Gesamtleistungsfähigkeit der Systeme.

3. *Partnerschaften und Intersektorale Aktion:* Die effektive Beeinflussung der Determinanten der Gesundheit und Herstellung von Chancengleichheit erfordert Aktionen und Partnerschaften über die Sektorengrenzen hinweg, um Formen der Zusammenarbeit und Integration zu implementieren.

4. *Empowerment von Gemeinschaften / Gemeinden* (Community Empowerment): Um Bedingungen für gesundheitliche Chancengleichheit sicherzustellen und aufrechtzuerhalten, müssen Gemeinschaften/Gemeinden Macht, Ressourcen und Entscheidungsfindung teilen.

5. ***Health Literacy / Gesundheitskompetenz*** *und* ***Gesundheitsverhalten****:* Eine grundlegende Bildung ist ein essentieller Baustein für Entwicklung und Gesundheitsförderung. Interventionen zur Förderung der Health Literacy/ Gesundheitskompetenz müssen auf der Grundlage von gesundheitlichen, sozialen und kulturellen Bedürfnissen sowie Bedarfen entwickelt werden.

„Acting together" / Gemeinsam handeln: Abschließend wird hervorgehoben, dass sich sowohl Entwicklungsländer als auch entwickelte Länder mit einem Anstieg vermeidbarer Erkrankungen konfrontiert sehen, der ihre zukünftige wirtschaftliche Entwicklung zu untergraben droht. Für Regierungen und Entscheidungsträger werden fünf dringliche Verantwortlichkeiten benannt:

- Führung und Fachkräfte stärken
- Mainstream Health Promotion (Gesundheitsförderung zum durchgängigen Prinzip aller Politikbereiche machen)
- Empowerment von Gemeinschaften/Gemeinden und Individuen
- Partizipatorische Prozesse verstärken
- Wissen schaffen und anwenden

8. Internationale (Globale) Konferenz zur Gesundheitsförderung „Health in all policies _ Gesundheit in allen Politikbereichen. 2013 Helsinki, Finnland"

Die 8. Globale Konferenz zur Gesundheitsförderung wurde vom 10.-14. Juni 2013 in Helsinki, Finnland von der Weltgesundheitsorganisation und dem finnischen Ministerium für Soziales und Gesundheit veranstaltet zum Thema Health in All Policies (HiAP) (Gesundheit in allen Politikbereichen) und verabschiedete die gleichnamige Helsinki-Stellungnahme (Statement). Die ca. 700 geladenen Teilnehmenden kamen aus ca. 140 Ländern und aus verschiedenen politischen Sektoren (Gesundheit, Bildung, Umwelt, Arbeit, Finanzen etc.) und verschiedenen politischen Ebenen der Mitgliedstaaten aber auch aus der Zivilgesellschaft und Wirtschaft.

Health in All Policies ist als Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik und intersektorale Zusammenarbeit von Anfang an ein wichtiger Ansatz in der Gesundheitsförderung und wurde als „Gesundheit in allen Politikbereichen" während der finnischen EU-Präsidentschaft 2006 auf die politische Ebene gehoben (**Gesundheitsförderung 4: Europäische Union**).

Die Konferenz und das Helsinki-Statement zur Gesundheit in allen Politikbereichen beziehen sich unter der Perspektive „Auf unserem Erbe aufbauen, in die Zukunft blicken" explizit auf die Grundlagen der Alma Ata-Deklaration zur Primären Gesundheitsversorgung (1978) und der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung (1986), die schon intersektorale Strategien und Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik als zentrale Elemente der Förderung der Gesundheit, der gesundheitlichen Chancengleichheit und der Verwirklichung von Gesundheit als Menschenrecht identifiziert hatten.

Es wurde auch aufgebaut auf den Ergebnissen der Konferenzen von Adelaide (1998), Sundsvall (1991), Jakarta (1997), Mexico City (2000), Bangkok (2005) und Nairobi (2009). Das Helsinki Statement verweist darauf, dass die in diesen Konferenzen erarbeiteten Kernprinzipien der Gesundheitsförderung bestätigt und verstärkt werden durch die Politische Erklärung von Rio zu Sozialen Determinanten von Gesundheit (Rio de Janeiro 2011), durch die Politische Erklärung des UN-High-Level Meeting der Generalversammlung zur Prävention nichtübertragbarer Erkrankungen von 2011 sowie durch das Rio+20 Outcome Document (The Future we want 2012). Die Kernprinzipien werden auch als Beitrag zu den

Post-2015 Entwicklungszielen gesehen: „Gesundheit für alle ist ein wesentliches gesellschaftliches Ziel von Regierungen sowie der Eckpfeiler von nachhaltiger Entwicklung."

Das Statement betont, dass das Erreichen einer bestmöglichen Gesundheit für alle Menschen, unabhängig von ethnisch-kultureller Herkunft/Hautfarbe („Race"), Religion, politischer Überzeugung, ökonomischen oder sozialen Bedingungen eines der fundamentalen Menschenrechte sei, dass die Regierungen Verantwortung für die Gesundheit ihrer Bevölkerungen haben und dass gesundheitliche Chancengleichheit ein Ausdruck sozialer Gerechtigkeit sei. Die gesundheitlichen Ungleichheiten zwischen den Ländern und innerhalb der Länder seien politisch, sozial und wirtschaftlich inakzeptabel und vermeidbar. Es sei bekannt, dass gute Gesundheit die **Lebensqualität** erhöht, die Fähigkeit zu lernen verbessert, Familien und Gemeinschaften stärkt und die Arbeitsproduktivität steigert. Aktivitäten zur Förderung der gesundheitlichen Chancengleichheit ihrerseits tragen zu Gesundheit, Reduktion von Armut, sozialer Inklusion und Sicherheit bei. Die Vielfalt der Determinanten der Gesundheit in einer verbundenen Welt (demographischer Wandel, schnelle Urbanisierung, Klimawandel und Globalisierung), die über die Verantwortung und den Einfluss des Gesundheitssektors hinausgehen, erfordere den politischen Willen, das gesamte Regierungshandeln auf Gesundheit zu verpflichten (to engage „the whole of government" in health.)

Gesundheit in allen Politikbereichen wird als Ansatz für eine öffentliche Politik gesehen, die über einzelne Sektoren hinweg systematisch die gesundheitlichen Implikationen von Entscheidungen in Betracht zieht, Synergien sucht und schädliche Gesundheitseffekte vermeidet, um Gesundheit und die gesundheitliche Chancengleichheit zu verbessern. Dieser Ansatz verbessert die Rechenschaftspfl icht von politisch Handelnden für Gesundheitswirkungen auf allen Politikebenen. Das beinhaltet die Betonung der Konsequenzen öffentlicher Politik auf Gesundheitssysteme und auf die Determinanten von Gesundheit und Wohlbefinden **(Health Impact Assessment / Gesundheitsverträglichkeitsprüfung**). Es wird an Regierungen appelliert, sicherzustellen, dass im Rahmen einer Bandbreite von Prioritäten gesundheitsbezogene Erwägungen transparent in der Politikgestaltung mitberücksichtigt werden sowie Möglichkeiten für zusätzliche Vorteile (co-benefi ts) über mehrere Sektoren hinweg und für die Gesellschaft als Ganzes eröffnet werden. Gesundheit in allen Politikbereichen kann einen Rahmen bereitstellen für Regulierungen und praktische Instrumente, die Gesundheit, soziale und gerechtigkeitsbezogene Ziele mit wirtschaftlicher Entwicklung verbinden und Interessenskonfl ikte transparent managen. Die Konferenzteilnehmer sehen Gesundheit in allen Politikbereichen als konstituierenden Bestandteil der Länderbeiträge zur Erreichung der Millenium-Entwicklungsziele der Vereinten Nationen. HiAP müsse auch eine Schlüsselüberlegung beim Entwerfen der Post-2015 Entwicklungsagenda bleiben. Sie appellieren an Regierungen, ihre Verpflichtungen für die

Gesundheit und das Wohlbefinden ihrer Bevölkerungen zu erfüllen, indem sie folgende Maßnahmen ergreifen.

- Selbstverpflichtung zu Gesundheit und gesundheitlicher Chancengleichheit als politischer Priorität
- Sicherung effektiver Strukturen, Prozesse und Ressourcen
- Stärkung der Kapazität von Gesundheitsministerien, andere Regierungssektoren mit in Dienst zu nehmen
- Aufbau institutioneller Kapazitäten und Fertigkeiten
- Einführung transparenter Prüfungs- und Rechenschaftsmechanismen
- Einführung von Maßnahmen bei Interessenkonflikten
- Einbeziehen von Gemeinschaften, sozialen Bewegungen und der Zivilgesellschaft

An die WHO wird appelliert, die Mitgliederstaaten darin zu unterstützen, Gesundheit in allen Politikbereichen in die Praxis umzusetzen, ihre eigene Kapazität in Gesundheit in allen Politikbereichen zu stärken und diesen Grundsatz in allen ihren Arbeitsbereichen und mit allen ihren Kooperationspartnern anzuwenden und zu fördern. Um die Umsetzung der Health in All Policies in den Ländern zu erleichtern, wurde von der WHO 2014 ein Health in All Policies (HiAP) - Framework for Country Action als Starthilfe veröffentlicht. Im November 2016 (30 Jahre nach der Ottawa-Konferenz von 1986) findet in Shanghai, China die 9. Globale Konferenz zur Gesundheitsförderung unter dem Titel Health Promotion in the Sustainable Development Goals statt mit dem zusätzlichen Slogan: Health for All and All for Health.

Während bis hierher die Entwicklung anhand der internationalen Konferenzen und ergänzender Ereignisse und Dokumente dargestellt wurde, sollen im Folgenden die wichtigsten Programme beschrieben und bei Bedarf durch andere relevante Aspekt der Entwicklung ergänzt werden. Dabei werden angesprochen: Die Rahmenprogramme der WHO „Gesundheit21“ und „Gesundheit 2020“ sowie die Programme, die für den Zusammenhang von Gesundheitsförderung und nachhaltiger Entwicklung besonders relevant sind.

9. Globale Konferenz zur Gesundheitsförderung: Promoting Health, Promoting Sustainable Development: Health for all and all for Health. (Gesundheitsförderung in den Zielen zur nachhaltigen Entwicklung. Gesundheit für alle und alle für Gesundheit) 2016, Shanghai, China

Vom 21. - 24. November 2016 wurde in Shanghai, China, die 9. Globale Konferenz zur Gesundheitsförderung unter dem Titel Health Promotion in the Sustainable Development Goals (SDG) veranstaltet mit dem zusätzlichen Slogan: Health for All and All for Health (Gesundheitsförderung in den Zielen zur nachhaltigen Entwicklung: Gesundheit für alle

und alle für Gesundheit). Die Konferenz wurde von der WHO gemeinsam mit der staatlichen Kommission für Gesundheit und Familienplanung der Volksrepublik China organisiert, 30 Jahre nach der Verabschiedung der Ottawa-Charta, die weiterhin als Erbe und Orientierung für die Zukunft der Gesundheitsförderung eingeschätzt wurde. Die Konferenz sollte der Frage nachgehen, wie Gesundheitsförderung in den Zielen zur nachhaltigen Entwicklung verwirklicht werden kann.

Zur 9. Globalen Konferenz waren über 1260 hochrangige Entscheidungsträger und Fachleute aus 131 Ländern nach Shanghai gekommen, darunter 123 Bürgermeister und Bürgermeisterinnen. Zusammen mit den Experten und Expertinnen der Gesundheitsförderung waren Minister und Ministerinnen der Ressorts Landwirtschaft, Entwicklungszusammenarbeit, Finanzen, Auswärtiges, Gesundheit und Handel mit der Frage befasst, wie die Gesundheitsförderung in die Maßnahmen der Länder zur Verwirklichung der SDG einbezogen werden kann. Die Mitgliedsländer der WHO in der Europäischen Region waren durch hochrangige Delegationen vertreten. Starke politische Unterstützung erhielt die Konferenz vom Gastgeber, der mit hochrangigen Politikern und Politikerinnen vertreten war und auf die Verknüpfung der SDG mit der kürzlich verabschiedeten Strategie Healthy China 2030 verwies.

Die Shanghai-Erklärung über Gesundheitsförderung im Rahmen der Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung hebt hervor, dass Gesundheit und Wohlbefinden entscheidende Voraussetzungen für nachhaltige Entwicklung und die Verwirklichung der Agenda 2030 der Vereinten Nationen und der darin enthaltenen Ziele für nachhaltige Entwicklung (SDG) sind. Diese Ziele begründen die Verpflichtung, in Gesundheit zu investieren, eine allgemeine Gesundheitsversorgung zu verwirklichen (universal coverage), gesundheitliche Benachteiligung für Menschen jeden Alters abzubauen: „Wir sind entschlossen, niemanden zurückzulassen“.
Die Förderung der Gesundheit erfordert Maßnahmen zu allen Zielen der nachhaltigen Entwicklung und kann nur durch den Einsatz der gesamten Gesellschaft erreicht werden.

Die Strategien der Ottawa-Charta dienen dabei als Kompass. Die Ergebnisse der vorhergegangenen globalen Konferenzen zur Gesundheitsförderung in der Folge der Ottawa-Charta werden als Grundlage und „Erbe“ ausdrücklich benannt und berücksichtigt (Adelaide 1998, Sundsvall 1991, Jakarta 1997, Mexiko-City 2000, Bangkok 2005, Nairobi 2009 und Helsinki 2013).

Es werden mutige politische Entscheidungen für mehr Gesundheit gefordert. Gesundheitsförderung hat es mit einem neuen globalen Kontext zu tun. Die Gesundheit der Menschen kann nicht länger getrennt von der Gesundheit unseres Planeten gesehen werden, neue Bedrohungen der Gesundheit nehmen zu, auch mächtige kommerzielle Interessen. Die Ungleichheiten machen politisches Handeln in vielen verschiedenen Politikbereichen und

gemeinsames Handeln auf globaler Ebene notwendig. Dabei sind die Rechte von Frauen, von in Migration befindlichen Menschen und die zunehmende Anzahl von Personen, die von humanitären und ökologischen Krisen betroffen sind, besonders zu berücksichtigen.

Prioritäten: Drei Säulen der Gesundheitsförderung

1. Verantwortungsbewusste Regierungsführung trägt wesentlich zur Gesundheitsförderung bei (good governance). Die Interdependenzen und Universalität der Ziele für nachhaltige Entwicklung versprechen Vorteile von Investitionen in allen Bereichen. Gesundheit ist grundlegende Verantwortung und Verpflichtung von Regierungen.

2. Städte und Gemeinden sind wesentliche Umgebungen für die Förderung der Gesundheit. Gesundheit ist Indikator für Erfolge in anderen Bereichen, Gesundheitsförderung trägt dazu bei, Städte für die gesamte Bevölkerung inklusiv, sicher und widerstandsfähig zu machen.

3. Befähigung der Menschen zur Förderung ihrer Gesundheitskompetenz (Health Literacy) ermöglicht und stärkt die gesundheitliche Chancengleichheit.

Die Shanghai-Erklärung schließt mit einem Handlungsappell: Gesundheit ist eine politische Entscheidung. Die Konferenzteilnehmenden stellen sich gegen Interessen, die sich schädlich auf die Gesundheit auswirken und werden Barrieren beseitigen, die der Befähigung der Menschen (insbesondere Mädchen und Frauen) zur Selbstbestimmung über ihre Gesundheit entgegenstehen.

Die mehr als 100 Bürgermeister und Bürgermeisterinnen verabschiedeten am 21.Nov. 2016 außerdem den Shanghai-Konsens zu Gesunden Städten (Shanghai consensus on Healthy Cities). Sie betonen die Bedeutung von Kommunen, die für Gesundheit und Wohlbefinden arbeiten für die nachhaltige Entwicklung und verpflichten sich zu verantwortungsbewusster Regierungsführung (Good governance).

Der offizielle Bericht zur Shanghaikonferenz 2016 kommt zu der Einschätzung, dass Gesundheitsförderung niemals zuvor so deutlich im Zentrum der globalen politischen Agenda gestanden hat, die die Welt transformieren wird.

Rahmenprogramme: Während bis hierher die Entwicklung anhand der internationalen Konferenzen und ergänzender Ereignisse und Dokumente dargestellt wurde, sollen im Folgenden die wichtigsten Programme beschrieben und bei Bedarf durch andere relevante Aspekt der Entwicklung ergänzt werden. Dabei werden angesprochen: Die Rahmenprogramme der WHO „Gesundheit21“ und „Gesundheit 2020“ sowie die Programme, die für den Zusammenhang von Gesundheitsförderung und nachhaltiger Entwicklung besonders relevant sind.

Rahmenprogramm Gesundheit21 (1998) und Gesundheitsförderung

Auf der Ebene der internationalen Gesundheitspolitik wurde 1998 von der WHO das Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ (GFA) aktualisiert und die grundsätzliche Strategie von Alma-Ata bestätigt. Das Konzept „Gesundheit21“ für die 870 Millionen Menschen in 51 Ländern der Europäischen Region der Weltgesundheitsorganisation ist durch die folgenden Hauptelemente gekennzeichnet: Das konstante oberste Ziel ist seit Alma Ata (1978), für alle Menschen das gesundheitliche Potenzial zu erreichen (Chancengleichheit).

Die Bemühungen, dieses übergeordnete Ziel zu erreichen, orientieren sich an zwei Hauptzielen für bessere Gesundheit:

- Förderung und Schutz der Gesundheit der Bevölkerung während des gesamten Lebens
- Verringerung der Inzidenz der wichtigsten Krankheiten und Verletzungen und der damit verbundenen Leiden

Die ethische Grundlage wird von drei Grundwerten gebildet:

- Gesundheit als fundamentales Menschenrecht
- Gesundheitliche Chancengleichheit und Solidarität bei den Handlungen zwischen Ländern, Bevölkerungsgruppen innerhalb von Ländern und zwischen Männern und Frauen sowie
- Partizipation und Rechenschaftspflicht des Einzelnen wie auch von Gruppen, Gemeinschaften, Institutionen, Organisationen und Sektoren in der gesundheitlichen Entwicklung

Die 38 Einzelziele der Vorläuferprogramme von 1984 und 1991 wurden auf 21 Ziele (für das 21. Jahrhundert) konzentriert. Das Rahmenkonzept Gesundheit21 ist in acht Kapitel im Sinne von Programmteilen gegliedert. Im ersten Kapitel wird die GFA-Vision beschrieben. Kapitel 2 konzentriert sich auf Gesundheitliche Chancengleichheit und Solidarität. Kapitel 3 und 4 erläutern die erwünschten gesundheitlichen Ergebnisse für die Bevölkerung der Region. Kapitel 4 „Prävention und Bekämpfung von Krankheiten und Verletzungen“ schlägt Strategien vor, um die Inzidenz, Prävalenz und die Auswirkungen von spezifischen Krankheiten und anderen Ursachen für eine schlechte Gesundheit zu verringern.

Das für die Gesundheitsförderung zentrale Programm ist Kapitel 5: „Multisektorale Strategien für die Schaffung einer nachhaltigen Gesundheit“. Es konzentriert sich auf Handlungsansätze vieler Sektoren, um ein gesundheitsförderliches natürliches, wirtschaftliches, soziales und kulturelles Umfeld sicherzustellen. Hier werden die früher getrennten Bereiche der „Lebensweisen“ und der „Umwelt“ enger verknüpft und der Begriff der „nachhaltigen Gesundheit“ eingeführt (Nachhaltigkeit und nachhaltige Gesundheitsförderung). Nach den

biologischen Grundlagen von Gesundheit und den natürlichen und wirtschaftlichen Determinanten von Gesundheit werden „Gesunde Lebensweisen“ behandelt, die in „Gesunde Entscheidungen und gesundes Verhalten“ und „Verringerung der durch Alkohol, Drogen und Tabak verursachten Schäden“ gegliedert sind.

Settings zur Förderung der Gesundheit werden als Ansatz hervorgehoben, der davon ausgeht, dass gesundheitliche Entscheidungen im Alltagsrahmen, zu Hause, in der Schule, am Arbeitsplatz und in der Gemeinschaft des Nahbereichs getroffen werden. Der Settingansatz bedeute, dass man

- die Aufmerksamkeit verstärkt auf die Stellen konzentriert, wo Gesundheit gefördert und erhalten wird,
- den Maßnahmen deutlich erkennbare Grenzen setzt,
- es leicht macht, mögliche Partner zu finden,
- die Möglichkeit bietet, zu beobachten und zu messen, wie sich Interventionen zum Vorteil der Gesundheit auswirken und
- eine gute Möglichkeit erhält, Pilotversuche durchzuführen und einen nachhaltigen gesellschaftlichen Wandel zu bewirken.
- Der Settingansatz wird als bewährte und selbstständige Strategie bezeichnet und für viele unterschiedliche Lebensbereiche gefordert.

Zu Settingprojekten, internationalen, nationalen und regionalen Netzwerken ist in diesem Zusammenhang folgendes zu ergänzen: Für die Gesundheitsförderungssettings Städte, Krankenhäuser, Schulen und Betriebe wurden seit Mitte der 1980er-Jahre in Umsetzung des Settingansatz der Gesundheitsförderung und der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung umfangreiche internationale und nationale Netzwerke aufgebaut.

Begonnen hat diese weltweite Entwicklung schon 1986 mit dem „Healthy Cities-Projekt“ und dem Internationalen Gesunde Städte-Netzwerk, aus dem sich weitere Projekte und internationale, nationale und regionale Netzwerke für die Settings Krankenhaus und Gesundheitseinrichtungen, Schule, Hochschule, Betriebe, Regionen sowie - bisher allerdings noch nicht in Deutschland - für Inseln, Dörfer und für Gefängnisse entwickelt haben (Gesundheitsförderung und Betrieb Gesundheitsförderung und Schule/Hochschule Gesundheitsförderung und Kindertageseinrichtungen Gesundheitsförderung und Krankenhaus Gesundheitsförderung und Gesunde/Soziale Stadt).

Das Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ für die Europäische Region der WHO wurde 2005 aktualisiert. Es handelte sich dabei nicht um eine neue Strategie, sondern um die dritte Aktualisierung seit der erstmaligen Annahme durch die europäische Region 1980. Die vorangegangene Aktualisierung „Gesundheit21“ wurde dabei überprüft und erneut bekräftigt. Das seitdem gewonnene Wissen und die gesammelten Erfahrungen wurden

einbezogen. Die Aktualisierung ist mit einem Aufruf zu einem „unbefristeten GFA-Prozess“ verbunden.

Gesundheit 2020. Rahmenkonzept und Strategie der Europäischen Region für das 21. Jahrhundert (2012)

2012 wurde mit „Gesundheit 2020“ das neue Rahmenkonzept für die Gesundheitspolitik in der europäischen Region der WHO für eine Bevölkerung von 900 Millionen in 53 Ländern beschlossen. Es baut auf den Erfahrungen auf, die mit dem vorangegangenen Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ gewonnen worden sind und stützt sich auf ein breites Spektrum an Erkenntnissen, die sowohl aus traditionellen, als auch aus neu entstehenden Bereichen der Gesundheitspolitik stammen. Ausgangspunkt ist die Erkenntnis, dass es zwar signifikante Verbesserungen in Gesundheit und Wohlbefinden gegeben hat, dass sie aber nicht überall gleichmäßig verteilt stattgefunden haben. So bestand beispielsweise zwischen der höchsten und niedrigsten Lebenserwartung bei Geburt ein Unterschied von 16 Jahren in der Europäischen Region. Als vorrangige gesundheitliche Herausforderungen sieht die WHO die Zunahme der gesundheitlichen Ungleichheit in und zwischen den Ländern, eingeschränkte öffentliche Ausgaben aufgrund der Finanzkrise und eine wachsende Krankheitslast bei den nichtübertragbaren Erkrankungen (Noncommunicable Diseases), inklusive Adipositas, Krebs und Herz-Kreislauferkrankungen. Diese geänderten Umstände und gesundheitlichen Herausforderungen würden neue Ansätze für Gesundheit erfordern und Absprachen zwischen Institutionen aller Sektoren und der Gesellschaft insgesamt (Action across government and society). Der mögliche Beitrag der Gesundheit zu wirtschaftlicher Produktivität und Prosperität werde nicht ausgeschöpft. Die gesellschaftliche Solidarität und der allgemeine Zugang zur Versorgung seien bedroht.

Vor diesem Hintergrund wurde das neue Rahmenkonzept in einem zweijährigen intensiven und beteiligungsorientierten Entwicklungsprozess mit drei ineinander verwobenen Strängen entwickelt: Sammeln von Erkenntnissen, Dokumentation von Erfahrungen und Prüfung durch eine große Anzahl von Akteuren und Fachkollegen. Zur Evidenzbasierung des Konzepts haben in Auftrag gegebene Studien über Maßnahmen gegen Benachteiligung und die sozialen Determinanten der Gesundheit sowie zu Führungs- und Steuerungsfragen (governance) im Gesundheitsbereich beigetragen. Die aufeinander folgenden Entwürfe wurden überarbeitet und übersetzt und in einem zweijährigen Konsultationsprozess durch Tausende von Akteuren in den Ländern der Region und darüber hinaus erprobt.

Das neue Rahmenkonzept wurde im September 2012 vom WHO-Regionalkomitee für Europa angenommen. Es soll zeigen, wie sich die Politik auf wirksamere und effi zientere Weise mit den heutigen sozialen, demografi schen und epidemiologischen Herausforderungen auseinandersetzen kann, durch neue Prioritäten, Anstoßen von Maßnahmen in

anderen Bereichen und Einführen neuer Konzepte in die Organisation des Gesundheitswesens.

Ein Schwerpunkt liegt im Bereich der Herstellung gesundheitlicher Chancengleichheit. Zielvorgaben von „Gesundheit 2020“ für die Europäische Region sind:

1. Senkung der vorzeitigen Mortalität
2. Erhöhung der Lebenserwartung
3. Abbau gesundheitlicher Ungleichheiten
4. Förderung des Wohlergehens der Bevölkerung
5. Sicherung einer universellen Versorgung und des Rechts auf ein Höchstmaß an Gesundheit
6. Aufstellung nationaler Ziele und Vorgaben für die Gesundheit in den Mitgliedstaaten

Der Politik werden zwei strategische Ziele und vier vorrangige Handlungsfelder aufgezeigt.

Die Ziele sind:

1. Verbesserung der Gesundheit für alle und Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheiten
2. Verbesserung von Führung und partizipatorischer Steuerung für die Gesundheit (governance for health)

Die vier vorrangigen Handlungsfelder sind:	
Priorität 1:	Investitionen in einen Lebensverlaufsansatz (life-course approach) und die Handlungsfähigkeit der Menschen
Priorität 2:	Bekämpfung der wichtigsten gesundheitlichen Herausforderungen in der Europäischen Region
Priorität 3:	Stärkung von bürgernahen Gesundheitssystemen, von Kapazitäten in den öffentlichen Gesundheitsdiensten und von Vorsorge, Surveillance und Gegenmaßnahmen für Notlagen
Priorität 4:	Schaffung eines stützenden Umfeldes und widerstandsfähiger Gemeinschaften

Gesundheit 2020 unterstützt gesamtstaatliches und gesamtgesellschaftliches Handeln für mehr Gesundheit und Wohlbefinden (whole-of-government and whole-of-society-approach). Dadurch sollen die Gesundheit und das Wohlbefinden von Bevölkerungen verbessert werden, gesundheitliche Benachteiligung abgebaut, die öffentliche Gesundheit gestärkt werden, sowie bürgernahe, nachhaltige und flächendeckende Gesundheitssysteme gewährleistet werden, die gleiche Chancen auf qualitativ hochwertige Leistungen bieten.

Auf der europäischen Ebene ist Gesundheit 2020 das richtungweisende Rahmenprogramm. Die Österreichischen Rahmengesundheitsziele wurden ausdrücklich in einer HiAP - Perspektive entwickelt und gelten als Good Practice-Beispiel für einen nationalen Umsetzungsprozess von Gesundheit 2020. Auf der Grundlage der Rahmengesundheitsziele wurde die Gesundheitsförderungsstrategie entwickelt und im März 2014 beschlossen (**Gesundheitsförderung 6: Österreich**).

Ergänzend ist hier auf den Europäischen Gesundheitsbericht hinzuweisen: Er ist eine Flagschiffpublikation des Europäischen Regionalbüros der Weltgesundheitsorganisation. Er erscheint alle 3 Jahre. Mit dem Bericht von 2012 „Ein Wegweiser zu mehr Wohlbefinden“ (Charting the way to well-being) wurde die Umorientierung zu WHO-Zielen für Gesundheit und **Wohlbefinden** verdeutlicht. Mit der Annahme von Gesundheit 2020 beauftragten die Mitgliedstaaten das Regionalbüro, das Wohlbefinden der Bevölkerung in der Region zu messen und ganzheitlich darüber Bericht zu erstatten. Im Europäischen Gesundheitsbericht 2015 werden die seitdem erzielten Fortschritte und Herausforderungen bei der Umsetzung von Gesundheit 2020 beschrieben.

Strategien zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Erkrankungen/Noncommunicable diseases (NCD): Parallel und in Ergänzung zur Strategie Gesundheit 2020 wurden auch wichtige programmatische Entwicklungen für die Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Erkrankungen und für Psychische Gesundheit beschlossen. Aufgrund der zunehmenden epidemiologischen Herausforderungen durch die nichtübertragbaren Erkrankungen (noncommunicable diseases (NCD) wurde 2011 von dem High-Level Meeting der Generalversammlung der Vereinten Nationen (United Nations, UN) eine Politische Erklärung zur Prävention und Kontrolle nichtübertragbarer Erkrankungen angenommen und 2014 erneuert. Der 2012 von der WHO-Europa verabschiedete Aktionsplan zur Umsetzung der europäischen Strategie zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten für den Zeitraum 2012-2016 wird fortgeführt im aktuellen Aktionsplan 2016-2020. Er enthält auch die Implikationen der inzwischen verabschiedeten Sustainable Development Goals (SDG).

Für die Weltebene veröffentlichte die Weltgesundheitsorganisation (Genf) 2013 (auf der Grundlage der Politischen Erklärung des UN-High Level Meetings von 2011) den Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases (2013 -2020). Die

Strategien und Aktionspläne kombinieren Ansätze der **Prävention** mit solchen der Gesundheitsförderung (z. B. Empowerment, Schaffen gesundheitsförderlicher Lebenswelten.)

Der wachsenden Bedeutung und gestiegenen Aufmerksamkeit für die psychische Gesundheit wurde von der WHO-Europa 2013 mit dem Europäischen Aktionsplan für psychische Gesundheit entsprochen. Er stimme überein mit den Zielen der Europäischen Rahmenstrategie Gesundheit 2020 und solle zu ihrer Verwirklichung beitragen.

Gesundheitsförderung und Nachhaltigkeit, Agenda 21 und Agenda 2030, Sustainable Development Goals

Die Verknüpfung von Gesundheitsförderung und dem Leitkonzept der Nachhaltigkeit sowie der im Umweltbereich im Anschluss an die Konferenz von Rio 1992 entwickelten Agenda 21 ist im 5. Kapitel von Gesundheit21 auf der internationalen und programmatischen Ebene am ausgeprägtesten. Obwohl ein systematischer Vergleich von Gesundheitsförderung und Agenda 21 hinsichtlich ihrer Prinzipien und Arbeitsprozesse große Übereinstimmungen ergibt (z. B. Chancengleichheit, intersektorale Aktion, Bürgerbeteiligung etc.), spielte Gesundheit bei der tatsächlichen Umsetzung der Agenda 21 auf der lokalen Ebene in Deutschland nur in Ausnahmefällen (Healthy Cities) eine Rolle. Dies wird auch auf die unterschiedlichen Finanzierungsquellen für Gesundheits- und Umweltprojekte zurückgeführt. Die Lokale Agenda 21 erschien für einige Zeit politisch zugkräftiger als Gesundheitsförderung, die Umsetzung zahlreicher Beschlüsse und Strategien hat sich jedoch als langwierig erwiesen. Eine Belebung erhielt der Nachhaltigkeitsdiskurs auf der Bundesebene über den 2010/2011 angelegten „Nachhaltigkeitsdialog“ der Bundesregierung. Auch in den inzwischen entwickelten Nachhaltigkeitsstrategien der Bundesländer spielt Gesundheit eine Rolle und trägt damit zur Verknüpfung von Nachhaltigkeits- und Gesundheitsförderungsaktivitäten bei.

Auf der internationalen Ebene wurde die Verbindung von Gesundheit, Chancengleichheit, Klimaschutz und nachhaltiger Entwicklung verstärkt thematisiert, z. B. über die Internationale Union für Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung, insbesondere aber durch die Entwicklung der Post-2015-Sustainable Development Agenda des United Nations Development Programme (UNDP) und die Entwicklung von den (2015 ausgelaufenen) Millenium Development Goals (MDG) zu den Sustainable Development Goals (SDG) (**Globale Gesundheit**).

Besondere Bedeutung hat die Agenda 2030 für Nachhaltige Entwicklung (2015) mit den Sustainable Development Goals (SDG) (Nachhaltige Entwicklungsziele) der Vereinten Nationen für die Gesundheit(sförderung). Die Nachhaltigen Entwicklungsziele der Vereinten

Nationen (SDG) bauen auf den Milleniums-Entwicklungszielen (MDG) auf und sind für alle Länder relevant. Sie behandeln die wirtschaftlichen, umweltbezogenen und sozialen Grundlagen einer nachhaltigen Entwicklung, wobei ein bedeutsamer Schwerpunkt auf Verteilungsgerechtigkeit gelegt wird und die grundlegenden Ursachen der Armut adressiert werden. Sie werden in einen Zusammenhang gestellt, der verdeutlicht, dass eine nachhaltige Entwicklung die Zusammenarbeit der vielen Sektoren und Systeme eines Landes voraussetzt. Die Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung mit den 17 SDGs und 169 Zielvorgaben wurde von den Staats- und Regierungschefs der 193 Mitgliedsstaaten der Generalversammlung der Vereinten Nationen im September 2015 angenommen. Sie verpflichten sich zur Umsetzung bis 2030. Die Ziele verknüpfen Armutsbekämpfung mit nachhaltiger Entwicklung.

Das 3. Entwicklungsziel bezieht sich explizit auf Gesundheit und Wohlergehen: „Ein gesundes Leben für alle Menschen jeden Alters gewährleisten und ihr Wohlbefinden fördern“ und ist in 13 Gesundheitsunterziele gegliedert. Angesichts der sozialen Determinanten von Health for All und Health in All Policies sind jedoch ausnahmslos alle Nachhaltigkeitsziele implizit auch Gesundheitsförderungsziele, da sie die sozialen, politischen und wirtschaftlichen Determinanten der Gesundheit betreffen: 1) Armut beenden, 2) Hunger beenden, 3) gute gesundheitliche Versorgung, 4) hochwertige Bildung, 5) Geschlechtergerechtigkeit, 6) Wasser- und sanitäre Versorgung, 7) erneuerbare Energien, 8) gute Arbeit und nachhaltiges wirtschaftliches Wachstum, 9) Infrastruktur und Innovation, 10) Verringerung der Ungleichheiten innerhalb von und zwischen Ländern, 11) nachhaltige Städte und Gemeinschaften, 12) verantwortungsvoller Konsum und Produktion, 13) verantwortungsbewusstes Klimahandeln, 14) Erhalt des Lebens im Wasser, 15) Erhalt und Förderung der Land-Ökosysteme 16) Frieden und Gerechtigkeit, 17) globale Partnerschaften für nachhaltige Entwicklung.

Der integrative Ansatz erfordert eine enge Zusammenarbeit und Abstimmung über die Sektoren hinweg, aber auch der internationalen Organisationen und Institutionen. Die Umsetzung in die nationale Gesundheitsförderung erfolgt über die Integration in die nationalen Gesundheitsziele. Erleichtert wird dies, wenn es Rahmenziele gibt, die an Gesundheit in allen Politikbereichen (HiAP) orientiert sind, wie z. B. in Österreich. Dort werden die Nachhaltigen Entwicklungsziele durch Abgleich mit den Gesundheits-Rahmenzielen umgesetzt. Neben der WHO und den großen internationalen Organisationen der Nachhaltigkeitspolitik werden im Folgenden noch zwei weitere Organisationen ausdrücklich angesprochen, weil sie für die internationale Praxis und Politik insbesondere der Umsetzung von Gesundheitsförderung wesentliche Bedeutung haben, im Fall der Internationalen Union weltweit, bei der Initiative D-A-CH für die deutschsprachigen Länder.

Internationale Union für Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung (IUHPE)

Im nichtstaatlichen Bereich versucht die 1951 gegründete Union für Gesundheitsförderung und Gesundheitserziehung als Fachorganisation der Professionellen im internationalen Austausch auf der Grundlage der Ottawa-Charta wirkungsvolle Ansätze der Gesundheitsförderung zu entwickeln. Sie hat seit den 1990er-Jahren Konferenzen und vergleichende Studien zur Effektivität und Effizienz von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und zur Qualitätsentwicklung durchgeführt. Sie gibt eine Fachzeitschrift heraus und veranstaltet regelmäßig internationale (globale und europäische) Fachtagungen zu überregional und global aktuellen Themen der Gesundheitsförderung und Gesundheitserziehung. Die 22. IUPHE- World Conference wurde im Mai 2016 in Curritiba, Brasilien, durchgeführt zum Thema Promoting health and equity. Die Weltkonferenzen bieten ein globales Forum für Fachkräfte aus Wissenschaft, Politik, Forschung und Praxis und sollen den internationalen Meinungsaustausch voranbringen. Die 23. IUHPE - Weltkonferenz ist für April 2019 in Neuseeland geplant zum Thema: Waiora: Promoting Planetary Health and Sustainable Development for all.

Die IUHPE hat (2009-2013) mit finanzieller Unterstützung der Europäischen Kommission im Rahmen des EU-Gesundheitsprogramms (**Gesundheitsförderung und EU**) im Projekt „CompHP - Developing Competencies and professional standards for Health Promotion Capacity Building in Europe“ ein Handbuch zu den Kernkompetenzen professioneller Gesundheitsförderung entwickelt. Eine deutsche Kurzfassung der IUHPE-Dokumente wurde als „CompHP-Rahmenkonzept für die Gesundheitsförderung. Kernkompetenzen - Professionelle Standards - Akkreditierung“ von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2014) herausgegeben und wird seither in Gesundheitsförderungsfachkreisen diskutiert (**Kernkompetenzen der Gesundheitsförderung**).

D/A/CH-Netzwerk für Gesundheitsförderung

Das D/A/CH-Netzwerk für Gesundheitsförderung wurde 2011 in Wien gegründet und umfasst Fachpersonen der Gesundheitsförderung aus Deutschland, Österreich und der Schweiz. Es dient dem fachlichen Austausch von Wissenschaft, Praxis und Politik, der Vernetzung und Entwicklung transnationaler Perspektiven für die deutschsprachigen Regionen. Das Netzwerk führt jährliche Fachtagungen mit lokalen Partnerorganisationen durch. Die letzte gemeinsame Tagung fand im März 2018 im Zusammenhang mit dem Kongress Armut und Gesundheit und der Fachtagung „Lebendige Stadt - gesunde Menschen“ in Berlin statt.

Aktuelle Herausforderungen und Diskussion

Seit der Jahrtausendwende stehen in der Praxis und in der wissenschaftlichen und politischen Diskussion (auch in der Nachbereitung und Weiterentwicklung der durch die Konfe-

renzen von Jakarta, Bangkok, Nairobi, Helsinki und Shanghai sowie von „Gesundheit21“ benannten Probleme und Prioritäten) insbesondere die folgenden Herausforderungen sowie Rahmenbedingungen der Gesundheitsförderung auf der Tagesordnung:

- Weiter bestehende gesundheitliche Ungleichheiten und Aktualisierung der Strategien zur Erhöhung der Chancengleichheit mit Orientierung an sozialen, kommerziellen und politischen Determinanten der Gesundheit
- Der Beitrag der Gesundheit zur sozialen, wirtschaftlichen und nachhaltigen Entwicklung und zum Wohlstand, Gesundheit als soziales Kapital und globales öffentliches Gut
- Erweiterung der Perspektive von der globalen Gesundheit zur „planetaren Gesundheit“ (Planetary health), Entwicklung der One Health -Perspektive (Verbindung der Gesundheit von Mensch, Tier und Umwelt)
- Orientierung an Förderung von Gesundheit, **Wohlbefinden** und **Lebensqualität**
- Prioritäten („Pfeiler“) der Gesundheitsförderung in der nachhaltigen Entwicklung: Verantwortungsbewusste Regierungsführung (Governance) - Gesunde Städte und Gemeinden - Gesundheitskompetenz/Health Literacy
- Weiter steigende Bedeutung einer intersektoralen Gesamtpolitik zur Förderung der Gesundheit auf allen Ebenen: Global, national, regional, kommunal
- „Gesundheit ist eine politische Entscheidung“: Gesundheit in allen Politikbereichen (HiAP) als gesamtpolitische und gesamtgesellschaftliche Aufgabe.

(Siehe hierzu die www.bzga.de/Leitbegriffe **Soziale Ungleichheit und Gesundheit Chancengleichheit Determinanten der Gesundheit soziales Kapital**).

Bezüglich der Implementation und Umsetzung konzentrieren sich Diskussion und Praxis auf Gesundheitsergebnisse, Effektivität und Effizienz, **Evaluation**, **Qualitätssicherung, -entwicklung und -management** von Gesundheitsförderung sowie auf die Forderungen nach einer stärkeren **Evidenzbasierung/Evidenzorientierung** der Gesundheitsförderung). Die Notwendigkeit einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik und der intersektoralen Kooperation sowie Partnerschaften und Allianzen in Verbindung mit einer nachhaltigen Gesundheitsförderungspolitik wird aufgegriffen und betont im Zusammenhang einer „Health in All Policies“- und „All for health“-Perspektive.

Die finnische EU-Präsidentschaft hatte schon 2006 einen determinantenbasierten Gesundheits(förderungs)ansatz zu ihrer Priorität erklärt und damit „Health in All Policies“ (HiAP) auch auf die Tagesordnung der Europäischen Union gesetzt (**Gesundheitsförderung 4: Europäische Union**).

Das Adelaide-Statement on Health in All Policies fasst die Ergebnisse einer internationalen Expertenkonferenz von WHO und Government of South Australia vom Frühjahr 2010 in Adelaide, Australien, zusammen. Es benennt die Verantwortung des Gesundheitssektors, in der Unterstützung der „Health in All Policies" die Gesundheit in die anderen Bereiche und Sektoren der Politik zu integrieren (Mainstreaming Health). Die Adelaide-Stellungnahme benennt erfolgreiche Beispiele der Verknüpfung von Gesundheit mit anderen Politikbereichen wie Ökonomie und Beschäftigung, Bildung und frühe Kindheit. Die Stellungnahme war ein Vorbereitungstext für die Weltkonferenz zu den sozialen Determinanten von Gesundheit (2011 in Brasilien) und für die 8. Weltkonferenz zur Gesundheitsförderung mit dem Fokus „Health in All Policies" (2013 in Finnland). Im Helsinki Statement on Health in All Policies wurde dieser Ansatz weiter ausdifferenziert und (2012) im Rahmenkonzept Gesundheit 2020 bestätigt. Der Ansatz wurde außerdem um die Perspektiven des gesamtstaatlichen und gesamtgesellschaftlichen Handelns erweitert (whole of government und whole of society approach) sowie durch die Betonung der neuen Steuerung und Führung (governance) ergänzt.

Durch die Entwicklung und Verabschiedung der Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung mit den Nachhaltigen Entwicklungszielen werden die determinantenorientierten Ansätze der Health in All Policies und des Health Mainstreaming bestätigt und verstärkt. Armutsbekämpfung, nachhaltige Entwicklung und Gesundheitsförderung werden integriert.

Die zum 30jährigen Jubiläum der Ottawa-Charta im November 2016 in Shanghai, China, durchgeführte 9. Globale Konferenz zur Gesundheitsförderung hat diese Entwicklungen aufgegriffen und zusammengeführt unter dem Tagungstitel Health Promotion in the Sustainable Development Goals, vereinfacht in dem offiziellen Slogan: Health for All and All for Health. Diese Perspektive wurde fortgeführt durch eine 2017 in Adelaide veranstaltete internationale Konferenz zum Thema: Health in All Policies - Progressing the Sustainable Development Goals und der von dieser verabschiedeten Adelaide II - Stellungnahme: Implementing the Sustainable Development Goals through good governance in health and wellbeing : building on the experience of Health in All Policies (Implementierung der nachhaltigen Entwicklungsziele durch verantwortungsbewusste Regierungsführung im Bereich Gesundheit und Wohlbefinden: Auf den Erfahrungen von Health in All Policies aufbauen).

Literatur:

Internationale Entwicklung, historische und programmatische Zusammenhänge nach Ottawa (1986) bis heute

Altgeld,T/Kickbusch I, Gesundheitsförderung, in: Schwartz FW (Hg.), Public Health. Gesundheit und Gesundheitswesen, München 2012, 187-196;

Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (Hg.), Gesundheitsförderungsstrategie im Rahmen des Bundes-Zielsteuerungsvertrags. Wien 2014;

Franzkowiak P/Sabo P (Hg.), Dokumente der Gesundheitsförderung, Mainz 1993;

Franzkowiak P/Luetkens C/Sabo P, Dokumente der Gesundheitsförderung II. Internationale und nationale Dokumente und Grundlagentexte zur Entwicklung der Gesundheitsförderung von 1992 bis 2013, Duisburg 2013;

GesundheitsAkademie e.V. (Hg.), Gesundheit gemeinsam gestalten - Allianz für Gesundheitsförderung, Frankfurt 2001;

Göpel E/Gesundheitsakademie e.V. (Hg.), Nachhaltige Gesundheitsförderung. Gesundheit gemeinsam gestalten - Band 4, Frankfurt a. M. 2010;

Hurrelmann K/Laaser U/Richter M, Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention, in: Handbuch Gesundheitswissenschaften, 6. Auflage, Weinheim 2016;

Laverack G (Hg.), Gesundheitsförderung und Empowerment. Grundlagen und Methoden mit vielen Beispielen aus der praktischen Arbeit, Gamburg 2010;

Ruckstuhl B, Gesundheitsförderung. Entwicklungsgeschichte einer neuen Public Health Perspektive. Mit Zeitzeugeninterviews, Weinheim 2011

Trojan A/Legewie H, Nachhaltige Gesundheit und Entwicklung. Leitbilder, Politik und Praxis der Gestaltung gesundheitsförderlicher Umwelt- und Lebensbedingungen, Frankfurt a. M. 2001;

WHO, Das Rahmenkonzept „Gesundheit für Alle“ für die Europäische Region der WHO (Aktualisierung 2005), Kopenhagen 2005;

WHO, Gesundheit21 - Das Rahmenkonzept „Gesundheit für Alle“ für die Europäische Region der WHO, Kopenhagen 1999;

WHO, Zugewinn an Gesundheit. Die europäische Strategie zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten, Kopenhagen 2006;

WHO, Milestones in Health Promotion. Statements from Global Conferences, Genf 2009;

WHO/Regionalbüro für Europa, Der Europäische Gesundheitsbericht 2012. Ein Wegweiser zu mehr Wohlbefinden, Kopenhagen 2014;

WHO/Regionalbüro für Europa, Gesundheit 2020. Rahmenkonzept und Strategie der Europäischen Region für das 21. Jahrhundert, Kopenhagen 2013;

WHO/Regionalbü ro für Europa, Der Europäische Gesundheitsbericht 2015. Der Blick über die Ziele hinaus - neue Dimensionen der Evidenz, Kopenhagen 2015;

WHO, Promoting health in the SDGs. Report on the 9th Global Conference for Health Promotion. Shanghai, China, 21-24 Nov 2016, all for health, health for all, World Health Organization, Geneva 2017

Internetadressen:

www.euro.who.int/en (Europäisches Regionalbüro der Weltgesundheitsorganisation)
www.who.int/healthpromotion/en (WHO Genf, Programme Health Promotion)

www.undp.org (United Nations Development Programme)
www.gesundheitsfoerdernde-hochschulen.de (Basiswissen Gesundheitsförderung/Historische Entwicklung)
www.gesundheitsfoerderung.ch
www.fgoe.org (Fonds Gesundes Österreich)
www.goeg.at (Gesundheit Österreich GmbH)
www.iuhpe.org (International Union for Health Promotion and Education)
www.dreilaendertagung.net/start/

Verweise:

Capacity Building / Kapazitätsentwicklung, Determinanten von Gesundheit, Empowerment/Befähigung, Evaluation, Evidenzbasierte Gesundheitsförderung, Gesundheitliche Chancengleichheit, Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik / Healthy Public Policy, Gesundheitsförderung 1: Grundlagen, Gesundheitsförderung 2: Entwicklung vor Ottawa 1986, Gesundheitsförderung 4: Europäische Union, Gesundheitsförderung 6: Österreich, Gesundheitsförderung und Betrieb, Gesundheitsförderung und Gesunde / Soziale Stadt / Kommunalpolitische Perspektive, Gesundheitsförderung und Kindertageseinrichtungen, Gesundheitsförderung und Krankenhaus, Gesundheitsförderung und Schule, Gesundheitsverhalten, Krankheitsverhalten, Gesundheitshandeln, Globale Gesundheit / Global Health, Health Impact Assessment (HIA) / Gesundheitsverträglichkeitsprüfung, Health Literacy / Gesundheitskompetenz, Kernkompetenzen professioneller Gesundheitsförderung, Lebensqualität - ein Konzept der individuellen und gesellschaftlichen Wohlfahrt, Nachhaltigkeit und nachhaltige Gesundheitsförderung, Partnerschaften für Gesundheit, Primäre Gesundheitsversorgung / Primary Health Care, Prävention und Krankheitsprävention, Qualitätssicherung, Qualitätsentwicklung, Qualitätsmanagement, Settingansatz / Lebensweltansatz, Soziale Ungleichheit und Gesundheit/Krankheit, Soziales Kapital

Gesundheitsförderung 4: Europäische Union

Lotte Kaba-Schönstein

(letzte Aktualisierung am 04.01.2017)

Die Europäische Gemeinschaft und Union als Akteur in der Gesundheitsförderung und Prävention

Im nachfolgenden Beitrag „Gesundheitsförderung und Europäische Union (EU)“ (der den Leitbegriff „Gesundheitsförderung IV“ in der Fassung von 2011 umfasst und aktualisiert), werden zunächst einleitend die Hintergründe und Meilensteine der Gesundheitsförderung im Rahmen der Europäischen Gemeinschaft und Union zusammengefasst.

Nach diesem Überblick werden die wichtigen Programme, Strategien, rechtlichen Grundlagen, Prinzipien, Projekte und Themen der Gesundheitsförderung in der Europäischen Union im Einzelnen dargestellt sowie die parallel verlaufende Einrichtung von gesundheits(förderungs)relevanten EU-Institutionen/Agenturen und Handlungsbereichen erläutert.

In einem abschließenden Teil werden die Umsetzung der EU-Gesundheits(förderungs) politik in Deutschland sowie die Entwicklungen und Perspektiven der EU-Gesundheitspolitik zusammenfassend bewertet.

Einführung und Zusammenfassung der Entwicklung

Konzept und Prinzipien der Gesundheitsförderung wurden seit den 1980er-Jahren auf Initiative und im Rahmen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) in Kooperation mit weiteren Partnern entwickelt und zuerst in Europa und Nordamerika und dann weltweit verbreitet (Diese Entwicklung wird ausführlich in dem vorangegangenen Leitbegriff **Gesundheitsförderung 1**, **2** und **3** beschrieben).

Seit den 1990er-Jahren ist die Europäische Union (EU) zu einem weiteren wichtigen Akteur und Finanzier der Gesundheitsförderung auf der europäischen Ebene geworden. Sie entwickelt seitdem EU-Programme zur Öffentlichen Gesundheit, Gesundheitsförderung und Prävention (**Gesundheitswissenschaften/Public Health Prävention und Krankheitsprävention**). Wesentliches Instrument der EU im Gesundheitsbereich ist die Förderung und Unterstützung der Zusammenarbeit der Mitgliedstaaten. Die EU wurde schrittweise um neue Mitgliedstaaten erweitert und umfasst inzwischen nach den Süd-, Nord-

und Osterweiterungen 28 Mitgliedsländer und eine Bevölkerung von heute ca. 500 Millionen.

Die Aktivitäten der Europäischen Kommission im Bereich der Gesundheitsförderung konzentrierten sich in der Anfangszeit in erster Linie auf die Zusammenarbeit der Mitgliedsländer, die Finanzierung der ausgeschriebenen Programme und die Forschungsförderung, jedoch nicht auf eine inhaltliche Weiterentwicklung des Konzepts Gesundheitsförderung. In den neueren Programmen der EU werden die konzeptionellen Weiterentwicklungen und Strategien der Gesundheitsförderung im Rahmen der WHO und anderer Organisationen und Akteure in stärkerem Maße aufgenommen, umgesetzt und durch eigene Akzente ergänzt.

Zu Beginn beschränkte sich die Zusammenarbeit der 1957 als Europäische Wirtschaftsgemeinschaft gegründeten Europäischen Gemeinschaft hauptsächlich auf Handel und Wirtschaft der sechs Gründungsmitglieder. Seit Mitte der 1970er-Jahre kamen auch Fragen der öffentlichen Gesundheit auf die Agenda der Europäischen Gemeinschaft. Ein Jahrzehnt später etablierte sich der Gesundheitsministerrat als dauerhafte Einrichtung. Im Anschluss daran nahm die Europäische Gemeinschaft auf Anregung des Europäischen Rats den Kampf gegen den Krebs auf. Dieses erste europäische Gesundheitsprogramm „Europa gegen den Krebs“ (1985) kann als Initialzündung für verstärkte Aktivitäten der Gemeinschaft in der öffentlichen Gesundheit, der **Prävention** und Gesundheitsförderung verstanden werden. Außerdem wurden vereinzelte weitere Maßnahmen zur öffentlichen Gesundheit, insbesondere zur Bekämpfung von Drogenmissbrauch und Aids, begonnen.

Lange Zeit standen diese eher präventiv-medizinischen Maßnahmen im Vordergrund der Aktivitäten. Sämtliche Rechtsakte auf Ratsebene ergingen in dieser Zeit als „Beschlüsse der im Rat vereinten Minister der Mitgliedstaaten“ oder als Entscheidungen ohne rechtliche Verbindlichkeit und stützten sich auf den Vertrag zur Gründung der europäischen Wirtschaftsgemeinschaft oder die Gemeinschaftsverträge. Für das Gesundheitswesen und damit für die Gesundheitsförderung bestand bis zum Vertrag von Maastricht (1992) keine ausdrückliche Gemeinschaftskompetenz.

Das Inkrafttreten des Vertrags von Maastricht (1993) markiert die Geburtsstunde der Europäischen Union. Die Zuständigkeit der Europäischen Union für Gesundheitswesen und Gesundheitspolitik wurde im Artikel 129 des Vertrags von Maastricht geregelt. Auf dieser Grundlage wurde 1993 das erste Aktionsprogramm der Gemeinschaft zur Gesundheitsförderung, -aufklärung, -erziehung und -ausbildung innerhalb des Aktionsrahmens im Bereich des öffentlichen Gesundheitswesens aufgelegt und 1996 verabschiedet. Die Zuständigkeit der Europäischen Gemeinschaft für Gesundheitsangelegenheiten wurde 1997 im § 152 des Vertrags von Amsterdam erweitert. Alle EU-Maßnahmen im Gesundheits(förderungs)bereich unterliegen auch nach diesem Vertrag weiterhin dem im Vertrag

von Maastricht eingefügten Subsidiaritätsprinzip und Harmonisierungsverbot und müssen einen europäischen Mehrwert erbringen. Seit 2000 hat die „Offene Methode der Koordinierung (OMK)“ als neuer Regulationsmodus für eine verstärkte Zusammenarbeit zwischen den EU-Staaten in der europäischen Gesundheits- und Sozialpolitik zunehmende Bedeutung.

Im Herbst 2002 wurde (nach langwierigen Abstimmungsprozessen zwischen Europäischer Kommission, dem Europäischen Rat und dem Europäischen Parlament) ein neues, einheitliches Aktionsprogramm der Gemeinschaft im Bereich der öffentlichen Gesundheit (2003-2008) verabschiedet. Es löste die vorangegangenen acht Einzelprogramme ab. Das neue Aktionsprogramm enthält als einen der drei Hauptzielbereiche „Förderung der Gesundheit und Verhütung von Krankheiten durch Beeinflussung der Gesundheitsfaktoren in allen gemeinschaftlichen Politik- und Tätigkeitsfeldern“. Es bildete die erste Grundlage für die Aktivitäten der Europäischen Union im Bereich Gesundheitsförderung im neuen Jahrtausend.

Die Europäische Kommission legte im Oktober 2007 ein Weißbuch vor: „Gemeinsam für die Gesundheit: Ein strategischer Ansatz der EU für 2008-2013“. (White Paper Together for Health: A Strategic Approach for the EU 2008-2013). Der strategische Ansatz baut auf früheren Bemühungen auf und stellt einen umfassenden Rahmen bereit, der über die zentralen Gesundheitsfragen hinaus auch weiter gefasste Aspekte wie politikübergreifende und globale Gesundheitspolitik behandelt.

Im Oktober 2007 wurde das zweite Aktionsprogramm der Gemeinschaft im Bereich der Gesundheit (2008-2013), das auf den Ergebnissen des Vorläuferprogramms aufbaut, beschlossen (Laufzeit 1.1.2008 bis 31.12.2013). Es ist das Hauptinstrument der Kommission zur Umsetzung der neuen EU-Gesundheitsstrategie „Gemeinsam für die Gesundheit (2008-2013)“. Das Programm soll in einem hohen Maß zu Schutz und Sicherheit der europäischen Bürger und Bürgerinnen beitragen.

Seit dem Vertrag von Lissabon 2007 (inkraft seit Dezember 2009) bildet Artikel 168 des Vertrags über die Arbeitsweise der Europäischen Union (VAEU) die rechtliche Grundlage für die gemeinschaftliche Politik im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention. Er hat den geringfügig erweiterten Artikel 152 des Vertrags von Amsterdam abgelöst. Weitere Rechtsgrundlage ist die EU-Grundrechtscharta, die jedem Menschen ein Recht auf Zugang zur Gesundheitsversorgung garantiert.

2011 wurde die ursprünglich von 2008-2013 vorgesehene Laufzeit der EU-Gesundheitsstrategie „Gemeinsam *für die Gesundheit“ verlängert bis 2020.*

Im November 2011 hatte die Europäische Kommission einen Vorschlag für ein drittes Mehrjahresprogramm (von 2014-2020) angenommen. Das Europäische Parlament akzep-

tierte den Vorschlag für dieses dritte EU-Gesundheitsprogramm am 28.2.2014. Die Verordnung des Europäischen Parlamentes und des Rates vom 11. März 2014 über ein drittes Aktionsprogramm der Union im Bereich der Gesundheit (2014-2020) wurde am 21.3.2014 im Offi ziellen Journal der Europäischen Union veröffentlicht und trat am Folgetag inkraft. Das dritte EU-Gesundheitsprogramm ist das wichtigste Instrument der Europäischen Kommission zur Umsetzung der EU-Gesundheitsstrategie „Gemeinsam für die Gesundheit" (2007), die wiederum die allgemeine Strategie Europa 2020 unterstützt (siehe Abbildung „Die Europäische Gemeinschaft und Union als Akteur in der Gesundheitsförderung: Überblick, Grundlagen und Meilensteine" auf der nächsten Seite).

Nach dieser Zusammenfassung der Entwicklung und Überblicks-Darstellung werden im Folgenden die wichtigen Programme, Strategien, rechtlichen Grundlagen, Prinzipien, Projekte und Themen der Gesundheitsförderung im Rahmen der Europäischen Union im Einzelnen dargestellt sowie die Einrichtung von gesundheits(förderungs)relevanten EU-Institutionen/Agenturen und Handlungsbereichen erläutert.

Die Europäische Gemeinschaft und Union als Akteur in der Gesundheitsförderung: Überblick, Grundlagen und Meilensteine

1957	**Gründung Europäische Wirtschaftsgemeinschaft**
1985	Erstes europäisches Gesundheitsprogramm „Europa gegen den Krebs"
1992	Vertrag von Maastricht (inkraft 1993), Gründung der Europäischen Union; Artikel 129. Erste Rechtsgrundlage der Zuständigkeit der EU für Gesundheitswesen und Gesundheitsförderung
1993	Erstes Aktionsprogramm der Gemeinschaft zur Gesundheitsförderung, -aufklärung,-erziehung und -ausbildung aufgelegt (verabschiedet 1996, geplant bis 2000)
1995	Europäische Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz gegründet
1997	Vertrag von Amsterdam: § 152 löst Artikel 129 ab. Erweiterte Zuständigkeit der Europäischen Gemeinschaft für Gesundheit, aber weiterhin Subsidiaritätsprinzip und Harmonisierungsverbot
2000	„Offene Methode der Koordinierung" (OMK) als neues Verfahren einer verstärkten Zusammenarbeit zwischen den EU-Staaten eingeführt
2002	Neues, einheitliches Aktionsprogramm der Gemeinschaft für Öffentlichen Gesundheit (2003 -2008)
2005	Europäische Public Health Agentur/ Public Health Executive Agency und European Centre for Disease Prevention and Control gegründet

2007 Weißbuch der Europäischen Kommission: „Gemeinsam für die Gesundheit: Ein strategischer Ansatz der EU für 2008-2013“
Zweites Aktionsprogramm der Gemeinschaft im Bereich der Gesundheit (2008-2013)
Vertrag von Lissabon (inkraft 2009): Artikel 168 VAEU neue rechtliche Grundlage für gemeinschaftliche Politik im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention, löst Artikel 152 des Amsterdamer Vertrags ab. Verankerung der Offenen Methode der Koordination

2008 Neue Gesundheitsstrategie der Europäischen Kommission: „Gemeinsam für die Gesundheit (2008-2013); 2011verlängert bis 2020

2009 Public Health Executive Agency umgewandelt in Executive Agency for Health and Consumers Mitteilung der Kommission: Solidarität im Gesundheitswesen: Abbau gesundheitlicher Ungleichheit in der EU

2010 Gesamtstrategie Europa 2020/Europe 2020 European Platform against Poverty and Social Exclusion (2010-2020)

2011 Joint Action to address Health Inequalities (bis 2014)

2013 Investing in Health - Social Investment Package: Towards Social Investment for Growth and Cohesion - including implementing the European Social Fund 2014-2020

2014 Drittes Aktionsprogramm der Europäischen Union im Bereich der Gesundheit (2014-2020)

2016 März: Arbeitsplan 2016 verabschiedet

Gesundheitspolitik und Gesundheitsförderung nach dem Vertrag von Maastricht, erste Rechtsgrundlage: Artikel 129 des Maastrichter Vertrags (1992/93)

Der Wandel der Wirtschaftsgemeinschaft zur politischen Union aufgrund des Maastrichter Vertrags führte zu einer neuen Qualität der Gesundheitspolitik auf Gemeinschaftsebene. Diese kommt im Schaffen einer eigenen Gesundheitszuständigkeit in den Artikeln 3, Buchstabe o, und 129 des Vertrags zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft (EGV) zum Ausdruck. Bis dahin hatte es zwar versprengte Einzelinitiativen zu verschiedenen Krankheitsbildern gegeben, aber keine klar erkennbare Gesamtkonzeption einer Gesundheitspolitik der Gemeinschaft.

Gemäß Artikel 129 unterstützt die Gemeinschaft die Bemühungen der Mitgliedstaaten auf dem Gebiet der öffentlichen Gesundheit, ist ihnen bei der Formulierung und Umsetzung von koordinierten Zielen und Strategien behilflich und leistet einen Beitrag zur Erreichung eines hohen Gesundheitsschutzniveaus in der gesamten Europäischen Gemeinschaft. Dieser sollte sich an den besten in einem gegebenen Aktions- und Themenbereich schon erzielten und bekannten Ergebnissen und Erfolgen orientieren.

In ihrer Mitteilung über einen Aktionsrahmen im Bereich der öffentlichen Gesundheit vom 24. November 1993 stellte die Kommission erstmalig die gesundheitlichen Probleme dar, mit denen sich die Mitgliedstaaten konfrontiert sehen. Die Europäische Kommission zeigte auf, wie sie die Bestimmungen des Maastrichter Vertrags umsetzen werde und dass sie sich dabei auf zwei Arten von Maßnahmen stütze:

- Horizontale Maßnahmen zur Förderung und Überwachung der Gesundheit. Dazu gehört auch das Programm der Europäischen Gemeinschaft zur Gesundheitsförderung, -aufklärung, -erziehung und -ausbildung.
- Mehrjährige globale Programme, die prioritäre Bereiche abdecken wie Krebs, Drogenabhängigkeit, Aids und andere übertragbare Krankheiten. Darüber hinaus legte die Kommission auch zu den Aktionsbereichen Umweltkrankheiten, Unfälle und Verletzungen sowie zu seltenen Krankheiten zielgerichtete Programme vor.

Die Zuständigkeit der Gemeinschaft nach Artikel 129 EGV beschränkte sich auf die Verhütung von Krankheiten. Sie hatte als Instrumente nur Fördermaßnahmen und Empfehlungen zur Verfügung und schloss eine Harmonisierung von Rechts- und Verwaltungsvorschriften aus. Das insbesondere auf deutschen Wunsch ins Vertragswerk aufgenommene Subsidiaritätsprinzip sagt, dass „in den Bereichen, die nicht in die ausschließliche Zuständigkeit der Gemeinschaft fallen - was beim Gesundheitswesen zutrifft -, die Gemeinschaft nur tätig wird, sofern und soweit die Ziele der in Betracht gezogenen Maßnahmen auf Ebene der Mitgliedstaaten nicht ausreichend erreicht werden können und daher wegen ihres Umfangs oder ihrer Wirkungen besser auf Gemeinschaftsebene erreicht werden können“.

Dennoch wurde durch den Vertrag von Maastricht eine Zunahme der EU-Gesundheitskompetenz erreicht. Mit der neuen Rechtsgrundlage und der Errichtung eines Gesundheitsministerrats als ständige Einrichtung wurden die institutionellen Grundlagen für die Gesundheitspolitik verbessert. Die Einflussmöglichkeiten der Gesundheitspolitik wurden mit der sogenannten „Gesundheitsschutzverträglichkeitsklausel“ gestärkt (**Health Impact Assessment/ Gesundheitsverträglichkeitsprüfung**). Diese besagt, dass die Erfordernisse im Bereich des **Gesundheitsschutzes** auch Bestandteil der übrigen Politiken der Gemeinschaft sind. Außerdem ergab sich aus Artikel 189 b EGV eine stärkere Beteiligung des Europäischen Parlaments. Dies zeigte sich im veränderten Abstimmungsverhalten und an den zahlreichen Vermittlungsverfahren zu den Gesundheitsprogrammen. Insgesamt wurden innerhalb des 1993 von der Europäischen Kommission festgelegten Aktionsrahmens im Bereich der Öffentlichen Gesundheit nach und nach acht einzelne Aktionsprogramme angenommen. Sie waren für die Gesundheitsförderung und **Prävention** im Rahmen der Europäischen Union von grundlegender Bedeutung (s. Abb. unten).

Europäische Aktionsprogramme der Gemeinschaft im Rahmen des Aktionsrahmens im Bereich der Öffentlichen Gesundheit
(nach: Amtsblatt der Europäischen Gemeinschaften vom 9.10.2001, L 271/1)

- Aktionsprogramm der Gemeinschaft zur Gesundheitsförderung, -aufklärung, -erziehung und -ausbildung (1996-2000)
- Aktionsplan zur Krebsbekämpfung (1996-2000)
- Aktionsprogramm zur Prävention von Aids und bestimmten anderen übertragbaren Krankheiten (1996-2000)
- Aktionsprogramm zur Suchtprävention (1996-2000)
- Aktionsprogramm der Gemeinschaft zur Gesundheitsberichterstattung (1997-2000)
- Aktionsprogramm zur Verhütung von Verletzungen (1999-2003)
- Aktionsprogramm, betreffend seltene Krankheiten (1999-2003)
- Aktionsprogramm, betreffend durch Umweltverschmutzung bedingte Krankheiten (1999-2001)

Neue Handlungsbereiche und Gründung von Institutionen/Agenturen. - Von Bedeutung für die Entwicklung der Gesundheitsförderung auf der europäischen Ebene sind auch:

- Gesundheitsforschung innerhalb der europäischen Forschungsrahmenprogramme
- Aufbau einer Europäischen Gesundheitsstatistik durch Eurostat (1994)
- Auf- und Ausbau der Europäischen **Gesundheitsberichterstattung**
- Auf- und Ausbau des gesundheitlichen Verbraucherschutzes

Für den Bereich Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz wurde schon von der Europäischen Wirtschaftsgemeinschaft ein Beratender Ausschuss für Sicherheit, Arbeitshygiene und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz gegründet. Er soll die Beteiligung der Arbeitgeber und Arbeitgeberinnen sowie der Arbeitnehmerorganisationen an den Gemeinschaftsmaßnahmen ermöglichen. Die 1975 gegründete Europäische Stiftung zur Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen soll wissenschaftliche Erkenntnisse und Daten zur Situation der Menschen am Arbeitsplatz sammeln und verbreiten. Als weitere EU-Behörde wurde 1995 die Europäische Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz gegründet, um Informationen über die Sicherheit am Arbeitsplatz zu gewinnen. 1997 verabschiedete das Europäische Netzwerk Gesundheitsförderung im Betrieb mit finanzieller Unterstützung durch die EU-Kommission die „Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union“ (**Gesundheitsförderung und Betrieb**).

Zentral für die Gesundheitsförderung war das „Aktionsprogramm der Gemeinschaft zur Gesundheitsförderung, -information, -erziehung und -ausbildung“ innerhalb des Aktionsrahmens im Bereich der Öffentlichen Gesundheit, das im Februar 1996 verabschiedet worden war. Es förderte zahlreiche gesundheitsfördernde Maßnahmen und Projekte von vielen Institutionen und Akteuren. Dabei wurde ein immer größerer Wert darauf gelegt, dass möglichst viele - und wenn möglich und sinnvoll sogar alle - Mitgliedsländer beteiligt werden und entsprechende Netzwerke gebildet und unterstützt werden. Beispiele hierfür sind die Förderung der Entwicklung:

- eines Europäischen Netzwerks Gesundheitsfördernder Schulen in Zusammenarbeit mit der Weltgesundheitsorganisation und dem Europarat (**Gesundheitsförderung 3**, **Gesundheitsförderung und Schule**),
- einer Koordinationsstelle des Europäischen Netzwerkes Betriebliche Gesundheitsförderung,
- eines Europäischen Netzwerks zu Interventionen und Strategien zur Reduzierung sozioökonomischer Ungleichheiten der Gesundheit,
- eines Europäischen Netzwerks der Gesundheitsförderungsorganisationen/ European Network of Health Promotion Agencies (ENHPA), seit 1998 EuroHealthNet,
- eines Europäischen Netzwerkes von Nichtregierungsorganisationen (NGOs)/ (European Public Health Alliance/EPHA).

Im Bereich Aus- und Fortbildung für Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung wurden auch Konferenzen, Workshops und Fortbildungsveranstaltungen von der Europäischen Kommission finanziell gefördert und teilweise selbst mitveranstaltet, so z. B. Europäische Summer Schools Health Promotion. Außerdem wurden im Bereich Gesundheitsausbildung Projekte unterstützt zur Entwicklung eines European Master in Health Promotion, eines European Master in Public Health Nutrition sowie eines EU-Weiterbildungscurriculums/programms in Öffentlicher Gesundheit für Krankenschwestern/-pfleger.

Auch *Fragen der sozialen und gesundheitlichen Ungleichheiten* gelangten zunehmend in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit und Förderung (**Soziale Ungleichheit und Gesundheit**, **Gesundheitliche Chancengleichheit**, **Gesundheitsförderung und soziale Benachteiligung**). Neben dem Europäischen Netzwerk Interventionen/Strategien zur Verringerung von sozioökonomischen Gesundheitsunterschieden wurde ein Projekt der Europäischen Gesundheitsförderungseinrichtungen (ENPHA) zur Rolle der Gesundheitsförderung bei der Beseitigung von gesundheitlichen Ungleichheiten gefördert. In Fortführung dieser Entwicklung ist der Abbau von Ungleichheiten im Gesundheitszustand und Gesundheits-

wesen im Aktionsprogramm der EU für 2003-2008 zu einem expliziten Ziel des Gesamtprogramms geworden.

Gesundheitspolitik und Gesundheitsförderung nach dem Vertrag von Amsterdam (1997), Artikel 152 als neue Rechtsgrundlage (inkraft ab 1999)

Der Vertrag von Amsterdam wurde auf dem Amsterdamer Europäischen Gipfel am 16./17. Juni 1997 unterzeichnet und ist nach seiner Ratifizierung in allen Mitgliedstaaten der Europäischen Union am 1. Mai 1999 inkraft getreten. Er sollte die Europäische Union nach innen und außen effektiver gestalten und den Weg für die Aufnahme neuer Mitgliedstaaten (mittel- und osteuropäische Beitrittsstaaten) bereiten. Im Vertrag von Amsterdam wurde Artikel 129 EGV als Artikel 152 EGV neu geregelt. Dies geschah überraschend (unter dem Eindruck der BSE-Krise). Zunächst hatte bei den Europäischen Institutionen, d.h. dem Europäischen Parlament, der Europäischen Kommission und dem Ministerrat und auch in den Mitgliedstaaten Übereinstimmung bestanden, dass keine Änderung dieses Artikels erforderlich sei.

Der *neue Artikel 152 EGV* nennt als Ziel der Europäischen Gesundheitspolitik die Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung durch die Verhütung von Krankheiten und Beseitigung von Ursachen für Gesundheitsgefährdung. Dabei steht die Bekämpfung der weitverbreiteten schwerwiegenden Krankheiten im Vordergrund. Die EU-Gesundheitspolitik ist aber nicht auf diese begrenzt. Gegenüber der alten Fassung von Artikel 129 des Maastricht-Vertrags wird eine deutliche Stärkung der Belange des „Gesundheitsschutzes“ in allen Bereichen der Gemeinschaftspolitik festgelegt. Mit der Konstituierung der neuen Europäischen Kommission im September 1999 und der Neuorganisation der Kommission im Gesundheitsbereich wurden die organisatorischen und strukturellen Voraussetzungen der Kommission diesen Vorgaben angepasst und verbessert. Bisher getrennte Aufgaben der Gesundheitspolitik wurden in einer *neuen Generaldirektion „Gesundheit und Verbraucherschutz“* zusammengeführt.

Das *Subsidiaritätsprinzip* gilt weiterhin. Die Verantwortung der Mitgliedstaaten für Gesundheitspolitik, insbesondere für die Organisation des Gesundheitswesens und die medizinische Versorgung, bleibt unberührt. Wesentliches Instrument der Europäischen Union im engeren Gesundheitsbereich ist auch zukünftig die Förderung und Unterstützung der Zusammenarbeit der Mitgliedstaaten durch die Gemeinschaft.

Im Rahmen der Gemeinschaftspolitik nach dem Vertrag von Amsterdam hat seit 2000 die „Offene Methode der Koordinierung (OMK)“ als neues Regulierungsverfahren einer verstärkten „freiwilligen“ Zusammenarbeit der EU-Mitgliedstaaten erhöhte europapolitische Bedeutung erlangt. Sie betrifft die Aufgabenfelder, in denen die EU nur über eingeschränk-

te Kompetenzen verfügt, wie den Bereich der Gesundheitspolitik und Gesundheitsförderung.

Die „offene Methode der Koordinierung“ umfasst in ihrer typischen Ausprägung:

- Vereinbarung politischer Ziele bzw. Leitlinien mit Zeitplänen zur Verwirklichung der Ziele durch den Europäischen Rat
- Festlegung von Indikatoren und Benchmarks für den Vergleich bewährter Praktiken
- Umsetzung der europäischen Leitlinien in die nationale und regionale Politik durch Festlegung konkreter Ziele und Maßnahmen in nationalen Aktionsplänen (NAPs)
- regelmäßige Überwachung, Bewertung und gegenseitige Prüfung der erzielten Fortschritte und ggf. Empfehlungen an die Mitgliedstaaten

Sie wurde rechtlich auf Artikel 2 EU-Vertrag und Artikel 2 EG-Vertrag gestützt, wonach es Aufgabe der Gemeinschaft ist, den Ausgleich zwischen Wettbewerb und Kohäsion in der Gemeinschaft zu fördern.

(Neue) Europäische Gesundheitspolitik - Aktionsprogramm der Gemeinschaft im Bereich der Öffentlichen Gesundheit 2003-2008

Die Politik der Europäischen Gemeinschaft allgemein und auch der Europäischen Politik im Bereich der Öffentlichen Gesundheit und Gesundheitsförderung wurde sowohl von außen, d.h. von der politischen Öffentlichkeit und Experten und Expertinnen, als auch aus eigenen Reihen von Kommission, Parlament und Rat kritisch begleitet. Beklagt wurden die allgemeine Intransparenz und Bürgerferne der Gemeinschaftspolitik und für den Gesundheitsförderungsbereich insbesondere:

- Inkohärente Einzelprogramme und Zuständigkeiten, sowohl innerhalb der Europäischen Kommission als auch zwischen den Mitgliedstaaten
- Unkoordinierte Maßnahmen
- Widersprüche zwischen Programmen, insbesondere zwischen den Aktivitäten zur Krebsbekämpfung und zum Rauchen als Gesundheitsrisiko und der gleichzeitigen Subvention des Tabakanbaus in der Gemeinschaft
- Ungenügende Zusammenarbeit mit anderen internationalen Organisationen (wie z. B. der Weltgesundheitsorganisation)
- Mangelhafte Beteiligung von Bürgern/Bürgerinnen und Verbrauchern/ Verbraucherinnen,
- Kurzfristige und unberechenbare Projektfinanzierungen

Der Aktionsrahmen im Bereich der öffentlichen Gesundheit wurde in der Mitteilung der Europäischen Kommission vom 15.4.1998 über die Entwicklung der Gemeinschaftspolitik in diesem Bereich einer Prüfung unterzogen. Sie ergab, dass angesichts der neuen Vertragsbestimmungen, der neuen Herausforderungen und der bisherigen Erfahrungen eine neue gesundheitspolitische Strategie und ein neues Programm benötigt werden. Im Jahr 2000 wurde wegen des ursprünglich geplanten Auslaufens des Programms im selben Jahr ein konkreter Vorschlag für ein Nachfolgeprogramm erarbeitet: das Aktionsprogramm der Europäischen Gemeinschaft im Bereich der öffentlichen Gesundheit (2001-2006). Wegen der langwierigen Abstimmungsprozesse zwischen Kommission, Rat und Parlament hat sich die Verabschiedung verzögert und erfolgte erst im September 2002 für die Laufzeit 2003 bis 2008.

Die bisher themenbezogene Aufgliederung in die zuletzt acht Einzelprogramme wird von einem einheitlichen Programm abgelöst. Die grundlegenden Gesamtziele der neuen EU-Gesundheitspolitik sind, in Ergänzung zu einzelstaatlichen Politiken, der Schutz der menschlichen Gesundheit und Verbesserungen im Gesundheitswesen. Die allgemeinen Programmziele werden in der Abbildung unten zusammengefasst.

Allgemeine Programmziele des Aktionsprogramms der Europäischen Gemeinschaft im Bereich der Öffentlichen Gesundheit (2003-2008)

- Verbesserung des Informations- und Wissensstandes in Bezug auf Gesundheitsfragen im Interesse der Weiterentwicklung des Gesundheitswesens
- Verbesserung der Fähigkeit zur schnellen und koordinierten Reaktion auf Gesundheitsgefahren
- Gesundheitsförderung und Verhütung von Krankheiten durch Beeinflussung der Gesundheitsfaktoren/-determinanten in allen gemeinschaftlichen Politik- und Tätigkeitsfeldern

Das Programm soll dazu beitragen, dass

- durch die Förderung einer integrierten und sektorübergreifenden Gesundheitsstrategie bei der Festlegung und Durchführung aller Gemeinschaftspolitiken und -maßnahmen ein hohes Gesundheitsschutzniveau sichergestellt wird,
- Ungleichheiten im Gesundheitsbereich abgebaut werden,
- die Zusammenarbeit zwischen den Mitgliedstaaten in den unter Artikel 152 des Vertrags fallenden Bereichen gefördert wird.

Die Förderung der Gesundheit und Verhütung von Krankheiten (Hauptzielbereich 3) durch die Beeinflussung der Gesundheitsfaktoren in allen gemeinschaftlichen Politikund

Tätigkeitsfeldern soll durch Aktionen und Unterstützungsmaßnahmen in sechs Bereichen erfolgen (siehe Abb. unten).

EU-Aktionsprogramm im Bereich der Öffentlichen Gesundheit (2003-2008), Hauptzielbereich 3 - Gesundheitsförderung und Krankheitsverhütung: Aktionen und Unterstützungsmaßnahmen

1. Ausarbeitung und Durchführung von Strategien und Maßnahmen, einschließlich Aktionen zur Sensibilisierung, hinsichtlich der Gesundheitsfaktoren/determinanten im Zusammenhang mit der Lebensführung, wie Ernährung, körperliche Aktivität, Tabak, Alkohol, Drogen und andere Stoffe, und der psychischen Gesundheit, einschließlich Maßnahmen, die in allen Gemeinschaftspolitiken zu ergreifen sind, sowie alters- und geschlechtsspezifischer Strategien.
2. Situationsanalyse und Entwicklung von Strategien in Bezug auf sozioökonomische Gesundheitsfaktoren/-determinanten, zur Ermittlung und Bekämpfung von Ungleichheiten beim Gesundheitswesen und zur Bewertung der Auswirkungen sozialer und wirtschaftlicher Verhältnisse auf die Gesundheit.
3. Situationsanalyse und Entwicklung von Strategien in Bezug auf umweltbedingte Gesundheitsfaktoren und Beitrag zur Identifi zierung und Bewertung der gesundheitlichen Folgen von Umweltfaktoren.
4. Situationsanalyse und Informationsaustausch in Bezug auf genetische Faktoren/Determinanten und die Nutzung des genetischen Screenings.
5. Ausarbeitung von Methoden zur Bewertung der Qualität und der Wirksamkeit der Strategien und Maßnahmen der Gesundheit.
6. Förderung der für die genannten Maßnahmen relevanten Aus- und Fortbildungstätigkeiten.

Wichtige Prinzipien und Anliegen des neuen Programms sind die Gewährleistung eines hohen Koordinationsniveaus zwischen Aktionen und Initiativen der Gemeinschaft und der Mitgliedstaaten sowie die Verbesserung des Funktionierens bestehender und zukünftiger Netze im Bereich der öffentlichen Gesundheit, um mehr **Nachhaltigkeit** zu erreichen. Die Kommission soll die Effizienz und Kohärenz der Maßnahmen des Programms und die Förderung der kontinuierlichen Zusammenarbeit der Mitgliedstaaten gewährleisten. Vorrang sollen gesundheitsfördernde Maßnahmen haben, die die schwersten Krankheiten betreffen.

Das Programm unterstützt die Entwicklung einer integrierten und sektorübergreifenden Strategie für das Gesundheitswesen. So soll sichergestellt werden, dass die Gemeinschaftspolitiken und -aktivitäten zum Schutz und zur Förderung der Gesundheit beitragen. Einrichtungen, Verbände, Organisationen und Gremien des Gesundheitswesens sowie die

breite Öffentlichkeit sollen einbezogen werden. Durch geeignete Mechanismen wie Gesundheitsforen soll eine Zusammenarbeit mit den im Gesundheitswesen tätigen Einrichtungen und nichtstaatlichen Organisationen geschaffen werden.

Durch das Programm soll ein „beträchtlicher" europäischer Mehrwert entstehen. Dies soll durch die Unterstützung von Strukturen und Programmen erreicht werden, die durch erleichterten Austausch von Erfahrungen und bewährten Praktiken sowie durch die Bereitstellung einer Grundlage für die gemeinsame Analyse der Gesundheitsdeterminanten die Fähigkeiten von Einzelnen, Behörden, Verbänden, Organisationen und Körperschaften im Gesundheitswesen steigern. Ein zusätzlicher Nutzen auf Gemeinschaftsebene soll durch die Bündelung und Ergänzung sonst einzelstaatlich isolierter Maßnahmen entstehen. Den Belangen der Bürgerinnen und Bürger soll in der Gesundheitspolitik der Gemeinschaft künftig mehr Raum gegeben werden (**Partizipation**, Bürgerbeteiligung). Gesundheitsinformationen sollen für Bürgerinnen und Bürger so zugänglich wie möglich gemacht werden.

Die Laufzeit wurde auf sechs Jahre (2003-2008) angelegt, damit ein ausreichender Zeitraum für die Durchführung der Maßnahmen und das Erreichen der Programmziele zur Verfügung steht. Die Durchführung des Programms sollte regelmäßig überwacht und evaluiert werden. Der Finanzrahmen wurde mit 312 Millionen Euro für die gesamte Laufzeit festgelegt mit gleichgewichtiger Verteilung der Mittel auf alle drei Zielsetzungsbereiche des Programms.

Internationale Zusammenarbeit und Partnerschaften

Bei der Durchführung des Programms sollte mit den für das Gesundheitswesen zuständigen internationalen Organisationen, insbesondere mit der Weltgesundheitsorganisation, sowie dem Europarat und der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung und anderen internationalen Organisationen eng zusammengearbeitet werden. Schon im Jahr 2001 hatten Europäische Kommission und WHO die Möglichkeiten einer „neuen Partnerschaft" und eines Kooperationsrahmens ausgelotet. 2002 wurden in einer Reihe von Konsultationen auf höchster Ebene der beiden Organisationen Möglichkeiten gemeinsamer Strategien beraten. Eine erfolgreiche Zusammenarbeit beider Organisationen gab es schon im Bereich der übertragbaren Krankheiten in Entwicklungsländern und in der Entwicklung neuer internationaler „Public-Private-Partnerschaften" (PPP) wie dem Globalen Fonds, der mehr als 40 Entwicklungsländern Mittel zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria zur Verfügung stellte. Prioritäre Bereiche einer zukünftigen Zusammenarbeit sind die Stärkung der bestehenden Partnerschaft in Tabakfragen und zu Gesundheitsinformationen. Darüber hinaus sollten Möglichkeiten der Zusammenarbeit in neuen Bereichen - wie den Gesundheitsaspekten der EU-Erweiterung, der Verbindung zwischen Armut und Gesundheit und der Gesundheit von Kindern - erörtert werden.

Im September 2009 haben das WHO-Regionalbüro und die Europäische Kommission eine gemeinsame Erklärung verabschiedet, wonach sie eine Stärkung des Grundsatzdialogs und der fachlichen Zusammenarbeit auf dem Gebiet der Öffentlichen Gesundheit anstreben. Die Erklärung skizziert den Rahmen für die Zusammenarbeit in den nächsten fünf Jahren. Sie stellt die Entwicklung gemeinsamer Surveillance-, Warn- und Informationssysteme für den Gesundheitsbereich sowie eine Intensivierung der Zusammenarbeit auf Länderebene in Aussicht. Die seit 2001 bestehende Zusammenarbeit soll ausgeweitet werden auf die Bereiche eGesundheit, Gesundheitsforschung, Innovation im Gesundheitsbereich und Bildung. Angestrebt wird eine koordinierte Anstrengung für die Erarbeitung einer neuen europäischen Gesundheitspolitik, die einen integrierten Rahmen zur Bewältigung der gesundheitlichen Herausforderungen in der Europäischen Region der WHO bilden soll.

Reflexionsprozess zur EU-Gesundheitspolitik und Entwicklung einer zukünftigen EU-Gesundheitsstrategie

Im Juli 2004 wurde von der Europäischen Kommission ein Refl exionsprozess zur Entwicklung einer zukünftigen EU-Gesundheitspolitik eingeleitet; es wurden öffentliche Einrichtungen, Interessengruppen sowie einzelne Bürger und Bürgerinnen eingeladen, zum Prozess beizutragen. Es entwickelte sich eine bedeutsame Debatte innerhalb der EU, aber auch Länder wie die USA, Norwegen, Israel und die Schweiz beteiligten sich. Die Kommission erhielt 193 Beiträge von nationalen und regionalen Behörden, Nichtregierungsorganisationen, Universitäten, einzelnen Bürgerinnen und Bürgern sowie von Unternehmen. Die EU engagierte sich dabei, alle gesundheitlichen Akteure und Entscheidungsträger zusammenzubringen und **Partnerschaften für Gesundheit** zu entwickeln.

Die Notwendigkeit von „Health in All Policies“ als Fortentwicklung der **Gesundheitsfördernden Gesamtpolitik** und intersektoralen Zusammenarbeit wird auch seit der Zeit der finnischen Ratspräsidentschaft 2006 als „Gesundheit in allen Politikbereichen“ (innerhalb der EU, aber auch in der Politik der Gemeinschaftsländer) verstärkt diskutiert, gefordert und umgesetzt (**Gesundheitsförderung 1**, **2** und **3**). Im Reformvertrag von Lissabon (2007) wurde vorgeschlagen, der Gesundheit im Rahmen der Europäischen Gemeinschaft mehr politisches Gewicht zu verleihen.

Neues strategisches Konzept der EU für die Gesundheit: Gemeinsam für die Gesundheit (2008-2013, 2011 verlängert bis 2020)

Im Oktober 2007 wurde von der Kommission unter Berücksichtigung der Ergebnisse des Reflexionsprozesses von 2004 und umfangreicher weiterer Anhörungen (2007) ein Weißbuch „Gemeinsam für die Gesundheit: Ein strategischer Ansatz der EU für 2008-2013“ (White Paper Together for Health: A Strategic Approach for the EU 2008-2013) vorgelegt. Es macht Vorgaben für eine neue Gesundheitsstrategie der Gemeinschaft angesichts im-

mer akuterer Bedrohungen der Bevölkerungsgesundheit wie dem demografischen Wandel und der „Überalterung der Bevölkerung“, grenzüberschreitenden Gesundheitsgefahren (Pandemien, größere Unfälle, biologische Zwischenfälle sowie Bioterrorismus), aber auch der Chancen der raschen Entwicklung neuer Technologien, die die Gesundheitsförderung, die Prognose, die Prävention und Therapie von Krankheiten revolutioniert hätten (insbesondere Informations- und Kommunikationstechnologien, Innovationen in der Gentechnik, Bio- und Nanotechnologie). In einem einheitlichen strategischen Rahmen soll die Zusammenarbeit EU-weit in den Bereichen, in denen die Mitgliedstaaten nicht allein tätig werden können, gestärkt werden und ein größeres Verständnis für gesundheitspolitische Fragen in Europa und weltweit erreicht werden. Der „Gesundheit in allen Politikfeldern“ soll ein höherer Stellenwert eingeräumt werden.

Die vorliegende Strategie verleihe der Gesundheit mehr Gewicht in politischen Strategien wie der Lissabon-Strategie für Wachstum und Beschäftigung, indem sie die Verknüpfung von Gesundheit und Wohlstand betont, und der „Bürgernahen Agenda“, indem sie den Bürgern und Bürgerinnen das Recht zuerkennt, selbst über ihre Gesundheit und gesundheitliche Versorgung zu entscheiden.

Die Maßnahmen der Strategie betreffen gesundheitsrelevante Arbeiten in allen Sektoren. Gesundheit wird in den Artikeln des Vertrags zu Binnenmarkt, Umwelt, Verbraucherschutz, sozialen Angelegenheiten, einschließlich der Sicherheit und Gesundheit am Arbeitsplatz, Entwicklungspolitik und Forschung sowie vielen anderen angesprochen. Der zusätzliche Nutzen gesundheitsrelevanter Maßnahmen auf Gemeinschaftsebene zu den Maßnahmen der Mitgliedstaaten wird hervorgehoben, insbesondere im Bereich der Prävention, einschließlich Lebensmittelsicherheit und Ernährung, Sicherheit von Arzneimitteln, Bekämpfung des Rauchens, Rechtsvorschriften für Blut, Gewebe, Zellen, Organe, Wasser- und Luftqualität sowie Errichtung mehrerer Gesundheitsagenturen. Die Anhörungen hätten einen Konsens zur Rolle der Gemeinschaft im Gesundheitswesen ergeben. Danach sollten Gesundheitsbelange in alle Bereiche der Gemeinschaftspolitik integriert und gesundheitliche Benachteiligungen abgebaut werden. Die Gemeinschaft sollte eine wichtige Rolle in globalen Gesundheitsfragen spielen, Gesundheitsförderung sollte im Mittelpunkt stehen und die Gesundheitsinformation verbessert werden.

Die Herausforderungen und Aufgaben erforderten einen langfristigen Ansatz. Das vorgelegte Weißbuch soll einen kohärenten Rahmen skizzieren, eine „erste gesundheitspolitische Strategie der Gemeinschaft“. Diese soll für die Gemeinschaftsmaßnahmen richtungweisend sein. Die Strategie legt auch Durchführungsmechanismen für die Zusammenarbeit zwischen den Partnern fest - zur stärkeren Berücksichtigung von Gesundheitsfragen in allen Politikbereichen sowie zur besseren Erkennbarkeit und zum besseren Verständnis von Gesundheitsfragen auf Gemeinschaftsebene. Die im Weißbuch skizzierte Strategie sollte bis 2013 gelten und danach überarbeitet werden, um das Erreichen der Ziele zu fördern.

Eine Bewertung der Europäischen Kommission kam 2011 zu dem Ergebnis, dass die Strategie als Ausgangsbasis für Maßnahmen auf nationaler Ebene und EU-Ebene dient und die 2007 formulierten Grundsätze und Ziele für das kommende Jahrzehnt im Rahmen der Strategie Europa 2020 ihre Gültigkeit behalten werden.

Vier Hauptprinzipien und drei strategische Ziele stehen im Mittelpunkt:

» ***Prinzip 1:***
Eine auf gemeinsamen Gesundheitswertvorstellungen beruhende Strategie

Die Kommission hat in Zusammenarbeit mit den Mitgliedstaaten einen wertebasierten Ansatz für Gesundheitsversorgungssysteme entwickelt. Der Rat hat 2006 eine Erklärung über diese gemeinsamen Werte angenommen. Er nannte darin als Grundwerte flächendeckende Versorgung, Zugang zu qualitativ hochwertiger medizinischer Versorgung, Verteilungsgerechtigkeit und Solidarität.

Das Weißbuch betont in diesem Zusammenhang, dass auch Patientenrechte wie die Beteiligung an der Entscheidungsfindung und die Gesundheitskompetenz berücksichtigt werden müssen (**Health Literacy / Gesundheitskompetenz**, **Lebenskompetenzen**). Daher sollen Programme, die Anreize zum Erwerb gesundheitsrelevanter Kenntnisse für verschiedene Altersgruppen bieten, gefördert werden. Wegen der noch immer bestehenden großen Ungleichheit im Gesundheitswesen wird auf den Wert zur Verbesserung der Gesundheit und Verringerung gesundheitlicher Benachteiligung verwiesen. Maßnahmen: Die Kommission werde Maßnahmen vorschlagen, die bestehende Benachteiligungen abbauen können. Da die Gesundheitspolitik auf den besten wissenschaftlichen Erkenntnissen beruhen müsse, werde ein System von Gesundheitsindikatoren geschaffen, das gemeinsame Verfahren für die Erfassung vergleichbarer Daten auf allen Ebenen vorsieht.

» **Prinzip 2:**
Gesundheit ist das höchste Gut

Gesundheit sei für das Wohl des Einzelnen wie der Gesellschaft insgesamt von Bedeutung, eine gesunde Bevölkerung sei aber auch Voraussetzung für wirtschaftliche Produktivität und Wohlstand. Um zu unterstreichen, dass die „Lebenserwartung der Bevölkerung bei guter Gesundheit“ und nicht nur die Zahl der Lebensjahre einen Schlüsselfaktor für Wirtschaftswachstum darstelle, seien 2005 die gesunden Lebensjahre (Healthy Life Years - HLY) in die Lissaboner Strukturindikatoren aufgenommen worden. Ausgaben im Gesundheitsbereich sollten nicht nur als Kostenfaktor, sondern auch als Investition gesehen werden. Wahre Kosten entstünden der Gesellschaft durch Ausgaben für Erkrankungen und versäumte Investitionen. Demgegenüber wurden (2006) durchschnittlich nur 3 Prozent des Gesundheitsgesamtbudgets der OECD-Mitgliedstaaten für Prävention, Gesundheitsförderung und Öffentliche Gesundheit ausgegeben und 97 Prozent für kurative Versorgung

und Behandlung (OECD: Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung).

Maßnahmen: Entwicklung eines Programms von Analysen der wirtschaftlichen Beziehungen zwischen Gesundheitszustand, Gesundheitsinvestitionen sowie Wirtschaftswachstum und -entwicklung (Kommission, Mitgliedstaaten).

» **Prinzip 3:**
Gesundheit in allen Politikbereichen

Es wird betont, dass die Gesundheit der Bevölkerung nicht nur ein Thema der Gesundheitspolitik ist. Gesundheit spielt auch in anderen Politikbereichen eine Rolle, wie bei der Umwelt- und Regionalpolitik, der Tabakbesteuerung, Arzneimittel- und Lebensmittelvorschriften, Gesundheitsforschung und -innovation, bei der Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit, Entwicklungspolitik, Arbeitsplatz etc. Die Synergien mit diesen und anderen Sektoren müssen genutzt werden. Neue Partnerschaften müssen entwickelt werden (u.a. mit Nichtregierungsorganisationen, der Industrie, der Wissenschaft und den Medien). Der Ansatz gilt auch für die Entwicklung-, Außen- und Handelspolitik. Als ein Beispiel für koordiniertes Vorgehen wird der Ansatz zur Bekämpfung von HIV/Aids in der EU und benachbarten Ländern genannt.

Maßnahmen: Stärkere Einbeziehung der Gesundheitsaspekte in alle Politikbereiche auf den Ebenen der Gemeinschaft, der Mitgliedstaaten und auf regionaler Ebene, einschließlich des Einsatzes von Folgenabschätzungs- und Bewertungsinstrumenten (**Health Technology Assessment**).

» **Prinzip 4:**
Mehr Mitsprache der EU in der globalen Gesundheitspolitik

Von einer nachhaltigen kollektiven Führung in der globalen Gesundheitspolitik werden bessere Gesundheitsergebnisse für die Bürgerinnen und Bürger der EU erwartet, da globale Gesundheitsfragen zunehmenden Einfluss auf die Gemeinschaft und die interne Gemeinschaftspolitik haben. Die Kohärenz zwischen der internen und externen Gesundheitspolitik zur Unterstützung globaler **Gesundheitsziele** (z. B. MillenniumsEntwicklungsziele) kann gestärkt werden. Der Beitrag der EU zur **globalen Gesundheit** erfordert die Interaktion der Gesundheits-, Entwicklungs-, Außen-, Forschungsund Handelspolitik und die verstärkte Koordination mit internationalen Organisationen wie der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und anderen Organisationen der Vereinten Nationen, der Weltbank etc.

Maßnahmen: Stärkung des Gemeinschaftsstatus in internationalen Organisationen und der Zusammenarbeit in Gesundheitsfragen mit strategischen Partnern und Ländern. Sicherstellung der angemessenen Einbeziehung der Gesundheit in die EU-Außenhilfe. Förderung

der Durchführung internationaler Gesundheitsabkommen, insbesondere des Rahmenübereinkommens der WHO zur Eindämmung des Tabakkonsums.

Strategische Ziele

Die Gesundheitspolitik auf Gemeinschaftsebene sollte die Gesundheit fördern, die Bürger und Bürgerinnen vor Gefahren schützen und die Nachhaltigkeit unterstützen. Drei Ziele wurden als vorrangige Bereiche festgelegt, für die zusammen mit den Mitgliedstaaten spezifischere operative Ziele entwickelt werden sollen.

Ziel 1:

Förderung der Gesundheit in einem alternden Europa

Die Gesundheit im Alter muss unterstützt werden durch Maßnahmen, die während der gesamten Lebensspanne Gesundheit fördern und Krankheit vorbeugen, indem sie wesentliche Faktoren wie schlechte Ernährung, Bewegungsmangel, Alkohol, Drogen- und Tabakkonsum, Umweltrisiken und Unfälle berücksichtigen. Maßnahmen: Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit älterer Menschen und der Beschäftigten sowie Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Weiterentwicklung und Erarbeitung von Maßnahmen zu Tabak, Ernährung, Alkohol, psychischer Gesundheit und anderen umweltbedingten und sozioökonomischen Gesundheitsfaktoren/-determinanten. Neue Leitlinien für Krebsvorsorgeuntersuchungen und eine Mitteilung über europäische Maßnahmen im Bereich seltener Krankheiten. Folgemaßnahmen zur Mitteilung über Organspende und Transplantation.

Ziel 2:

Schutz der Bürger vor Gesundheitsgefahren

Der Schutz der Bürgerinnen und Bürger ist eine Verpfl ichtung gemäß Art. 152 EG-Vertrag und seit jeher zentrales Anliegen der gemeinschaftlichen Gesundheitspolitik. Dies umfasst wissenschaftliche Risikobewertung, Bereitschaftsplanung und Reaktionen auf Epidemien und Bioterrorismus, Strategien zur Bekämpfung der Risiken durch bestimmte Erkrankungen und Zustände, Maßnahmen bei Unfällen und Verletzungen, die Verbesserung der Sicherheit am Arbeitsplatz und Maßnahmen zur Verbesserung der Lebensmittelsicherheit und des Verbraucherschutzes. Diese Arbeit soll fortgeführt werden, sich jedoch auf Herausforderungen konzentrieren, die bislang nicht in vollem Maße berücksichtigt worden sind: Bekämpfung von Pandemien, biologischen Zwischenfällen, Bedrohung durch Bioterrorismus und neu auftretende oder wahrgenommene Gesundheitsgefahren, wie den Auswirkungen des Klimawandels auf die öffentliche Gesundheit und „unerwünschte Wirkungen der gesundheitlichen Versorgung“ von Menschen. Maßnahmen: Stärkung der Mechanismen zur Überwachung und Reaktion auf Gesundheitsgefahren, einschließlich Überprüfung der Zuständigkeit des Europäischen Zentrums für die Kontrolle von Krankheiten. Gesundheitsaspekte der Anpassung an den Klimawandel.

Ziel 3:
Förderung dynamischer Gesundheitssysteme und neuer Technologien

Die Gesundheitssysteme der EU werden unter wachsendem Druck gesehen, auf die Herausforderungen zu reagieren, die die Bevölkerungsalterung, die steigenden Erwartungen, die Migration und Mobilität von Patienten und Patientinnen sowie von Beschäftigten des Gesundheitswesens mit sich bringen. Neuen Technologien wird das Potenzial zugeschrieben, die Gesundheitsversorgung zu revolutionieren und deren Nachhaltigkeit zu unterstützen. Von Gesundheitstelematik, Genomik und Biotechnologien sei zu erwarten, dass sie die Prävention und Behandlung verbessern und den Schwerpunkt von der stationären Versorgung auf die Prävention und die Primärversorgung verlagern helfen (**Prädiktive Medizin**, **Primäre Gesundheitsversorgung**). Neue Technologien müssten allerdings hinsichtlich Kosteneffi zienz und Verteilungsgerechtigkeit bewertet werden. Zur Steigerung der Investitionen ins Gesundheitswesen ist die Gesundheit in Instrumente einbezogen worden, die darauf abzielen, das Wachstum, die Beschäftigung und die Innovation zu fördern, einschließlich der Lissabon-Strategie, des 7. Forschungsrahmenprogramms mit der Gemeinsamen Technologie-Initiative etc.

Maßnahmen: Gemeinschaftsrahmen für sichere, hochwertige und effiziente Gesundheitsdienstleistungen. Unterstützung der Mitgliedstaaten beim Umgang mit Innovationen in Gesundheitssystemen. Unterstützung der Durchführung und Interoperabilität von gesundheitstelematischen Lösungen.

Durchführung der Strategie „Gemeinsam für die Gesundheit"

Die Mitgliedstaaten sind eng in die Durchführung der Strategie einzubinden, da die Zuständigkeit für das Gesundheitswesen auf nationaler, regionaler und kommunaler Ebene liegt und das Subsidiaritätsprinzip zu beachten ist. Die Kommission wird einen Mechanismus zur strukturierten Zusammenarbeit vorschlagen. Die Strategie wird von allen Einrichtungen der EU uneingeschränkt unterstützt. Sie ist zu einem bedeutsamen Zeitpunkt entwickelt worden, kurz bevor die Zahl der EU-Mitgliedstaaten auf 27 gestiegen war. Für jedes Ziel hat die Kommission mehrere Ausschüsse und Arbeitsgruppen eingesetzt, in denen nationale Regierungen, lokale und regionale Behörden, Interessengruppen, nationale und internationale Organisationen sowie sonstige Experten und Expertinnen zusammenarbeiten. Neben der hochrangigen Arbeitsgruppe des Rates zur Beratung der Kommission und zur Förderung einer verstärkten Koordinierung zwischen den EU-Ländern gibt es mehrere von der Kommission geleitete Gesundheitsausschüsse und Expertenausschüsse und Expertengruppen, z. B. Hochrangige Gruppe für Ernährung und Bewegung, HIV/Aids Think Tank, Expertengruppe zur Gesundheitsinformation etc. Die EU-Expertengruppe zu sozialen Determinanten und gesundheitlichen Ungleichheiten ist ein Gremium, in dem die Mini-

sterien der EU-Mitgliedstaaten vertreten sind, mit dem Ziel, dieses zentrale Thema der europäischen Gesundheitspolitik zu beraten.

Zweites Aktionsprogramm der Gemeinschaft im Bereich der Gesundheit/Gesundheitsprogramm 2008-2013

Das zweite Aktionsprogramm der Gemeinschaft im Bereich der Gesundheit (20082013), das auf den Ergebnissen des Vorläuferprogramms aufbaut, wurde im Oktober 2007 beschlossen (Laufzeit 1.1.2008 bis 31.12.2013). Das Programm ist Teil und Hauptinstrument der Kommission zur Umsetzung der übergreifenden und breiteren Strategie „Gemeinsam für die Gesundheit 2008-2013". Das Programm war mit einem Gesamthaushalt von 321,5 Millionen Euro ausgestattet. Der Großteil der Mittel war zur Finanzierung von Projekten und anderen Aktionen bestimmt, die durch die Förderung und die Sicherung der Gesundheit von Einzelnen und der Bevölkerung zu mehr Solidarität und erhöhtem Wohlstand in der Europäischen Union beitragen. Das Programm wurde von der Kommission und der Exekutivagentur für Öffentliche Gesundheit (PHEA)/seit 2008 Exekutivagentur für Öffentliche Gesundheit/Executive Agency for Health and Consumers (EAHC) geleitet.

Das Programm hat drei übergreifende *Programmziele:*

1. Ziel:
Besserer Gesundheitsschutz der Bürgerinnen und Bürger

- Schutz der Bürger und Bürgerinnen vor Gesundheitsbedrohungen. Entwicklung der Fähigkeit der EU-Gemeinschaft, auf übertragbare und nichtübertragbare Krankheiten sowie auf Gesundheitsbedrohungen, die von physikalischen, chemischen und biologischen Quellen, einschließlich Bioterrorismus, ausgehen, zu reagieren, beispielsweise durch Bereitschaft und Planung für Gesundheitsnotfälle.

- Mehr Sicherheit für die Bürgerinnen und Bürger. Förderung von Aktionen in Bezug auf Patientensicherheit durch hochwertige und sichere Gesundheitsversorgung, wissenschaftliche Beratung und Risikobewertung, Sicherheit und Qualität von Organen, Substanzen menschlichen Ursprungs und Blut.

2. Ziel:
Gesundheitsförderung, einschließlich des Abbaus von Ungleichheiten in der Gesundheitsversorgung

- Aktionen in Bezug auf wesentliche Gesundheitsfaktoren (Determinanten) wie etwa Ernährung und körperliche Aktivität, Drogenmissbrauch, Sexuelle Gesundheit, Konzentration auf Schlüsselelemente wie Erziehung und Arbeitsplatz.

- Maßnahmen zur Verhütung schwerer Krankheiten und Schwerpunkt auf Maßnahmen mit gemeinschaftlichem Mehrwert in Bereichen wie geschlechterspezifische Fragen, Kindergesundheit oder seltene Krankheiten.
- Förderung gesünderer Lebensweisen und Abbau von Ungleichheiten in der Gesundheitsversorgung und damit Anhebung der Zahl der gesunden Lebensjahre und Förderung der Gesundheit im Alter (**Alter[n] und Gesundheitsförderung**).
- Förderung und Verbesserung der körperlichen und geistigen Gesundheit.
- Maßnahmen gegen die Gesundheitsfolgen sozialer und ökologischer Determinanten.

3. Ziel:
Schaffung und Verbreitung von gesundheitlichen Informationen und Kenntnissen

- Austausch von Wissen und bewährten Verfahren zu Gesundheitsaspekten zur Unterstützung Europäischer Referenznetzwerke.
- Sammlung, Analyse und Verbreitung von Gesundheitsinformationen mit dem Schwerpunkt auf einem Gesundheitsüberwachungssystem mit entsprechenden Indikatoren sowie auf Wegen der Übermittlung von Informationen an Bürger und Bürgerinnen, wie etwa das Portal „Gesundheit“, Konferenzen und regelmäßige Berichte zum Gesundheitsstand in der EU.

Die Aktionen sollen den einzelstaatlichen Aktionen einen europäischen Mehrwert hinzufügen. Das bedeutet den Einbezug von Akteuren aus verschiedenen teilnehmenden Ländern und dass die Übertragbarkeit der Ergebnisse auf andere europäische Länder und Regionen gegeben sein muss. Die eingereichten Anträge wurden von der Exekutivagentur für Öffentliche Gesundheit bearbeitet.

Exekutivagentur für Verbraucher, Gesundheit und Ernährung (Consumers, Health, Agriculture and Food Executive Agency, CHAFEA) – Die EU hatte schon 2005 die Europäische Public-Health-Agentur gegründet (Public Health Executive Agency), um die Effi - zienz ihrer Maßnahmen zu verbessern und die Mitgliedsländer in ihren Bemühungen zur Umsetzung der europäischen Gesundheitsziele zu unterstützen. Die Agentur wurde in Luxemburg angesiedelt. Sie gibt logistische, wissenschaftliche und technische Unterstützung für Gesundheitsförderungsprojekte, die von der EU fi nanziell unterstützt werden. 2008 wurde die Agentur umgewandelt in die Executive Agency for Health and Consumers (EAHC) und erhielt Aufgaben im Bereich von Verbraucherschutz und Lebensmittelsicherheit. Sie implementiert die EU-Gesundheits- und Verbraucherprogramme (inzwischen „Exekutivagentur für Verbraucher, Gesundheit und Ernährung, Consumers, Health and Food Executive Agency (CHAFEA), weiterhin in Luxemburg angesiedelt).

Ebenfalls 2005 wurde das *Europäische Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten/European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC)* gegründet auf der Grundlage von EU-Parlaments- und Ratsbeschlüssen von 2004. Es hat seinen Sitz in Stockholm und soll in Zusammenarbeit mit den Mitgliedstaaten die Abwehr gegen Infektionskrankheiten stärken (**Prävention übertragbarer Erkrankungen**).

Reformvertrag von Lissabon 2007 (inkraft seit 2009)

Der Vertrag von Lissabon bildet seit dem 1. Dezember 2009 die primärrechtliche Grundlage der EU. Seither ist Artikel 168 des Vertrags über die Arbeitsweise der Europäischen Union (VAEU) die rechtliche Grundlage für die gemeinschaftliche Politik im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention und hat den Artikel 152 des Vertrags von Amsterdam (bzw. seit 2000 des Vertrags von Nizza) abgelöst. Der Reformvertrag baut auf der Struktur der bestehenden Verträge auf. Der Name des Vertrags zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft (EG-Vertrag, EGV) wurde dabei geändert in „Vertrag über die Arbeitsweise der Europäischen Union“ (VAEU). Der Reformvertrag enthält Änderungen und Ergänzungen wie z. B. die Klarstellung der Kompetenzabgrenzung zwischen der EU und Mitgliedstaaten, die Grundrechte-Charta, einen Subsidiaritätskontrollmechanismus sowie die vereinfachte Möglichkeit zur verstärkten Zusammenarbeit.

Der § 168 bleibt im Absatz 1 unverändert, in dem festgelegt wird, dass „bei der Festlegung und Durchführung aller Unionspolitiken und -maßnahmen ein hohes Gesundheitsschutzniveau sichergestellt“ wird. Im Absatz 2 wird die „Beseitigung der Ursachen für die Gefährdung der menschlichen Gesundheit“ erweitert auf die „Beseitigung von Ursachen für die Gefährdung der körperlichen und geistigen Gesundheit“. Durch den Artikel 168 ergeben sich weitere Änderungen im Bereich des Gesundheitswesens, die z.T. nur klarstellen, z.T. aber auch eine Kompetenzerweiterung der EU darstellen. Die Bekämpfung der weit verbreiteten schweren Krankheiten wird ausgeweitet: „… außerdem umfasst sie die Beobachtung, frühzeitige Meldung und Bekämpfung schwerwiegender grenzüberschreitender Gesundheitsgefahren“.

Hintergrund für diese Kompetenzausweitung waren die Erfahrungen mit der Vogelgrippe. In diesem Zusammenhang dazugekommen ist auch die Kompetenz zum Erlass von Maßnahmen, die unmittelbar den Gesundheitsschutz der Bevölkerung vor Tabakkonsum und Alkoholmissbrauch zum Ziel haben, im Sinne von Gefahrenabwehr und nicht „Gesundheitsförderung“. Der Zuständigkeitsbereich wird im Absatz 2 AEUV auf die Förderung der Zusammenarbeit zwischen den Mitgliedstaaten erstreckt, die darauf abzielt, die Komplementarität der Gesundheitsdienste in den Grenzbereichen zu verbessern. Für diese Verbesserung soll die offene Methode der Koordinierung (OMK) genutzt werden, die mit dieser Vorschrift im Vertrag (Art. 168 Abs. 2) verankert wird. Dadurch erhält die Kommission die „weiche“ Befugnis („weich“ im Sinne eines „soft law“, einer „weichen Steuerung“), Initi-

ativen durchzuführen, die darauf abzielen, Leitlinien und Indikatoren festzulegen, den Austausch bewährter Verfahren durchzuführen und die erforderlichen Elemente für eine regelmäßige Überwachung und Bewertung auszuarbeiten (in enger Abstimmung mit den Mitgliedstaaten.)

Verminderung gesundheitlicher Ungleichheiten und Beeinflussung sozioökonomischer Determinanten

Der Bereich der Verminderung gesundheitlicher Ungleichheiten (Health Inequalities, Health Inequity) und der damit zusammenhängenden Beeinflussung der sozioökonomischen Determinanten der Gesundheit hat eine zunehmende Bedeutung in der EU-Gesundheitsförderungspolitik erhalten. Die Kommission hatte in der „Mitteilung der Kommission an das Europäische Parlament, den Rat, den Europäischen Wirtschafts- und Sozialausschuss und den Ausschuss der Regionen Solidarität im Gesundheitswesen: Abbau gesundheitlicher Ungleichheit in der EU“ vom 20.10.2009 deutlich gemacht, dass sie in der Bekämpfung gesundheitlicher Ungleichheit einen Schwerpunkt sieht. Bei der Reduktion dieser Ungleichheiten spielen neben der Public Health-Politik auch andere Bereiche eine Rolle wie Beschäftigung, Gesundheit und Arbeitsschutz, Sozialpolitik, Chancengleichheit und Grundrechte, Diversity und Anti-Diskriminierung (**Diversity und Diversity Management**), das Forschungsrahmenprogramm, die Europa-2020-Strategie, die Europäische Nachhaltigkeitsstrategie sowie der Strukturfonds.

Beispiele für diesbezügliche Projekte mit deutscher Beteiligung an den letzten beiden Aktionsprogrammen sind „Closing the Gap“ und „DETERMINE“. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) hatte von 2004 bis 2007 im Rahmen von EuroHealthNet die Federführung im EU-geförderten Projekt „Closing the Gap“ („European Partners for Equity in Health“) zu Handlungsstrategien zur Verringerung gesundheitlicher Ungleichheiten in Europa (**Gesundheitsförderung und soziale Benachteiligung**). Das Nachfolgeprojekt DETERMINE (2007-2010) hat auf den Ergebnissen von „Closing the gap“ aufgebaut. DETERMINE war ein ebenfalls im Rahmen von EuroHealthNet durchgeführtes und von der EU gefördertes Programm zur Beeinfl ussung der sozioökonomischen Determinanten der Gesundheit zur Verbesserung der gesundheitlichen Chancengleichheit (Working together for Equity). Die BZgA und die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) waren Partner in dem dreijährigen Projekt. Übergeordnetes Ziel des Projekts war es, ein größeres Bewusstsein und größere Kompetenz bei Entscheidungsträgern zu fördern.

Die BZgA war auch beteiligt an dem von EuroHealthNet koordinierten und von der EU als „Joint Action“ kofi nanzierten Equity Action Programm (2011-2014), an dem 15 Europäische Länder und Norwegen, Nichtregierungsorganisationen und die Europäische Kommission beteiligt waren. Equity Action hatte die Stärkung von Politik und Strategien der Ver-

ringerung von gesundheitlichen Ungleichheiten auf der Ebene der Mitgliedstaaten, Regionen und der EU zum Ziel.

DRIVERS („Drivers for Health Equity") (2012-2014), ebenfalls mit BZgA-Beteiligung über EuroHealthNet), war ein Forschungsprojekt im Rahmen des 7. EU-Rahmenprogramms. Ziel war es, die Zusammenhänge und Einfl üsse auf Gesundheit über die Lebensspanne zu verstehen und Lösungsvorschläge zur Verbesserung der Gesundheit und Reduzierung von gesundheitlicher Ungleichheit zu finden. Es konzentrierte sich auf drei hauptsächliche „Driver" für gesundheitliche Ungleichheiten: Frühe Kindheits-Entwicklung, Arbeits- und Beschäftigungsbedingungen sowie Einkommen und Soziale Sicherheit. Es wurde von EuroHealthNet koordiniert. 2015 erschien mit „Improving health equity through action across the life course" eine Zusammenfassung der Evidenz und Empfehlungen aus dem Projekt.

Die BZgA arbeitet zusammen mit anderen Institutionen der Prävention und Gesundheitsförderung, die von der EU-Kommission, insbesondere von der Generaldirektion Verbraucher und Gesundheit sowie im Rahmen des Forschungsrahmenprogramms Horizon 2020 gefördert werden: Diese Zusammenarbeit erfolgt in den Bereichen der Förderung der gesundheitlichen Chancengleichheit", „Chronische Erkrankungen (Chrodis)", „Alkoholprävention", „Gesundes Altern" und „Qualitätsverbesserung in der HIV-Prävention".

EuroHealthNet ist auf europäischer Ebene das (auch für die BZgA) zentrale Netzwerk im Bereich der Gesundheitsförderung, insbesondere mit dem Schwerpunkt Health Inequalities. Das „neue" EuroHealthNet versteht sich in seiner veränderten Ausrichtung (seit 2013) als europäische Partnerschaft zur Förderung von Gesundheit, Chancengleichheit und Wohlbefinden. Es ist eine gemeinnützige Partnerschaft von 31 öffentlichen Organisationen der lokalen, regionalen, nationalen und internationalen Ebene in Europa (Stand Juni 2016) mit dem Auftrag der Unterstützung des Aufbaus gesünderer Gemeinschaften und der Bekämpfung der gesundheitlichen Ungleichheit in und zwischen den europäischen Staaten. EuroHealthNet hat (Stand Juni 2016) 31 Mitglieds- und Partnerorganisationen und unterstützt sowohl die Strategie „Gesundheit 2020" der WHO-Europa, als auch die EU-Gesundheitsprogramme. Der strategische EuroHealthNet-Plan 2014-2020 zielt auf eine nachhaltige Zukunft und einen umfassenden Beitrag zu Gesundheit, Chancengleichheit und Wohlbefinden in Europa. Es teilt sich auf in HPE (Gesundheitsförderung in Europa), CIRI (das europäische Zentrum für Innovation, Forschung und Anwendung im Bereich Gesundheit und Wohlbefi nden sowie PHASE (die europäische Plattform für Gesundheit und soziale Gerechtigkeit). Beispiele für die Aktivitäten im Bereich CIRI sind die Projekte DRIVERS (2012-2015) und IROHLA („Intervention Research on Health Literacy among Ageing Population") (2013-2015), an denen auch die BZgA beteiligt war. Im Bereich der Bekämpfung der gesundheitlichen Ungleichheit ist EuroHealthNet beteiligt an den aktuellen Initiativen des Europäischen Parlaments: VulnerABLE: Improving the health of those in isolated

and vulnerable situations (2016-2017) und „Reducing health inequalities among LGTB people (2016-2017).

Drittes Aktionsprogramm der Union im Bereich Gesundheit (2014-2020)

Im November 2011 hatte die Europäische Kommission einen Vorschlag für ein Drittes Mehrjahresprogramm (2014-2020) angenommen. Im Mai 2012 hatte eine Hochrangige Konferenz zu den EU-Gesundheitsprogrammen, ihren Ergebnissen und Perspektiven stattgefunden, die Erfolge aus zehn Jahren Gesundheitsprogramm refl ektierte. Das Europäische Parlament akzeptierte den Vorschlag für ein drittes EU- Gesundheitsprogramm für den Zeitraum 2014-2020 am 28.2.2014. Die Verordnung des Europäischen Parlamentes und des Rates vom 11. März 2014 über ein drittes Aktionsprogramm der Union im Bereich der Gesundheit (2014-2020) wurde am 21.3.2014 im Offi ziellen Journal der Europäischen Union veröffentlicht und trat am Folgetag inkraft.

Das neue Gesundheitsprogramm versteht sich als Antwort auf die folgenden Herausforderungen:

- Demografische Entwicklung, die die Nachhaltigkeit der Gesundheitssysteme gefährdet
- Fragile ökonomische Erholung mit Begrenzung der Ressourcen, die für Investitionen in Gesundheitsversorgung zur Verfügung stehen
- Vergrößerung von gesundheitlichen Ungleichheiten zwischen und innerhalb von Mitgliedsländern
- Zunahme der Prävalenz von chronischen Erkrankungen

Die *übergeordneten Ziele* des Programms sind:

- die Verbesserung der Gesundheit der EU-Bürger und Bürgerinnen und Verringerung gesundheitlicher Ungleichheiten,
- die Unterstützung von Gesundheitsinnovationen und Verbesserung der Nachhaltigkeit von Gesundheitssystemen,
- Fokussierung auf aktuelle Gesundheitsthemen der Mitgliedstaaten (across the Member States),
- Unterstützung und Ermutigung für Kooperationen zwischen Mitgliedstaaten.

Das Programm verfolgt *vier spezifische Ziele* (siehe Abb. unten)

Ziele des Dritten EU-Aktionsprogramms Gesundheit (2014-2020)

1. Gesundheitsförderung, Prävention von Krankheiten und Schaffung eines günstigen Umfelds für eine gesunde Lebensführung unter Berücksichtigung des Grundsatzes „Einbeziehung von Gesundheitsfragen in alle Politikbereiche“
2. Schutz der EU-Bürger/-innen vor schwerwiegenden grenzübergreifenden Gesundheitsgefahren
3. Beitrag zu innovativen, effizienten und nachhaltigen Gesundheitssystemen
4. Erleichterung des Zugangs zu besserer und sicherer Gesundheitsversorgung für die EU-Bürger/-innen

Das dritte EU-Gesundheitsprogramm ist das wichtigste Instrument der Europäischen Kommission zur Umsetzung der EU-Gesundheitsstrategie „Gemeinsam für die Gesundheit“ (2007-2013, verlängert bis 2020), die wiederum die allgemeine Strategie Europa 2020 (von 2010) unterstützt. (Weitere gesundheitsrelevante Programme sind Horizon 2020 sowie die Structural and Investment Funds.) Die Umsetzung des dritten Gesundheitsprogramms erfolgt mithilfe von jährlichen Arbeitsplänen in Zusammenarbeit mit den Mitgliedsstaaten. Für das Programm mit siebenjähriger Laufzeit steht ein Gesamtbudget von 449,4 Millionen Euro bereit.

Arbeitspläne, euopäischer Mehrwert, Joint Actions (Gemeinsame Maßnahmen): Zur Umsetzung des Programms werden von der Europäischen Kommission in Zusammenarbeit mit den Mitgliedstaaten jährlich Arbeitspläne verabschiedet. Der Arbeitsplan 2016 wurde am 1. März 2016 verabschiedet. Auf der Grundlage der thematischen Schwerpunkte der Arbeitspläne können Vorhaben gefördert werden, die einen zusätzlichen Mehrwert auf europäischer Ebene beinhalten und Entwicklungen im Bereich der öffentlichen Gesundheit auf europäischer Ebene fördern. Ein besonderes Förderinstrument sind Gemeinsame Maßnahmen (Joint Actions - JA). Die Mitgliedstaaten entscheiden über eine Beteiligung an den Joint Actions. Sie benennen Kooperationspartner zur Teilnahme an den JA gegenüber der EU. Die Exekutivagentur für Verbraucher, Gesundheit und Ernährung (Consumers, Health, Agriculture and Food Executive Agency _ CHAFEA) ist zuständig für die Aufrufe zur Einreichung von Vorschlägen und Vergabebeschlüsse, Monitoring und Verbreitung der Ergebnisse.

Nationale Focal Points (National Focal Points): Die nationalen Focal Points haben die Aufgabe, die Möglichkeiten des Gesundheitsförderungsprogramms zu verbreiten, Antragstellende zu beraten und zu unterstützen, an der Berichterstattung und Evaluation mitzuwirken und die Ergebnisse des Gesundheitsprogramms auf nationaler Ebene zu verbreiten.

Der *Arbeitsplan 2016* sieht die folgenden Joint Actions (Gemeinsame Maßnahmen) vor:

- Qualität der Prävention von HIV/AIDS/sexuell übertragbaren Infektionskrankheiten und der Prävention von Virushepatitiden und Tuberkulose mit Bezug zur Versorgung
- Maßnahmen im Bereich chronischer Erkrankungen
- Eindämmung des Tabakkonsums
- Antibiotika-Resistenzen und nosokomiale Infektionen
- Grundlagen für die Aufbereitungsverfahren von Blut, Gewebe und Zellen

Das Dritte EU-Gesundheitsprogramm (2014-2020) wendet sich an dieselben Partner wie die vorherigen Programme. Die Ziele wurden mehr fokussiert und greifbarer formuliert (SMART). Die Maßnahmen sind limitiert und thematisch priorisiert. Die Interventionstypen wurden beibehalten aber administrative und finanzielle Prozeduren aktualisiert und vereinfacht. Es gibt Fortschrittsindikatoren, um die Ziele und den Impact zu überwachen. Die Jahrespläne basieren auf langfristiger Policy-Planung. Die Verbreitung und Übermittlung der Programmergebnisse soll verbessert werden.

Umsetzung der EU-Gesundheitspolitik in Deutschland

Für die Umsetzung der EU-Gesundheits(förderungs)politik in Deutschland ist von grundlegender Bedeutung, dass die Kompetenzen zwischen Bund und Ländern geteilt sind und die Bundesregierung für autonome Zuständigkeiten der Länder keine Verpfl ichtungen eingehen kann. Der Bundesrat hatte zum Vorschlag der Kommission bereits 2000 umfassend Stellung bezogen und die integrative Zusammenfassung aller Gesundheitsprogramme begrüßt. Die Konferenz der für das Gesundheitswesen zuständigen Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren der Länder (GMK) hat im Juni 2002 einstimmig und grundlegend für die weitere Entwicklung eine Entschließung zu „Grundlinien einer europäischen Gesundheitspolitik - Die Position der Länder“ angenommen.

Die GMK hielt es für erforderlich, im weiteren Gestaltungsprozess europäischer Gesundheitspolitik eine aktive Rolle einzunehmen und zu einer systematischen und auf Kontinuität angelegten Weiterentwicklung europäischer Gesundheitspolitik beizutragen. Die GMK betonte den Grundsatz der Subsidiarität auch bei weiteren europäischen Entwicklungen. Eine Harmonisierung der Gesundheitssysteme müsse auch in Zukunft ausgeschlossen bleiben. Allerdings müsse die Subsidiarität mit Leben erfüllt werden und das deutsche Gesundheitswesen müsse im Vergleich mit anderen Systemen seine Stärken verdeutlichen. Zusammenarbeit, Erfahrungsaustausch, die Ermöglichung von Vergleichen zwischen den europäischen Systemen ermöglichten mehr Konvergenz und eröffneten Chancen für gegenseitiges Lernen und den Wettbewerb um beste Lösungen über Best-Practice-Modelle. Dazu könne die Methode der offenen Koordinierung einen Beitrag leisten. Allerdings müssten Werte, Ziele und Kriterien für einen entsprechenden Prozess unter Beteiligung

der Länder/Regionen erfolgen und die Beteiligten des Gesundheitswesens müssten einbezogen werden.

Auch auf EU-Ebene will die GMK die Mitwirkungsmöglichkeiten der Länder und Regionen stärken. Sie hielt es für erforderlich, dass die Länder zukünftig stärker unmittelbar an der Gestaltung der Gesundheitspolitik in Europa durch eigene Aktivitäten mitwirken, insbesondere in der Umsetzung des neuen Aktionsprogramms im Bereich der öffentlichen Gesundheit. Sie bat die Bundesregierung darum, die Länder zukünftig bei der Identifi zierung der relevanten gesundheitspolitischen Themen und der Festlegung gesundheitspolitischer Ziele zu beteiligen.

Die Länder haben in der GMK insbesondere seit der Einführung der Offenen Methode der Koordinierung in verschiedenen europäischen Politikbereichen in mehreren Gesundheitsministerkonferenzen zu Fragen der Europäischen Gesundheitspolitik Entschließungen unterstützend und auch kritisch Stellung genommen und immer wieder die Subsidiarität betont. 2005 wurde der GMK-Beschluss der Länder von 2002 aufgegriffen und weiterentwickelt. Die GMK kündigte an, auch weiterhin eine aktive Rolle im Gestaltungsprozess der europäischen Gesundheitspolitik einzunehmen (Leitantrag der 78. GMK zur Europäischen Gesundheitspolitik). Sie beschäftigte sich auch in der 79. GMK 2006 und in der 81. GMK 2008 mit Europäischen Aspekten der Gesundheitsversorgung bzw. der territorialen Vielfalt als Stärke. 2009 hat die 82. GMK ohne Gegenstimme eine Neuausrichtung von EU-Strategien in Zeiten der Krise gefordert und gesundheitlichen Schutz und Solidarität als einen Beitrag zur Stabilisierung der europäischen Gesellschaften in der Krise betont. Dies schließe Leistungen der Prävention zur Verbesserung der Lebensbedingungen und -gewohnheiten ein. Der Grundsatz „Gesundheit in allen Politikbereichen“ („Health in All Policies“) müsse besonders jetzt Anwendung fi nden.

Die *89. GMK 2016* begrüßt (einstimmig) grundsätzlich das im Aktionsprogramm der Europäischen Kommission formulierte Anliegen, sich auf große Fragen mit erkennbarem Mehrwert eines gemeinsamen Tätigwerdens auf EU-Ebene zu konzentrieren. Sie vermisst im Arbeitsprogramm 2016 allerdings die Patientensicherheit und bittet das Bundesministerium für Gesundheit, sich für eine Fortschreibung und Weiterentwicklung der Patientensicherheit auf EU-Ebene einzusetzen.

Das Bundesministerium für Gesundheit setzt sich „im Rahmen der Subsidiarität und Wahrung der Verhältnismäßigkeit“ dafür ein, „dass in Deutschland bewährte europäische Verfahren bekannt und genutzt werden“.

Bewertung und Perspektiven der neueren Entwicklungen der EU-Gesundheits (förderungs)politik

Mit dem „neuen“ Aktionsprogramm der Gemeinschaft im Bereich der Öffentlichen Gesundheit (2003-2008) wurde eine weitere Etappe der Gesundheitsförderung auf der europäischen Ebene eingeleitet, gut zehn Jahre nach Beginn der systematischeren Gemeinschaftsaktivitäten innerhalb des Aktionsrahmens im Bereich der Öffentlichen Gesundheit von 1993. Die Kritik an den „Kinderkrankheiten“ der ersten Phase wurde ernst genommen. Forderungen nach mehr Transparenz, Bürgerbeteiligung, mehr Nachhaltigkeit, nach mehr Kohärenz und einer intersektoralen, integrierten europäischen Gesundheitspolitik wurden seither zunehmend aufgegriffen.

Das einheitliche erste neue Aktionsprogramm stellte gegenüber den vorherigen, mangelhaft verbundenen Einzelprogrammen einen erheblichen Fortschritt dar. Während z. B. im 1. Aktionsprogramm der Gemeinschaft Gesundheitsförderung, -aufklärung und -erziehung noch sehr pragmatisch aufgereiht wurden, waren jetzt „Förderung der Gesundheit“ und „Verhütung von Krankheiten“ durch Beeinfl ussung der Gesundheitsdeterminanten klarer und dem Stand der internationalen Diskussion entsprechend zu einem der drei Hauptziele des Programms geworden. Auch die intersektorale Zusammenführung in der Direktion Gesundheit und Verbraucherschutz war eine sinnvolle Weiterentwicklung. Die EU-Gesundheitsstrategie „Gemeinsam für die Gesundheit 2008-2013“ (verlängert bis 2020) und die zu ihrer Umsetzung entwickelten „Aktionsprogramme Gesundheit 2008-2013 und 2014-2020“ führen diese positive Entwicklung fort. Die Bedeutung der Investitionen in Gesundheit und der Gesundheitsförderung für eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung und eine gesündere und wirtschaftlich produktivere Gesellschaft ist immer klarer herausgearbeitet und umgesetzt worden. Neuere Entwicklungen der Konzeptdiskussion und Politik, wie die „Gesundheit in allen Politikbereichen“ (Health in All Policies, Health mainstreaming), werden aufgegriffen und umgesetzt. Die Notwendigkeit der Verringerung gesundheitlicher Ungleichheiten und Beeinflussung der sozialen und sozioökonomischen Determinanten der Gesundheit wird immer deutlicher und oberste Priorität, die alle anderen Ziele beeinflusst. Auch im Rahmen der Weiterführung der Lissabon-Strategie durch die „EU-2020-Strategie für intelligentes, nachhaltiges und integratives Wachstum“ geht es darum, soziale Kohäsion zu fördern, soziale Ausgrenzung zu verhindern und auch deshalb gesundheitliche Chancengleichheit zu fördern. Mit der Verknüpfung von gesundheitlicher Chancengleichheit, Gesundheit und (nachhaltiger) Entwicklung befindet sich die Europäische Union im Einklang mit den Zielsetzungen der WHO und des UNDP (Entwicklungsprogramm der Vereinten Nationen). Auf der Ebene der Konzepte und Begrifflichkeiten werden Gesundheitsförderung und Prävention klarer und spezifischer eingesetzt als in den Anfangsjahren der Gemeinschaftsaktivitäten im Bereich der öffentlichen Gesundheit.

Zusammenfassend ist jedoch trotz aller Fortschritte festzustellen, dass sich die EU-Gesundheitspolitik und Gesetzgebung weiterhin darauf beschränken, nationale Maßnahmen zu ergänzen und Minimalstandards zu setzen, die eher dem Schutz vor Gesundheitsschädigung dienen und nicht wesentlich zur Gesundheitsförderung beitragen. Gesundheitspolitik und Gesundheitsförderungspolitik sind weiterhin ganz überwiegend eine nationalstaatliche Angelegenheit. Die Steuerung über die Offene Methode der Koordinierung (OMK) verläuft eher schleppend. Die Reichweite der Gesundheitsprogramme ist durch die Beschränkung der Gestaltungskompetenzen und die vergleichsweise bescheidene Ausstattung mit fi nanziellen Mitteln (2014-2020: 449 Millionen Euro für 28 Länder und für eine halbe Milliarde Menschen) sehr begrenzt.

Die Umsetzung des Aktionsprogramms 2014-2020 über die Jahresarbeitspläne und Joint Actions bleibt abzuwarten, ebenso die Reaktion auf die neuen Herausforderungen durch die Aufnahme und Integration von geflüchteten Menschen sowie durch den Brexit.

Literatur:

75. Konferenz der für das Gesundheitswesen zuständigen Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren der Länder, Entschließung zu Grundlinien einer europäischen Gesundheitspolitik - Die Position der Länder, Dü sseldorf 20./21.06.2002;

Bellach BM/Stein H (Hg.), Die neue Gesundheitspolitik der Europäischen Union, Tagungsbericht, München 1999;

Beschluss Nr. 1786/2002/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 23. September 2002 über ein Aktionsprogramm der Gemeinschaft im Bereich der öffentlichen Gesundheit (2003-2008), in: Amtsblatt der Europäischen Gemeinschaften vom 9.10.2002, L 271/1-11;

Europäische Kommission, Weißbuch „Gemeinsam für die Gesundheit: Ein strategischer Ansatz der EU für 2008-2013“. Schlussfolgerungen des Rates zum Weißbuch der Kommission (Dezember 2007 und Juni 2008), 2008;

Franzkowiak P/Luetkens/ C/Sabo P, Dokumente der Gesundheitsförderung II. Internationale und nationale Dokumente und Grundlagentexte zur Entwicklung der Gesundheitsförderung von 1992 bis 2013, Duisburg 2013;

Gemeinsamer Standpunkt (EG) Nr. 11/95, vom Rat festgelegt am 2. Juni 1995 im Hinblick auf den Erlass des Beschlusses des Europäischen Parlaments und des Rates über ein Aktionsprogramm der Gemeinschaft zur Gesundheitsförderung, -aufklärung, -erziehung und -ausbildung innerhalb des Aktionsrahmens im Bereich der öffentlichen Gesundheit (1996-2000) (95/C 216/03), 21.08.1995. DE Amtsblatt der Europäischen Gemeinschaften Nr. C 216/21;

Gericke C/Busse R, Präventionspolitik im europäischen Vergleich, in: Hurrelmann, K et al, Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung, Bern, 2014, 399-410;

Jahn A et al, Internationale Organisationen mit gesundheitspolitischer Bedeutung, in: Handbuch Gesundheitswissenschaften, Weinheim und Basel 2016;

Kommission der Europäischen Gemeinschaften, Mitteilung der Kommission an den Rat, das Europäische Parlament, den Wirtschafts- und Sozialausschuss und den Ausschuss der Regionen.

Die Zukunft des Gesundheitswesens und der Altenpflege: Zugänglichkeit, Qualität und langfristige Finanzierbarkeit sichern, Brü ssel 5.12.2001;

Landtag von Baden-Württemberg, Gesundheit in Europa, Große Anfrage der Fraktion der CDU und Antwort der Landesregierung, /Drucksache 13/1163, 10.07.2002/10.10.2002;

Landtag von Baden-Württemberg, Auswirkungen des Lissabon-Vertrags auf die Gesundheitsautonomie der EU-Mitgliedstaaten, Antrag der Abgeordneten Andreas Hoffmann u.a., CDU, und Stellungnahme des Staatsministeriums, /Drucksache 14/5122, 18.09.2009;

Möhle M, Europäische Sozial-und Gesundheitspolitik. Entwicklung - Politikfelder - Akteure, Aachen 2013;

Rat der Europäischen Union, Vorschlag für einen Beschluss des Europäischen Parlaments und des Rates über ein Aktionsprogramm der Gemeinschaft im Bereich der öffentlichen Gesundheit (2001-2006), in: Interinstitutionelles Dossier 2000/0119 (COD), Brüssel 22.06.2000;

Rat der Europäischen Union, Vorschlag über einen Beschluss des Europäischen Parlaments und des Rates über ein Aktionsprogramm der Gemeinschaft im Bereich der öffentlichen Gesundheit (2001-2006), Gruppe „Gesundheitswesen“, Interinstitutionelles Dossier 2000/0119 (COD), Brüssel 10.11.2000;

Reemann H et al, Internationale Zusammenarbeit zur Weiterentwicklung der Prävention und Gesundheitsförderung, in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.), Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland. Konzepte, Strategien und Interventionsansätze der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Sonderheft 01, 2015;

Rosenbrock R/Gerlinger T, Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung, Bern 2015;

Stein H/Gersching C, Gesundheit in der Europäischen Union, in: Bundesvereinigung für Gesundheit (Hg.), Gesundheit: Strukturen und Handlungsfelder, Loseblattwerk 2001, 1-25;

Verordnung (EU) Nr.282/2014 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 11. März 2014 über ein drittes Aktionsprogramm der Union im Bereich der Gesundheit (2014 - 2020), in: Amtsblatt der Europäischen Union, 21.3.2014;

Weinbrenner S/Wörz M/Busse R, Gesundheitsförderung im europäischen Vergleich, Bonn/Frankfurt a. M. 2007

Internetadressen:

ec.europa.eu/commission/index_de (Website der DG Gesundheit und Verbraucherschutz, DG Sanco)
ec.europa.eu/chafea/ (Executive Agency for Health and Consumers)
ec.europa.eu/info/business-economy-euro/economic-and-fiscal-policy-coordination/eu-economic-governance-monitoring-prevention-correction/european-

semester/framework/europe-2020-strategy_de (European Commission Europe 2020)
ec.europa.eu/health/ (EU Health Portal: Zentrale Dokumente zu Themen im Bereich Public Health/Öffentliche Gesundheit)
ec.europa.eu/health/ph_overview/strategy/docs/consultation_frep_en.pdf (Die neue EU-Gesundheitsstrategie: Together for Health - Gemeinsam für die Gesundheit)
ecdc.europa.eu/en/home (European Centre for Disease Prevention and Control)
http://eur-lex.europa.eu/browse/summaries.html?locale=de
www.eurohealthnet.eu
www.gmkonline.de (Die Gesundheitsministerkonferenz der Länder)
www.health-inequalities.eu (Gesundheitliche Ungleichheiten)

Verweise:

Alter(n) und Gesundheitsförderung, Diversity und Diversity Management / Vielfalt gestalten, Gesundheitliche Chancengleichheit, Gesundheitsberichterstattung, Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik / Healthy Public Policy, Gesundheitsförderung 1: Grundlagen, Gesundheitsförderung 2: Entwicklung vor Ottawa 1986, Gesundheitsförderung 3: Entwicklung nach Ottawa, Gesundheitsförderung und Betrieb, Gesundheitsförderung und Schule, Gesundheitsförderung und soziale Benachteiligung / Gesundheitsförderung und gesundheitliche Chancengleichheit, Gesundheitsschutz, Gesundheitswissenschaften / Public Health, Gesundheitsziele, Globale Gesundheit / Global Health, Health Impact Assessment (HIA) / Gesundheitsverträglichkeitsprüfung, Health Literacy / Gesundheitskompetenz, Health Technology Assessment (HTA) / Technikfolgenabschätzung, Lebenskompetenzen und Kompetenzförderung, Nachhaltigkeit und nachhaltige Gesundheitsförderung, Partizipation: Mitentscheidung der Bürgerinnen und Bürger, Partnerschaften für Gesundheit, Primäre Gesundheitsversorgung / Primary Health Care, Prädiktive Medizin und individualisierte Medizin, Prävention und Krankheitsprävention, Prävention übertragbarer Erkrankungen, Soziale Ungleichheit und Gesundheit/Krankheit

Die Autorin dankt Helene Reemann (BZgA) für hilfreiche Hinweise.

Gesundheitsförderung 5: Deutschland

Lotte Kaba-Schönstein, Alf Trojan

(letzte Aktualisierung am 15.06.2018)

In einem einführenden Teil dieses Beitrags werden die *Rahmenbedingungen und der Hintergrund der Entwicklung der Gesundheitsförderung in Deutschland* zusammengefasst (Rahmenprogrammatik der WHO, politische Verantwortung und Steuerung, Akteure, Strukturen und Ebenen, Stiftungen, Abstimmung der verschiedenen Ebenen). Darauf folgt ein Abschnitt zu verschiedenen *Ansatzpunkten, Handlungsbereichen, Querschnitts- und Qualitätsaspekten.* Im Anschluss daran werden *Phasen der Entwicklung des Gesundheitsförderungskonzeptes* sowie *die Rezeption und Dissemination der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung in Deutschland* beschrieben.

In einem weiteren Teil werden die *Strategien, Programme und Projekte des Bundes* vertiefend behandelt. Für die Bundesebene wird wegen der herausragenden Bedeutung der Gesundheitsförderung im Rahmen der GKV besonders auf das Präventionsgesetz, den Sachverständigenrat (SVR) und die Gesundheitsziele eingegangen sowie auf die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und die Bundesvereinigung für Prävention und Gesundheitsförderung (BVPG). Der Abschnitt *Strategien, Programme und Projekte der Länder und der Kommunen* behandelt die Gesundheitsförderung im öffentlichen Gesundheitsdienst und die Aktivitäten anderer bedeutsamer Akteure auf dieser Ebene. Der Beitrag wird abgeschlossen mit einer Bewertung und einem Ausblick.

Rahmenbedingungen und Hintergrund der Entwicklung

Die Entwicklung der Gesundheitsförderung in der Bundesrepublik Deutschland seit der Mitte der 1980er-Jahre wurde sowohl im staatlichen, als auch im nichtstaatlichen Bereich stark durch die *Programme und Konzepte der Weltgesundheitsorganisation (WHO)* beeinflusst. Die Bundesrepublik Deutschland unterstützt offiziell die Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung (1986), das 1991 aktualisierte Programm des Europäischen Regionalbüros der Weltgesundheitsorganisation von 1985, „Gesundheit für alle 2000“ sowie die nachfolgende Strategie „Gesundheit 21“. Dies gilt auch für das aktuelle gesundheitspolitische Rahmenprogramm „Gesundheit 2020“ (**Gesundheitsförderung 2** und **3**). Auch die Europäische Gemeinschaft und Union ist seit den 1990er-Jahren zu einem für Deutschland zunehmend wichtigen Akteur im Bereich der Öffentlichen Gesundheit, Gesundheitsförde-

rung und Prävention geworden, dessen Strategien und Programme auch für Deutschland gelten (**Gesundheitsförderung und EU**).

1. ***Politische Verantwortung und Steuerung, Akteure und Strukturen der Gesundheitsförderung Bund - Länder - Kommunale Ebene***

Die Entwicklung der Gesundheitsförderung in der Bundesrepublik Deutschland ist geprägt durch die föderale Gliederung mit der *vorrangigen Länderverantwortung für Gesundheits- und Gesundheitsförderungspolitik* sowie das insgesamt stark gegliederte, plurale Gesundheitssystem mit einer Vielzahl von Akteuren, Strukturen, Finanzierungen und Interessen (**Finanzierung der Gesundheitsförderung**). Es gibt keine durchgängigen, einheitlichen Gesundheitsförderungsstrukturen wie z. B. in Staaten mit einem steuerfinanzierten nationalen Gesundheitsdienst wie Großbritannien. Die Situation ist geprägt durch die Fragmentierung der Akteure und Zuständigkeiten, die Heterogenität der Interessen sowie die unzureichende Koordinierung der Handlungsebenen und Akteure.

Die Einfluss- und Steuerungsmöglichkeiten der Bundesgesundheitspolitik bestehen für den Bereich der Gesundheitsförderung vorwiegend in der Sozialgesetzgebung, insbesondere über die Soziale/Gesetzliche Krankenversicherung (GKV)(SGB V), aber auch über die Soziale Pflegeversicherung (SPV) (SGB XI), gesetzliche Unfallversicherung (GUV) (SGB VII) und die gesetzliche Rentenversicherung (GRV) (SGB VI) sowie den Arbeitsschutz und die Arbeitslosenversicherung bzw. Arbeitsförderung. Insofern kommt dieser Gesetzgebung eine besondere Bedeutung für die Entwicklung und Finanzierung der Gesundheitsförderung zu („Sozialversicherungssystem"). Eine Zuständigkeit für Gesundheitsförderung wurde den gesetzlichen Krankenkassen erstmals im Gesundheitsreformgesetz von 1989 mit dem § 20 SGB V als „Meilenstein" gesetzlich zugeschrieben. Diese wurde 1996 mit dem Beitragsentlastungsgesetz wieder zurückgenommen bzw. eingeschränkt und erst seit 2000 wieder sukzessive erweitert, zuletzt 2015 mit dem Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (**Präventionsgesetz** – PrävG).

Nach drei gescheiterten Anläufen seit 2005 schafft das Präventionsgesetz erstmals eine gesetzliche Grundlage für Gesundheitsförderung und Prävention in Deutschland. Es definiert den Aufbau einer Kooperations- und Koordinierungsstruktur mit einer nationalen Präventionskonferenz, nationalen Präventionsstrategie mit gemeinsamen Zielen, vorrangigen Handlungsfeldern und Zielgruppen, einem nationalen Präventionsbericht und Rahmenvereinbarungen auf Landesebene. Das Gesetz stützt sich weiter wesentlich auf die GKV, bezieht aber andere Sozialversicherungen (SPV, GUV, GRV) sowie den Arbeitsschutz mit ein. Es regelt damit Gesundheitsförderung und Prävention im Sozialversicherungssystem.

Weitere Steuerungsmöglichkeiten im Bereich der Gesundheitsförderung hat der Bund über die Förderung von Forschung und Entwicklung. In diesem Zusammenhang wird Gesundheitsförderung (und **Prävention**) seit den 1990er-Jahren als Element interdisziplinärer gesundheitswissenschaftlicher Forschung von der Bundesregierung gefördert (**Gesundheitswissenschaften/Public Health**, **Präventionsforschung**, **Partizipative Gesundheitsforschung**). Auf die Gründung von Public Health-Forschungsverbünden und Studiengängen folgte von 2004-2012 eine weitere Forschungsinitiative zur Prävention mit 60 Einzelprojekten. Seit 2015 fördert das BMBF in einer neuen Forschungslinie „Primärprävention und Gesundheitsförderung" insgesamt sieben regionale Forschungsverbünde, die die erhöhte Bedeutung von Präventionsforschung unterstreichen.

Gesundheitsförderungspolitik wurde und wird vom Bund auch über die Beauftragung zu Gutachten und Berichten gemacht (**Gesundheitsberichterstattung**, **Health Impact Assessment [HIA]**, **Health Technology Assessment [HTA]**) sowie über die Initiierung und Finanzierung von Modellprojekten, von einschlägigen Kongressen, Tagungen und Expertengesprächen. Der Bund verfügt über Möglichkeiten der > gesundheitlichen Aufklärung durch Bundesbehörden, -ministerien und über nachgeordnete Einrichtungen wie die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung sowie der institutionellen Förderung (z. B. Bundesvereinigung für Prävention und Gesundheitsförderung - BVPG). Daneben gibt es in einer Perspektive der **gesundheitsfördernden Gesamtpolitik und Health in All Policies (HiAP)** zahlreiche weitere gesundheitsrelevante Eingriffsmöglichkeiten der Bundespolitik, z. B. in den Bereichen Steuern und Abgaben, Einkommens-, Bildungs- und Beschäftigungs-, Städtebau- und Verkehrspolitik, Arbeitsförderung und Arbeitsschutz, Wohnen, Ernährung, Umwelt, Klimaschutz und **Nachhaltigkeit**, gesundheitlicher Verbraucherschutz und **Gesundheitsschutz**.

2. *Stiftungen als neue Akteure bei politischer Einflussnahme und Steuerung*

Auf der Ebene des Bundes, aber auch der Bundesländer treten zunehmend auch Stiftungen als bedeutsame Auftraggeber von Studien, Interventionsprogrammen und Modellprojekten im Gesundheitsförderungsbereich auf und finanzieren diese mit z.T. erheblichen Beträgen. Dies betrifft insbesondere den Bereich Gesundheit(sförderung) und Prävention in Kindheit und Jugend und die Settings Kindertageseinrichtungen und Schule (**Finanzierung**).

Dieses Engagement ist im Rahmen einer „gesamtgesellschaftlichen Verantwortung" der „Zivilgesellschaft" zu begrüßen und wird von den Stiftungen auch so begründet. Die Ausweitung der Gesundheitsförderungsakteure durch **Partnerschaften** und auch Public-Private-Partnerschaften sind in der Gesundheitsförderung erwünscht. Stiftungen finanzieren oft auch innovative Ansätze und Projekte, die sonst gar nicht verwirklicht werden könnten und die wegweisend sind. Sie fungieren vielfach als „Themenanwälte" für schwie-

rige und vernachlässigte Themen. Im Zusammenhang mit dem erheblichen Engagement insbesondere von großen Stiftungen von Unternehmen werden jedoch seit einiger Zeit Fragen der „politischen Einflussnahme und Gestaltungsmacht ohne Mandat und demokratische Kontrolle“ aufgeworfen, auch solche möglicher Interessenskonflikte als Herausforderungen der Public Health-Ethik (auch international und global) diskutiert.

3. *Abstimmung der verschiedenen Ebenen*

Die Abstimmung der Länder untereinander und mit der Bundespolitik zu gesundheitlichen Fragen erfolgt insbesondere über die Gesundheitsministerkonferenz (GMK) und deren Entschließungen, für den Bereich der Bildung (Kindertageseinrichtungen und Schulen) auch über die Kultusministerkonferenz (KMK). Für das damals noch neue Konzept war die GMK-Entschließung zur Gesundheitsförderung von 1991 von grundlegender Bedeutung.

In den Bundesländern wird Gesundheitsförderung über die für Gesundheit zuständigen Sozial-, Bildungs-, Umwelt -, Arbeits-, Kultur- und Gesundheitsministerien/Senate gesteuert. Daneben gibt es in den meisten Bundesländern nichtstaatliche Landeszentralen und Landesvereinigungen für Gesundheit/Gesundheitsförderung unterschiedlicher Größe, die überwiegend von den Sozial- und Gesundheitsministerien finanziell gefördert werden, aber auch zunehmend Mittel über Programme und Projekte einwerben. Sie stimmen sich untereinander und mit der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung ab. In einigen Bundesländern wurden und werden diese Aufgaben auch von (staatlichen) Landesgesundheitsämtern/Landesinstituten bzw. diesen angegliederten Landeszentren für Gesundheit ausgeübt (z. B. Baden-Württemberg, Nordrhein-Westfalen). Das Präventionsgesetz sieht vor, dass eine Nationale Präventionskonferenz bundeseinheitliche Rahmenempfehlungen mit gemeinsamen Zielen, vorrangigen Handlungsfeldern und Zielgruppen verabschiedet, die Grundlage sind für die von den Ländern zu entwickelnden Rahmenvereinbarungen auf Landesebene.

Auf der *kommunalen Ebene der Politik* sind die Gemeinden und Städte schon seit Mitte der 1980er-Jahre in der kommunalen Gesundheitsförderung, der Gesundheitsförderung im Öffentlichen Gesundheitsdienst und mit dem Gesunde-Städte-Projekt aktiv (**Gesundheitsförderung und Gesunde/Soziale Stadt/Kommunalpolitische Perspektive**, **Öffentlicher Gesundheitsdienst und Gesundheitsförderung**). Die Abstimmung erfolgt horizontal durch kommunale oder regionale Arbeitsgemeinschaften, zum Teil auch formeller in **Gesundheitskonferenzen**. Diese sind teilweise mit Landesgesundheitskonferenzen oder ähnlichen Kooperationsgremien vertikal verknüpft.

Daneben wird auf der kommunalen Ebene Gesundheitsförderung im Bereich der Bildung nach dem **Settingansatz/Lebensweltansatz** in (Gesundheitsfördernden) Schulen und Hochschulen (**Gesundheitsförderung und Schule**/**Gesundheitsförderung und Hoch-**

schule), in der **Gesundheitsbildung** an Volkshochschulen und anderen Einrichtungen der Erwachsenenbildung umgesetzt, in letzter Zeit auch vermehrt in Kindertageseinrichtungen (**Gesundheitsförderung und Kindertageseinrichtungen**).

Ansatzpunkte, Handlungsbereiche, Querschnitts- und Qualitätsaspekte

4. *Lebenslagen, Lebensphasen und Lebenswelten*

Bezüglich der **Lebenslagen und Lebensphasen** der Adressaten und Zielgruppen, für die „passgerechte" Konzepte entwickelt werden sollen, wird seit der Jahrtausendwende insbesondere die sozioökonomisch benachteiligte Soziallage in den Blick genommen (**Soziale Ungleichheit und Gesundheit**). In diesem Zusammenhang wird die Berücksichtigung und Beteiligung sozial benachteiligter und „vergessener" **Zielgruppen**, die Verminderung sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheit und die Förderung der **gesundheitlichen Chancengleichheit**, **Gesundheitsförderung und soziale Benachteiligung** hervorgehoben.

Für die Gesetzliche Krankenversicherung ist seit 2000 im § 20, SGB V festgelegt, dass ihre Leistungen insbesondere zur Verminderung der sozial bedingten Ungleichheit von Gesundheitschancen beitragen sollen. Das Präventionsgesetz von 2015 hat neben der Verringerung der sozial bedingten Ungleichheit von Gesundheitschancen auch das Ziel der Verminderung geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen gesetzlich festgeschrieben (§ 20,1).

Auf Initiative der BZgA wurde 2003 der bundesweite Kooperationsverbund Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten gegründet (seit 2012: Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit). Der Zusammenschluss von 66 Partnerorganisationen (2016) wird maßgeblich durch die BZgA getragen (Geschäftsstelle: Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V.). Arbeitsschwerpunkte sind die Gesundheitsförderung mit Kindern und Jugendlichen, mit arbeitslosen Menschen, älteren Menschen und Gesundheitsförderung im Quartier. Eine zentrale Aktivität des Kooperationsverbundes ist der „Kommunale Partnerprozess Gesundheit für alle". Im Kommunalen Partnerprozess werden Kommunen unterstützt und begleitet beim Auf- und Ausbau von integrierten kommunalen Strategien zur Gesundheitsförderung. Um der Lebenslage geflüchteter Menschen gerecht zu werden, hat der Beratende Arbeitskreis des Kooperationsverbundes 2016 beschlossen, eine Arbeitsgruppe zum Thema „Gesundheitsförderung und Prävention mit Geflüchteten" einzurichten. Sie soll das Thema inhaltlich erschließen und als Querschnittsthema in den kommunalen Partnerprozess „ Gesundheit für alle" integrieren.

Seit der Jahrtausendwende erlangen die Lebenslagen von Menschen mit chronischen Erkrankungen und die Gesundheitsinformation, -beratung und -bildung für Patienten und Patientinnen größere Aufmerksamkeit (**Patientenberatung/Patientenedukation**). Mit

dem Konzept der Lebenslagen eng verwandt ist das Konzept der Verwirklichungschancen, das seit einigen Jahren in Deutschland rezipiert und auf Umsetzungsmöglichkeiten hin überprüft wird (**Verwirklichungschancen / Capability Konzept**).

In Bezug auf adressierte Lebensphasen lässt sich seit Längerem für viele Institutionen und Strategien ein lebensphasenbegleitender Ansatz („Lebensverlauf-Ansatz") mit einer starken und weiter zunehmenden Orientierung auf die beiden Enden der Lebensverlaufskurve beobachten: Schwangerschaft, Geburt, Kindheit einerseits und das Alter(n) andererseits (**Gesundheitsförderung im Kindesalter**, **Altern(n) und Gesundheitsförderung**). Die zunehmende Einsicht in die Bedeutung möglichst früher Interventionen und des Einbezugs der Eltern und Familien äußert sich in der Einrichtung der **Frühen Hilfen** sowie in verstärkten Aktivitäten und Verknüpfungen im Bereich **Kinderschutz und Prävention/ Gesundheitsförderung**. Sowohl auf der Bundes- als auch der Länderebene gibt es in diesem Zusammenhang Strategien, Programme und Projekte sowie Gesundheitsziele zum „gesunden Aufwachsen" und zum „gesunden Aufwachsen für alle". Von besonderer Bedeutung ist hier der 2009 erschienene „13. Kinder- und Jugendbericht: Mehr Chancen für ein gesundes Aufwachsen" der Bundesregierung, der einen ersten systematischen Brückenschlag zwischen Jugendhilfe und Gesundheitsförderung vornimmt, besonders auf die Notwendigkeit der Förderung der **gesundheitlichen Chancengleichheit** eingeht und Empfehlungen für den Beitrag der Kinder- und Jugendhilfe zu gesundheitsbezogener Prävention und Gesundheitsförderung formuliert.

Seit dem Ende des letzten Jahrtausends wird, verstärkt durch die demografische Entwicklung, auch vermehrt auf die Notwendigkeit und Möglichkeit des „gesunden Alterns" und der Gesundheitsförderung und Prävention mit älteren Menschen hingewiesen. Es wurden mittlerweile einschlägige Programme und Projekte entwickelt und Ziele konsentiert z. B. das Nationale Gesundheitsziel: Gesund älter werden und der BZgA-Schwerpunkt: „Gesund und aktiv älter werden".

Zunehmend wird auch die Bedeutung einer förderlichen Gestaltung der Übergänge im Lebensverlauf erkannt. Um gelingende Transitionen zu ermöglichen, wurde die Entwicklung von **Präventionsketten / Integrierten kommunalen Gesundheitsstrategien** voran getrieben. Für den „Kommunalen Partnerprozess Gesund aufwachsen für alle" wurde im Herbst 2015 die Ausweitung auf alle Lebensphasen beschlossen und die Umbenennung in „Gesundheit für alle".

Der Verknüpfung von Lebensphasen und Lebenslagen dienen auch integrative Ansätze wie die „Generationenfreundlicheit", „Barrierefreiheit" und „Walkability" von Kommunen. An einer Lebensverlaufs- und Generationenperspektive orientieren sich auch die von der Nationalen Präventionskonferenz (NPK) im Februar 2016 verabschiedeten Bundesrahmenempfehlungen zu gemeinsamen Zielen, Zielgruppen und Handlungsfeldern: Ziel gesund

aufwachsen, Ziel gesund leben und arbeiten, Ziel gesund im Alter. Die gesundheitsförderliche Gestaltung von Lebenswelten nach dem Settingansatz der Gesundheitsförderung ergibt sich aus dem sozialökologischen Gesundheitsverständnis und der Orientierung an den **Determinanten von Gesundheit**. Sie gehört zum konzeptionellen Kern des Gesundheitsförderungskonzepts (**Gesundheitsförderung 1**). Lebensweltorientierte Gesundheitsförderung nach dem Settingansatz hat sich in den letzten Jahren sehr verbreitet, insbesondere im Zusammenhang mit der besonderen Eignung zur Stärkung der gesundheitlichen Chancengleichheit. Der Settingansatz ist ein Kriterium guter Praxis („Good Practice") der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung. Er wird daher auch im Leitfaden Prävention der GKV besonders hervorgehoben. Für die Settings Stadt / Kommune, Schule, Hochschule, Betriebe, Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen, vermehrt auch Kindertageseinrichtungen haben sich regionale, nationale und teilweise internationale Netzwerke gebildet. Dabei ist zu berücksichtigen, dass zwischen der Gestaltung eines „gesundheitsförderlichen Settings" und der weniger anspruchsvollen „Gesundheitsförderung im Setting / in der Lebenswelt" zu unterscheiden ist (**Settingansatz/Lebensweltansatz**).

Das Präventionsgesetz (2015) sieht vor, dass die Krankenkassen bei der „Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten" und in der betrieblichen Gesundheitsförderung „insbesondere den Aufbau und die Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen" fördern sollen (§20a Abs.1 und §20b Abs.1 SGB V).

Lebenswelten im Sinne des § 20 Abs.4 Nr.2 sind „für die Gesundheit bedeutsame, abgrenzbare Systeme insbesondere des Wohnens, des Lernens, des Studierens, der medizinischen und pflegerischen Versorgung, der Freizeitgestaltung und des Sports". Dazu zählen die Bundesrahmenempfehlungen der NPK von 2016 insbesondere Kommunen, Kindertagesstätten, sonstige Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe sowie der Freizeitgestaltung, allgemeinbildende und berufsbildende Schulen, Hochschulen, Betriebe, Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen sowie Einrichtungen der ambulanten und stationären pflegerischen Versorgung.

Die Kommune wird als Lebenswelt von besonderer Bedeutung herausgehoben, weil sie die anderen genannten Lebenswelten umfasst und auch Menschen erreicht, die nicht über eines der anderen Settings erreicht werden können (z. B. alleinlebende ältere Menschen, arbeitslose Menschen). Es sei eine Konzentration auf solche Lebenswelten erforderlich, in denen insbesondere auch Menschen mit sozial bedingt ungünstigeren Gesundheitschancen ohne Stigmatisierung erreicht werden können. Bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben sollen die Krankenkassen zusammenarbeiten und „kassenübergreifende Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten" erbringen.

5. *Handlungsbereiche*

Bei der themen- bzw. gesundheitsproblemorientierten Gesundheitsförderung standen seit Ende der 1980er-Jahre, in Überschneidung mit der Primärprävention, (**Prävention**), Themen der Abhängigkeit/Sucht im Vordergrund (z. B. die BZgA-Kampagne „Kinder stark machen“) sowie HIV/Aids/sexuell übertragbare Krankheiten, sexualpädagogische Themen und die sexuelle und reproduktive Gesundheit. Zunächst oft isolierte Angebote zu gesunden Lebensweisen wie z. B. Ernährung, Bewegung, Nichtrauchen und Entspannung / Stressbewältigung wurden zunehmend zu mehrdimensionalen (multifaktoriellen) Gesamtangeboten gebündelt und integriert. Während anfangs individuelle Verhaltensänderung im Mittelpunkt stand, hat sich zunehmend (aber nicht durchgängig) die Einsicht verbreitet, dass diese Angebote Verhaltens- und Verhältnisprävention, Ressourcen und Risiken kombinieren müssen bzw. im Alltag der Lebenswelt/dem Setting verankert werden müssen, um wirksam und nachhaltig zu sein.

Ernährung, Bewegung, Entspannung/Stressbewältigung. Angesichts der Zunahme der nichtübertragbaren Erkrankungen (Noncommunicable Diseases/NCDs) und chronischen Krankheiten, werden Risiken wie Tabak, Bewegungsmangel, (Fehl-)Ernährung, Übergewicht und Adipositas sowie Stressreduktion vermehrt adressiert. Den Einflussfaktoren Ernährung und Bewegung wird auf allen Ebenen der Politik und Lebenswelten sowie in entsprechenden gesundheitspolitischen Entschließungen eine prioritäre Bedeutung beigemessen. Seit 2008 wurden z. B. im Rahmen des Nationalen Aktionsplans „IN FORM“ - Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung“, einer ressortübergreifenden gemeinsamen Initiative von Bundesernährungsministerium und Bundesgesundheitsministerium, in einer Initialphase bis 2011 bundesweit rund 100 Projekte unterstützt. In der Konsolidierungs- und Verbreitungsphase sollen jetzt die Ergebnisse in die Fläche gebracht und verstetigt werden. Der „Nationale Aktionsplan zur Prävention von Fehlernährung, Bewegungsmangel, Übergewicht und damit zusammenhängenden Erkrankungen“ hat die nachhaltige Verbesserung des Ernährungs- und Bewegungsverhaltens in Deutschland als Ziel und versteht sich als „dynamisches Instrument des Dialogs“ zur „Lebensstiländerung“. Ernährung, Bewegung, Lebenskompetenz stehen auch im Zentrum des Nationalen Gesundheitsziels „Gesund aufwachsen“.

Das Thema Seelische/Psychische Gesundheit tritt in Deutschland erst seit Ende der 1990er-Jahre verstärkt in das Bewusstsein als Handlungsfeld von Prävention und Gesundheitsförderung. 2002 wurde ein German Network for Mental Health (GNMH), Deutsches Netzwerk für Psychische Gesundheit gegründet, als offene Organisation von Interessengruppen, Wohlfahrtsorganisationen sowie Wissenschaftlern und Wissenschaftlerinnen, die sich für die Prävention psychischer Störungen und die Förderung psychischer Gesund-

heit einsetzen. Dies ist auch das Ziel des Aktionsbündnisses für Seelische Gesundheit, dessen Arbeit seit 2008 vom Bundesministerium für Gesundheit gefördert wird und das insbesondere auch der Stigmatisierung psychisch erkrankter Menschen entgegenwirkt.

Die Reduktion psychischer Belastungen und Förderung der **Resilienz** ist auch ein immer bedeutenderes Ziel der betrieblichen Gesundheitsförderung sowie von Programmen der Erziehung und Bildung in Kindertageseinrichtungen und Schulen.

Programme und Projekte zur Ernährung, Bewegung, Stressbewältigung und Resilienz haben sich in kaum überschaubarer Zahl, insbesondere in Kindertageseinrichtungen und Schulen, aber auch in Betrieben verbreitet. Diese Programme und Projekte sind zunehmend interdisziplinär und multifaktoriell als integrierte Konzepte in Lebenswelten angelegt. Es gibt aber immer noch unverbundene, nicht abgestimmte verhaltensbezogene Einzelaktivitäten einzelner Akteure. Auch die Soziallagenorientierung und Differenzsensibilität haben sich noch nicht durchgängig durchgesetzt. Für die Kindertageseinrichtungen und Schulen (und deren Träger) ergibt sich daraus eine unübersichtliche und sie oft überfordernde Vielzahl von möglichen Programmen und Projekten, die bei einigen Einrichtungen zu einer „Präventionsmüdigkeit“ beigetragen haben. Inselartige und parallele Lösungen beinhalten auch die Gefahr der „Projektitis“ und der fehlenden nachhaltigen Wirkung.

Seit einigen Jahren wird die Notwendigkeit der Stärkung der Gesundheitskompetenz/ Health Literacy als Ressource für gesundheitsbezogene Entscheidungen und als Grundlage für Selbstbestimmung und Teilhabe verstärkt diskutiert (**Health Literacy / Gesundheitskompetenz**)

Der AOK-Bundesverband hat Mitte 2016 unter der Schirmherrschaft des Gesundheitsministers ein **Nationales Aktionsprogramm Gesundheitskompetenz** ins Leben gerufen. Dem folgten eine Allianz für Gesundheitskompetenz und im Februar 2018 ein **Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz**.

6. *Querschnitts- und Qualitätsaspekte der Gesundheitsförderung*

Als Querschnitts- und Qualitätsaspekt der Gesundheitsförderung, der für alle Settings, Lebensphasen und Gesundheitsprobleme und -themen gilt, hat sich die Differenzsensibilität, insbesondere die Gendersensibilität und die ethnisch-kulturelle Sensibilität entwickelt, aber auch zunehmend die Berücksichtigung der sozialen Lage (**Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung**, **Gesundheitsförderung und Migrationshintergrund**).

Aus einer Perspektive von Chancengleichheit und Gerechtigkeit besteht die übergreifende Qualitätsanforderung an Gesundheitsförderung und Prävention darin, „differenzsensibel“ zu sein und alle Aspekte der Vielfalt sowie deren Interdependenzen/Intersektionalität zu

berücksichtigen und „zielgruppengerecht“ zu gestalten (**Diversity und Diversity Management / Vielfalt gestalten**).

Qualitätssicherung, Qualitätsentwicklung und Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention haben in letzter Zeit verstärkte Aufmerksamkeit erhalten und werden im Leitbegriff **Qualitätssicherung, Qualitätsentwicklung und Qualitätsmanagement** dargestellt.

Schon seit 2003 wurden im Rahmen des Beratenden Arbeitskreis des Kooperationsverbundes gesundheitliche Chancengleichheit Kriterien guter Praxis der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ (inzwischen: der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung“) entwickelt, die weite Verbreitung gefunden haben (**Gesundheitsförderung und soziale Benachteiligung**).

Die BVPG hat vor dem Hintergrund einer Statuskonferenz (2010) zur Qualitätsentwicklung (2013) ihr Leitbild „Prinzipien guter Prävention und Gesundheitsförderung“ verabschiedet. Für die GKV fügt das Präventionsgesetz (2015) den schon seit 1999 in das SGB V aufgenommenen Qualitätsanforderungen weitere hinzu. Zentrales Dokument für die Qualitätssicherung in der Primärprävention und Gesundheitsförderung ist der Leitfaden Prävention des GKV-Spitzenverbandes (**Prävention und Krankheitsprävention**). In neuerer Zeit sind insbesondere die Ergebnisse des Kooperations- und Forschungsprojekts Gesundheitsförderung in Lebenswelten - Entwicklung und Sicherung von Qualität (2014-2015) - für die weitere Entwicklung und die Umsetzung des Präventionsgesetzes in den Lebenswelten von Bedeutung (BZgA 2015). Der Bericht belegt, dass Kindertageseinrichtungen, Schule und Pflege teilweise bereits über umfassende Qualitätsmanagementsysteme verfügen, die auf gesetzlichen Vorgaben beruhen. Dagegen haben Maßnahmen in der Kommune und im Quartier, insbesondere für ältere Menschen und Menschen mit Migrationserfahrung, eher Projektcharakter.

Phasen der Entwicklung und Verbreitung des Gesundheitsförderungskonzeptes in Deutschland

Die Entwicklung seit Mitte der 1980er-Jahre verlief in verschiedenen Phasen, die nicht durchgängig klar zu trennen sind und teilweise auch gegenläufige Tendenzen enthielten. Gesundheitsförderung als politisches Aktionsprogramm wurde in einer Entwicklungsphase, die von Anfang der 1980er-Jahre bis zur Verabschiedung der Ottawa-Charta im November 1986 anzusetzen ist, vorbereitet und ausgearbeitet (**Gesundheitsförderung 1**, **2**).

Nach der Verabschiedung der Ottawa-Charta begann eine Phase der Verbreitung und ersten Umsetzungserfahrungen in der zweiten Hälfte der 1980er-Jahre. In Deutschland war Anfang der 1990er-Jahre die Verbreitungsphase der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung weitgehend abgeschlossen. Zu diesem Zeitpunkt hatten die maßgeblichen staatlichen

und nichtstaatlichen Akteure der Gesundheitsförderung sich mit dem neuen Aktionskonzept auseinandergesetzt, ihre Standpunkte geklärt und die Prinzipien des Konzepts in ihre jeweiligen Programme und Stellungnahmen integriert.

In dieser ersten Phase der Verbreitung und Umsetzung war der innovative Charakter des Aktionskonzepts in teilweise offensiver Form als explizites Gegenkonzept zur bisherigen Gesundheitserziehung und zur Prävention herausgestellt worden. Diese Zuspitzung führte zu teilweise heftigen Auseinandersetzungen über die Auslegung und die Konsequenzen des neuen Programms.

Die neue Orientierung wurde von reformorientierten und innovationsfreudigen Professionellen und Einrichtungen des deutschen Gesundheits- und Sozialwesens, insbesondere von der Gesundheitsbewegung, mit großer Hoffnung und Aufbruchstimmung aufgenommen und umgesetzt. Grund dafür war, dass die neue Orientierung die Kritik an der traditionellen Gesundheitserziehung berücksichtigte, den Stand der aktuellen Diskussion aufgenommen hatte und auch in enger Zusammenarbeit mit den neuen sozialen Bewegungen erarbeitet worden war (**Gesundheitsförderung 2**). Im Bereich der kommunalen Gesundheitsförderung gab es schon seit Mitte der 1980er-Jahre GesundeStädte-Initiativen, später folgten Gesundheitsförderung in der Schule und Gesundheitsförderung im Betrieb. Auch ein Teil der Krankenkassen griff die neue Gesundheitsorientierung schon zu dieser Zeit auf.

Weite Teile des etablierten Gesundheitswesens hatten dem „Gegen"-Konzept, das in der Konsequenz des medizinkritischen Ansatzes auch berufspolitische Umverteilungsfragen aufgeworfen hatte, zunächst skeptisch gegenüber gestanden, bis auch in diesem Bereich Anfang der 1990er-Jahre das Gesundheitsförderungskonzept in Stellungnahmen, zum Beispiel der Bundesärztekammer und des Hartmannbundes, akzeptiert und integriert wurde.

Im Prozess der Diffusion des neuen Konzepts und im zunehmenden Bemühen um breite politische Akzeptanz bei allen maßgeblichen Akteuren und Einrichtungen des Gesundheitswesens schliff sich die anfängliche Zuspitzung auf das Neue und Andere des Konzepts allmählich etwas ab. Durch die weite Verbreitung und durch Vereinnahmungstendenzen kam eine Entwicklung in Gang, in der die Bezeichnung Gesundheitsförderung teilweise zum Mode- und Trendbegriff wurde, der mit inflationärer Tendenz beliebig vielen Aktivitäten im Gesundheitsbereich übergestülpt wurde.

Nach einer *„ersten Blütezeit"* mit dem Ausbau der Settingprojekte und -netzwerke sowie der Gesundheitsförderungsangebote und -strukturen der Krankenkassen in der ersten Hälfte der 1990er-Jahre wurden zunehmend Forderungen nach stärkerer Zielorientierung, Evaluation und Qualitätssicherung der Gesundheitsförderung erhoben.

Ab 1996, ausgelöst durch die Rücknahme der Gesundheitsförderung als Pflichtaufgabe der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) im Beitragsentlastungsgesetz, kam es zu einer Auflösung der Gesundheitsförderungsstruktur und -angebote der Kassen und zu einer Beschränkung auf krankheits- und risikenorientierte Prävention und Selbsthilfe. Dieser „Kahlschlag" hatte negative Signalwirkung auch über den Bereich der GKV hinaus und führte in eine Phase der Ernüchterung und Depression der vom Ansatz der Gesundheitsförderung überzeugten Akteure und Professionellen. Prinzipien der Gesundheitsförderung, wie die Ressourcenorientierung, überlebten teilweise im Gewand der unspezifischen Primärprävention.

Seit Ende der 1990er-Jahre/Anfang 2000 gab es eine *Phase der Bewegung und neuer, desillusionierter und pragmatischer Zuversicht* in der Gesundheitsförderungsdiskussion und Praxis.

Sie war gekennzeichnet durch verschiedene Entwicklungen, eine Vielzahl von Initiativen, Gutachten und Stellungnahmen, wie z. B. das GKV-Gesundheitsreformgesetz von 1999/2000, die Allianz für Gesundheitsförderung (2000), das Gutachten des Sachverständigenrates für die Begutachtung im Gesundheitswesen (SVR) von 2001, den Runden Tisch Gesundheit von 2001, den Bundesratsbeschluss von 2002, die Gründung des Forums Prävention und Gesundheitsförderung 2002, die Gründung des Kooperationsverbundes Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten 2003 (und dessen stetige Weiterentwicklung mit immer mehr bedeutenden Partnerorganisationen) sowie die vielfältigen Entwicklungen in den diversen Handlungsfeldern und Settings/Lebenswelten.

Bewegung und Zuversicht waren seit 2002 jedoch insbesondere mit den Hoffnungen auf ein „Präventionsgesetz" verknüpft. Im Koalitionsvertrag war 2002 die Absicht bekundet worden, mit einem „Präventionsgesetz" die nichtmedizinische Primärprävention (und Gesundheitsförderung) zu regeln und zu stärken.

Das Scheitern des zweiten Entwurfs für ein Präventionsgesetz 2007/2008 führte zu einer *Phase erneuter Enttäuschung und Ernüchterung und zu gespannter Erwartung auf einen neuen Anlauf für ein Gesundheitsförderungs- und Präventionsgesetz* in der 17. Legislaturperiode (ab 2009). In diesem Zusammenhang erarbeitete und veröffentlichte die Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. (BVPG) im Dezember 2009 Empfehlungen zur Weiterentwicklung von Gesundheitsförderung und Prävention in der 17. Legislaturperiode.

Immer noch in Erwartung einer gesetzlichen Regelung der Gesundheitsförderung und Prävention verabschiedete die BVPG 2013 Strategien zur Weiterentwicklung des „Potenzials" Gesundheit in der 18. Legislaturperiode (**Gesundheitsförderung 8: Bewertung und Perspektiven**).

Die Jahre von 2002-2015 waren somit stark geprägt durch das Warten auf ein Gesundheitsförderungs- und Präventionsgesetz, das Gesundheitsförderung im Sinne der Ottawa-Charta auch als **Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik**, gesamtgesellschaftliche Aufgabe und Gesundheit in allen Politikbereichen (HiAP) berücksichtigen würde. Die Diskussion und die Stellungnahmen und Verbesserungsinitiativen der jeweiligen, aus dieser Sicht unvollständigen Gesetzentwürfe banden viel Energie aller Akteure und Fachkräfte der Gesundheitsförderung und Prävention.

Die Frage nach der Verbreitung und Umsetzung des Gesundheitsförderungskonzeptes war 2016 besonders aktuell und präsent. 30 Jahre nach der Verabschiedung der Ottawa-Charta am 21.11.1986 wurde in verschiedenen Zusammenhängen und Institutionen Bilanz gezogen, was sich verbreitet hat, wie Gesundheitsförderung umgesetzt worden ist und welche aktuellen Herausforderungen es gibt.

Strategien, Projekte und Programme des Bundes: GKV, Präventionsgesetz, Gesundheitsziele, Gutachten des Sachverständigenrats (SVR), BZgA, BVPG

Da Gesundheits(förderungs)politik im deutschen Gesundheitswesen überwiegend in der Zuständigkeit der Länder ist, liegen auf der Ebene der Bundespolitik vorrangige Steuerungsmöglichkeiten im Bereich der Sozialgesetzgebung. Wichtige Etappen der Entwicklung von Gesundheitsförderungspolitik in Deutschland waren deshalb auf der Ebene der Bundesgesundheitspolitik markiert durch die Stufen der „Gesundheitsreform“ und durch gesetzliche Regelungen der Gesundheitsförderung und Prävention im Rahmen der Krankenversicherung, § 20 SGB V Das Gesundheitsreformgesetz 1989, das Gesundheitsstrukturgesetz 1992, das Beitragsentlastungsgesetz 1996, das GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000, das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) 2004 sowie das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) 2007 und zuletzt das Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz) 2015.

Wichtige Etappen der Entwicklung der Gesundheitsförderung und Prävention in der Gesetzlichen Krankenversicherung werden in der Abbildung 1 zusammengefasst.

Entwicklung von Grundlagen, Handlungsfeldern, Kriterien und Empfehlugen der Gesundheitsförderung und Prävention in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)/SGB V	
1989	*Gesundheitsreformgesetz (GRG),* § 20 SGB V: Gesundheitsförderung/Krankheitsverhütung
1992	*Gesundheitsstrukturgesetz (GSG),* § 20 SGB V: Erweiterung um Förderung von Selbsthilfegruppen

	und Selbsthilfekontaktstellen
1996	*Beitragsentlastungsgesetz,* § 20 SGB V: Krankheitsverhütung
1999/2000	*GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000,* § 20 SGB V: Primäre Prävention, insbesondere Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen » Betriebliche Gesundheitsförderung » Selbsthilfeförderung § 43 SGB V: Patientenschulungen § 65 SGB V: Verbraucher- und Patientenberatung
2000/2001	*Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen*
2002	*Positionspapier „Weiterentwicklung der Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland" der Spitzenverbände der Krankenkassen*
2004	*GKV-Modernisierungsgesetz (GMG):* Einführung eines Bonussystems für die Teilnahme an Prävention
2007 **Seit 2007**	*GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG):* Betriebliche Gesundheitsförderung wird Pflichtleistung, § 20a SGB V Verpflichtung zur Zusammenarbeit mit dem zuständigen UV-Träger *Formulierung von Gesundheitsförderungs- und Präventionszielen der GKV (auf freiwilliger Basis)*
2008	*Spitzenverband Bund der Gesetzlichen Krankenversicherung*
2010	*Leitfaden Prävention: Handlungsfelder und Kriterien des GKVSpitzenverbandes zur Umsetzung von § 20 und 20 a vom 21.6.2000 in der (überarbeiteten) Fassung vom 27. August 2010* Kriterien für erleichterte Inanspruchnahme von sozial benachteiligten Versicherten: Freistellung von Vorleistungen bzw. Eigenanteilen Lebensweltansatz: Konkretisierung für Kindertagesstätten, Schulen und Kommunen/Stadtteile *Präventionsbericht 2010 des GKV-Spitzenverbandes und seines Medizinischen Dienstes (MDS):*

	Leistungen der GKV: Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung, Berichtsjahr 2009 Bilanz der Präventions- (und Gesundheitsförderungs-)Ziele
2012	*GKV-Präventionsziele - Präventions- und Gesundheitsförderungsziele 2013-2018* a) Lebensweltbezogene Präventions- und Gesudheitsförderungsziele b) Arbeitsweltbezogene Präventions- und Gesudheitsförderungsziele *Empfehlung zur Zusammenarbeit zwischen der Bundesagentur für Arbeit (BA) und der GKV zum Thema Arbeitslosigkeit und Gesundheit*
2013	*Gemeinsame Empfehlung der kommunalen Spitzenverbände und der GGV zur Zusammenarbeit im Bereich der Primärprävention und Gesundheitsförderung in der Kommune (Berlin, Mai 2013)* *Prävention und Gesundheitsförderung weiterentwickeln. Positionspapier des GKV-Spitzenverbandes vom 27. Juni 2013*
2014	*Leitfaden Prävention: Handlungsfelder und Kriterien des GKVSpitzenverbandes zur Umsetzung von § 20 und 20a vom 21.6.2000 in der Fassung vom 10. Dezember 2014*
2015	*Präventionsbericht 2015 (Berichtsjahr 2014)* Schwerpunkt Gesundheitsförderung und Arbeitsförderung *Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz) vom 17. Juli 2015, § 20* Leistungen zur „Primärprävention“ und „Gesundheitsförderung“ (§ 20Abs. 1, SGB V) Drei Leistungsarten (§ 20, Abs.4, SGB V): » Leistungen der individuellen Verhaltensprävention » Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten » Leistungen der betrieblichen Gesundheitsförderung Leistungen zur Gesundheitsforderung und Prävention in Lebenswelten: insbesondere Aufbau und Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen (§ 20a, Abs.1, SGB V). Beitrag zur Verringerung von sozial bedingter (seit 2000) und - neu - „geschlechtsbezogener Ungleichheit“ (§ 20, Abs.1, SGB V).

	Berücksichtigung der acht (entwickelten) (nationalen) Gesundheitsziele
	Beauftragungspflicht der BZgA in beratender und unterstützender Funktion für die Qualitätsentwicklung und Implementation
2016	*Bundesrahmenempfehlungen der Nationalen Präventionskonferenz* Berücksichtigung der gemeinsamen deutschen Arbeitsschutzstrategie bei der Festlegung von Zielen (§ 20d, Abs.3, SGB V)
	Beteiligung der Bundesagentur für Arbeit und der obersten Arbeitsschutzbehörden bei Vorbereitung der Landesrahmenempfehlungen (§ 20f, Abs.2, SGB V)
	(Erstes) Nationales Präventionsforum (September 2016)
2017	Verstärkung der Förderung der Koordinierungsstellen Gesundheitliche Chancengleichheit (KGC)in den Ländern
	Zweites Nationales Präventionsforum (Oktober 2017)
	Leitfaden Prävention: Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes
	zur Umsetzung von § 20 und 20a vom 21.6.2000
	in der Fassung vom 27. November 2017
	Präventionsbericht 2017 (Berichtsjahr 2016)

Das Gesundheitsreformgesetz 1989, § 20 SGB V: Die politische Entscheidung, mit der Verabschiedung des Gesundheitsreformgesetzes (GRG) 1989 Gesundheitsförderung und Prävention zur Pflichtleistung der gesetzlichen Krankenkassen zu machen und einen Kooperationsauftrag der Krankenkassen bei der Durchführung der Gesundheitsförderung zu verankern (SGB V, § 20), kann als einer der Meilensteine in der deutschen Entwicklung der Gesundheitsförderung gesehen werden. Seit Verabschiedung des GRG wurden vermehrt Gesundheitsförderungsprogramme von Krankenkassen initiiert und Stellen für Gesundheitsförderung (und Prävention) geschaffen.

Das Gesundheitsstrukturgesetz, 1992, § 20 SGB V: In der zweiten Stufe der Gesundheitsreform wurde der Paragraf 20 SGB V um die Förderung von Selbsthilfegruppen und Selbsthilfe-Kontaktstellen mit gesundheitsfördernder und rehabilitativer Zielsetzung erweitert (**Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeförderung**).

Das Beitragsentlastungsgesetz, 1996, § 20 SGB V: Im Rahmen des Beitragsentlastungsgesetzes wurde 1996 die Gesundheitsförderung als Pflichtleistung der Gesetzlichen Krankenkassen, die mit dem GRG 1989 eingeführt worden war, wieder gestrichen. Der § 20 SGB V

wurde neu formuliert und auf die Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren, Schutzimpfungen und krankheitsbezogene Selbsthilfeunterstützung eingeschränkt. Begründet wurde dies vom zuständigen Ministerium mit Kostendämpfungsargumenten („Beitragsentlastung", Senkung der Lohnnebenkosten) und dem Hinweis auf Fehlentwicklungen wie das Fehlen von Wirksamkeitsnachweisen und Qualitätssicherung.

Das Gesetz wurde trotz zahlreicher Warnungen und Appelle aus Wissenschaft und Praxis, einen der wenigen Ansätze der Intervention vor der Krankheit im deutschen Gesundheitswesen nicht wieder abzuschaffen, verabschiedet. Gesundheitsförderung wurde zur ausschließlich versichertenfinanzierten Satzungsleistung; die Gesundheitsförderungsstrukturen der Kassen wurden abgebaut. Von dieser Entwicklung ging in den folgenden Jahren eine negative Signalwirkung für die Einschätzung der Chancen von Prävention und ressourcenorientierter Gesundheitsförderung in Deutschland aus.

Das GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000, § 20 SGB V: In Zusammenhang mit der „Gesundheitsreform 2000" erfolgte 1999 die Neugestaltung des § 20 SGB V. Nach dieser seit dem 1.1.2000 gültigen Fassung des § 20 SGB V, 1 sollen die Krankenkassen Leistungen zur primären Prävention vorsehen, die den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern und insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringen sollen. Nach § 20, 2 können die Krankenkassen den Arbeitsschutz ergänzende Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung durchführen (**Gesundheitsförderung und Betrieb**). Gesundheitsförderung taucht in dieser Fassung des § 20 als Begriff außer bei der betrieblichen Gesundheitsförderung nicht mehr auf. Ressourcenorientierte, salutogene und Verhältnisse gestaltende Ansätze und Maßnahmen müssen deshalb über den Umweg eines „modernen" Verständnisses von Prävention legitimiert werden. Das Gesetz sah einen Betrag von 5,00 DM (2,56 Euro) pro versicherter Person vor. Im Gesundheitsreformgesetz 2000 wurden erstmals die „Förderung von Einrichtungen zur Verbraucher- und **Patientenberatung**" (§ 65 b SGB V) sowie Patientenschulungen als ergänzende Leistung der Rehabilitation (§ 43, Abs. 3) für chronisch Kranke und ihre Angehörigen (§ 43 SGBV) eingeführt.

Um die Kritik an der vorherigen Praxis aufzugreifen, erteilte der Gesetzgeber den Spitzenverbänden der Krankenkassen den Auftrag zur Qualitätssicherung der Angebote. Sie sollten gemeinsam und einheitlich - unter Einbindung von unabhängigem Sachverstand - prioritäre Handlungsfelder und Kriterien insbesondere hinsichtlich Bedarf, Zielgruppen, Zugangswegen, Inhalten und Methodik beschließen. Diese „Gemeinsamen und einheitlichen Handlungsfelder und Kriterien" haben die Krankenkassen erstmals am 21. Juni 2000 vorgelegt seither fortlaufend aktualisiert, zuletzt am 10. Dezember 2014. Sie haben sich dabei auf zwei Ansätze zur Eindämmung von Krankheitsrisiken und Belastungen und zur Förderung der Gesundheit konzentriert:

- Interventionen nach dem Settingansatz, die mehr auf Verhältnisse abzielen und durch Strukturgestaltung Gesundheit fördern
- Interventionen nach einem individuellen Ansatz, die in erster Linie auf Menschen, Verhalten und gesunde Lebensführung zielen

Als Handlungsfelder im Bereich der Primärprävention wurden Bewegungsgewohnheiten, Ernährung, Stressreduktion/Entspannung sowie Genuss- und Suchtmittelkonsum bestimmt.

Für die betriebliche Gesundheitsförderung wurden folgende Felder benannt: arbeitsbedingte körperliche Belastungen, Betriebsverpflegung, psychosozialer Stress sowie Genuss und Suchtmittelkonsum. Der Settingansatz wird als besonders geeignet angesehen, den geforderten Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen zu erbringen. Eine Ausgabenbegrenzung soll einen priorisierten und effizienten Mitteleinsatz unterstutzen.

Es gab in diesem Bereich erhebliche Anlaufschwierigkeiten, die dazu führten, dass das minimale Budget nicht voll ausgeschöpft wurde. Dies führte zu wiederholter Kritik an der GKV, verbunden mit der Frage nach der zweifelhaften Eignung von Interventionen nach dem individuellen Ansatz („Kurse") als Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit der Gesundheitschancen.

Spitzenverbände der Krankenkassen - Weiterentwicklung der Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland (2002): Im Mai 2002 legten die Spitzenverbände der Krankenkassen ihre Vorstellungen zur Weiterentwicklung der Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland vor. Sie begrüßten deren zunehmende gesellschaftliche und politische Akzeptanz und das Vorantreiben des Erarbeitens von Strategien und Konzepten durch das Bundesministerium für Gesundheit. Prävention wird als gesamtgesellschaftliche Aufgabe gesehen, die über das Gesundheitswesen und die Krankenversicherung hinausgeht.

Das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) (2004): Das GMG trat am 1. Januar 2004 inkraft. Das zwischen Regierung und Opposition ausgehandelte Gesetz stellt eine Mischung zwischen Kostendämpfungspolitik (z. B. Zuzahlungen) und Strukturveränderungen dar. Für die Gesundheitsförderung und Prävention relevant ist das eingeführte Bonussystem. Es ermöglicht den Krankenkassen, ihren Versicherten, die aktiv Vorsorge betreiben und an den qualitätsgesicherten Angeboten der GKV teilnehmen, einen Bonus zu gewähren. Dies gilt auch für die Teilnahme an einem Disease-Management-Programm („Chronikerprogramm"), dem Hausarztsystem und/oder der **integrierten Versorgung**.

Das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) (2007): Das GKV-WSG hat die Strukturen des deutschen Krankenkassen- und Versorgungswesens deutlich verändert. So bestimmt das GKV-WSG, dass die bisherigen acht Spitzenverbände der GKV ab 2008 ihre

Funktionen als Körperschaften des öffentlichen Rechts verlieren. An ihre Stelle tritt ab 2008 der „Spitzenverband Bund der Krankenkassen“, der von allen Krankenkassen gebildet wird und seither einheitlich und allein alle Kassen auf Bundesebene vertritt. Das Gesetz führt u.a. eine Krankenversicherungspflicht für alle Bürger und Bürgerinnen (ab 1.1.2009) ein. Für den Bereich Gesundheitsförderung ist von Bedeutung, dass die betriebliche Gesundheitsförderung zur Pflichtleistung der Krankenkassen wird. Impfungen und Kuren werden Pflichtleistungen der GKV.

Präventions- und Gesundheitsförderungsziele der gesetzlichen Krankenkassen (seit 2007): Die gesetzlichen Krankenkassen haben sich 2007 auf freiwilliger Basis bundesweite epidemiologisch-gesundheitswissenschaftlich begründete Präventions- und Gesundheitsförderungsziele gesetzt, da keine verbindlichen nationalen Gesundheitsförderungs- und Präventionsziele definiert waren. Als allgemeines Oberziel Prävention hat die GKV für die Jahre 2008 bis 2012 fur die Primärprävention außerhalb von Betrieben im Hinblick auf Morbidität, Mortalität und Kosten die „Reduktion von Krankheiten des Kreislaufsystems“ ausgewählt (**Prävention und Krankheitsprävention**). Die Ziele gliedern sich in die Kategorien „Gesundheitsförderung“ und „Prävention“. Sie beziehen sich auf den Settingansatz und die betriebliche Gesundheitsförderung. Diese Ziele sind quantifiziert und geben an, um wie viele Prozente die Aktivitäten innerhalb von zwei Jahren gesteigert und wie viele Adressaten mehr erreicht werden sollen.

Neufassung GKV-Leitfaden Prävention - Handlungsfelder und qualitative Kriterien 2010: Der GKV-Leitfaden definiert die inhaltlichen Handlungsfelder und qualitativen Kriterien für die Leistungen der Krankenkassen in den Bereichen der Primärprävention und betrieblichen Gesundheitsförderung. Die bedarfsgerechte Inanspruchnahme von Leistungen durch sozial benachteiligte Versicherte soll erleichtert werden, indem diese von Eigenanteilen und/oder Vorleistungen möglichst freigestellt werden sollen. Die Ergebnisse aus GKV- geförderten Projekten zur Gesundheitsförderung nach dem Settingansatz, insbesondere in Schulen und Gemeinden, sind einbezogen, um einen Impuls zur Stärkung dieser settingbezogenen Aktivitäten zu setzen. Als besonders förderungswürdige Lebenswelten wurden Kindertagesstätten, Schulen und Kommunen/Stadtteile ausgewählt und konkretisiert. Erwünscht sind aber auch andere Settings, z. B. Altenheime. In der betrieblichen Gesundheitsförderung wurden neue Erkenntnisse zur Vorbeugung von Muskel-Skelett-Erkrankungen integriert.

Präventionsbericht 2010: Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung. GKV-Spitzenverband/Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (2010): Mit den jährlichen Präventionsberichten dokumentiert die Gesetzliche Krankenversicherung (seit 2002) auf freiwilliger Basis ihre Leistungen in der Primärprävention und betrieblichen Gesundheitsförderung.

Als Empfehlung und Ausblick wird formuliert, dass gute und Erfolg versprechende Initiativen im Settingansatz noch stärker gefördert werden sollten. Zusammenfassend wird hervorgehoben, dass auch in Zeiten knapper Kassen Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung auf der Agenda der GKV stehen und dass dies auch für andere Akteure und Finanziers wie die Länder und Kommunen gelten sollte (Gesamtgesellschaftliche Aufgabe).

GKV-Präventions- und Gesundheitsförderungsziele 2013-2018: Die 2012 weiter entwickelten und verabschiedeten Präventions- und Gesundheitsförderungsziele der GKV (siehe Abb. unten) berücksichtigen die seit 2007 gesammelten Erfahrungen mit Zielen, deren Umsetzung kontinuierlich über den kassenartenübergreifenden Präventionsbericht überprüft und dokumentiert werden soll.

Übersicht
Präventions- und Gesundheitsförderungsziele der GKV 2013-2018

Lebensweltbezogene Präventions- und Gesundheitsförderungsziele

Oberziel lebensweltbezogene Prävention
Verhütung von Krankheiten des Kreislaufsystems (Zielgruppen Kinder und Jugendliche)

Teilziel 1:
Die Zahl der mit multifaktoriell ausgerichteten verhaltens- und verhältnispräventiven Aktivitäten erreichten Kinder/Jugendlichen an Haupt-, Förder- und Berufsschulen ist erhöht.

Oberziel lebensweltbezogene Gesundheitsförderung
Ausschöpfung der gesundheitsfördernden Potenziale in der Lebenswelt von Kindern und Jugendlichen

Teilziel 1:
Aktive Mitwirkung der Krankenkassen in kommunalen Gremien der Gesundheitsförderung mit allen verantwortlichen Partnern (z. B. Bündnisse für Kindergesundheit).

Teilziel 2:
Zahl und Anteil der Haupt-, Förder- und Berufsschulen mit einem Steuerungsgremium für die Gesundheitsförderung sind erhöht.

Abb. 2: Präventions- und Gesundheitsförderungsziele der GKV 2013-2018

Bei den arbeitsweltbezogenen Präventions- und Gesundheitsförderungszielen werden als Oberziele der Prävention die Verhütung von Muskel-Skeletterkrankungen und von psychischen und Verhaltensstörungen formuliert. Als Oberziel für die Gesundheitsförderung

wird die Stärkung der gesundheitsfördernden Potenziale der Arbeitswelt mit bedarfsgerechter, nachhaltiger und partizipativer betrieblicher Gesundheitsförderung formuliert.

Empfehlung zur Zusammenarbeit zwischen der Bundesagentur für Arbeit (BA) und der GKV zum Thema Arbeitslosigkeit und Gesundheit (2012)

Seit 2012 schafft die Bundesagentur für Arbeit (BA) den Rahmen, um Prävention und Gesundheitsorientierung in ihre Beratungs-und Vermittlungsprozesse aufzunehmen; die GKV entwickelt den Rahmen für eine erleichterte Inanspruchnahme von Primärpräventionsmaßnahmen. Seit 2014 wird die Verzahnung von Arbeitsförderung und Gesundheitsförderung in einem Modellprojekt an 6 Standorten erprobt.

Ein weiterer Schritt in diese Richtung ist das Präventionsgesetz: Danach sollen die Krankenkassen bei „Leistungen für Personen, deren berufliche Eingliederung auf Grund gesundheitlicher Einschränkungen besonderes erschwert ist“ (§ 20a Abs. 1 SGB V), mit der Bundesagentur für Arbeit und den kommunalen Trägern der Grundsicherung für Arbeitsuchende eng zusammenarbeiten.

Empfehlung der kommunalen Spitzenverbände und der gesetzlichen Krankenversicherung zur Zusammenarbeit im Bereich der Primärprävention und Gesundheitsförderung in der Kommune (Berlin, 2013)

In der gemeinsamen Erklärung der kommunalen Spitzenverbände (Deutscher Städtetag, Deutscher Landkreistag und Deutscher Städte- und Gemeindebund) und der GKV werden der Schutz vor Krankheit und die Förderung der Gesundheit als gesamtgesellschaftliche Aufgaben bezeichnet. Es wird darauf verwiesen, dass wesentliche Determinanten der Gesundheit außerhalb der Einflussbereiche von Gesundheitspolitik und -versorgung im engeren Sinn liegen. Städte, Gemeinden und Landkreise hätten über die Gestaltung der Lebensbedingungen der Bürger großen Einfluss auf die Gesundheitschancen ihrer Bevölkerung. Die GKV wirke gemäß §1SGB V auf gesunde Lebensverhältnisse hin und solle nach §20, Abs.1, SGB V Satzungsleistungen zur Primärprävention vorsehen. Da Krankheiten und ihre Risikofaktoren in der Bevölkerung ungleich verteilt sind, sei Menschen in sozial benachteiligter Lage besonderes Augenmerk zu widmen. In der Kommune können alle Menschen in ihren alltäglichen Lebenszusammenhängen ohne Stigmatisierung mit Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Primärprävention erreicht werden. Bestehende überregionale Strukturen können zur Vernetzung genutzt und weiterentwickelt werden. Notwendig seien die gesundheitsförderliche Ausrichtung kommunaler Entscheidungen und Aktivitäten sowie die Zusammenarbeit mit weiteren verantwortlichen Akteuren und Partnern.

Vor diesem Hintergrund wird die Zusammenarbeit zur gemeinsamen gesundheitsfördernden Ausgestaltung von Lebensräumen gemäß dem Setting-Ansatz der Primärprävention und Gesundheitsförderung empfohlen.

Prävention und Gesundheitsförderung weiterentwickeln. Positionspapier des GKV-Spitzenverbandes (2013)

Im Positionspapier des GKV-Spitzenverbandes vom 27. Juni 2013 wird die Bedeutung von Prävention und Gesundheitsförderung für Wohlbefinden, Mobilität und Lebensqualität betont für alle Bürgerinnen und Bürger jeden Alters und aller sozialen Schichten. Angesichts der vorherrschenden nichtübertragbaren (meist chronischen) Krankheiten und des demografischen Wandels werde die Zurückdrängung von Risiken und Stärkung von Ressourcen immer bedeutender. Prävention und Gesundheitsförderung mussten als gesamtgesellschaftliche Querschnittsaufgaben verstärkt in die Lebensbereiche getragen und dort verankert werden. Das stärke auch die gesundheitliche Chancengleichheit. Handlungsbedarf zur Weiterentwicklung wird vor allem in folgenden Bereichen gesehen:

- Präventions- und Gesundheitsförderungsziele
- Präventionsorientierte Gestaltung von Rahmenbedingungen
- Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten
- Betriebliche Gesundheitsförderung
- Individuumsbezogene Prävention und Gesundheitsförderung
- Finanzierung
- Transparenz und Qualität der Leistungen

Leitfaden Prävention: Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung von § 20 und 20a vom 21.6.2000 in der Fassung vom 10. Dezember 2014

Der Leitfaden Prävention von 2014 geht besonders ein auf Grundlagen, die Präventions- und Gesundheitsförderungsziele für 2013-2018, den Settingansatz nach § 20 Abs. 1 SGB V und hier insbesondere auf Gesundheitsförderung in der Kommune, die Gesundheitsfördernde Kindertagesstätte und die Gesundheitsfördernde Schule. Für den Bereich der individuellen Prävention werden die Handlungsfelder Bewegungsgewohnheiten, Ernährung, Stressmanagement und Suchtmittelkonsum ausgeführt. Im Teil Betriebliche Gesundheitsförderung werden der betriebliche Gesundheitsförderungsprozess, Akteure im betrieblichen Gesundheitsmanagement und Gesundheitsförderung in Klein- und Kleinstbetrieben behandelt. Als Handlungsfelder werden die Beratung zur gesundheitsförderlichen Arbeitsgestaltung, gesundheitsförderlicher Arbeitsund Lebensstil sowie überbetriebliche Vernetzung und Beratung formuliert.

Präventionsberichte. Die jährlichen Präventionsberichte der GKV in Kooperation mit dem MDK erlauben eine Beurteilung der Entwicklung von „Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung“ und sind insofern ein wichtiges Monitoring-Instrument (Eigener Leitbegriff zu GKV und Gesundheitsförderung ist in Vorbereitung).

Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz) vom 17. Juli 2015, § 20

Das am 17. Juli 2015 verabschiedete Präventionsgesetz (finanzwirksam ab 2016) hat Regelungen für eine Vielzahl von Handlungsfeldern erlassen. Hauptadressat für Gesundheitsförderung und Prävention bleiben die Krankenkassen. Wichtige Grundlage ist weiterhin der § 20 SGB V mit den Erweiterungen durch das Gesetz. Dessen Inhalte werden im Leitbegriff **Präventionsgesetz** differenziert dargestellt und bewertet. Hier sei deshalb nur darauf hingewiesen, dass das Gesetz unterscheidet zwischen Primärprävention und Gesundheitsförderung (§ 20 Abs.1 SGB V) und zwischen den drei Leistungsarten Individuelle Verhaltensprävention, Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten sowie Leistungen der betrieblichen Gesundheitsförderung (§ 20a, Abs.4, SGB V). Nach § 20a, Abs.1, SGB V sollen die Krankenkassen insbesondere den Aufbau und die Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen fördern.

Neben der sozial bedingten Ungleichheit von Gesundheit soll durch die Leistungen fortan auch die geschlechtsbezogene Ungleichheit von Gesundheitschancen vermindert werden (§3, Abs.1, SGB V). Das Gesetz sieht eine deutliche Erhöhung der für Gesundheitsförderung und Prävention aufzuwendenden Mittel (vgl. auch **Finanzierung**) und den Aufbau einer Kooperations- und Koordinierungsstruktur vor. Zentral sind die gemeinsame nationale Präventionsstrategie mit bundeseinheitlichen trägerübergreifenden Rahmenempfehlungen, eine nationale Präventionskonferenz sowie ein nationales Präventionsforum, das diese berät. Auf Landesebene werden die Landesverbände der Krankenkassen, Ersatzkassen und Pflegekassen verpflichtet, Rahmenvereinbarungen mit der GUV, der GRV und mit den für das Land zuständigen Stellen zu schließen (§20f SGB V). Die Bundesagentur für Arbeit, die für den Arbeitsschutz zuständigen Landesbehörden und kommunalen Spitzenverbände wirken bei der Vorbereitung der Landesrahmenvereinbarungen mit.

Kritisch angemerkt wird, dass im Präventionsgesetz trotz der Fortschritte der Formulierung von Gesundheitsförderungs- und Präventionszielen und der Ausweitung der Aktivitäten in Lebenswelten ein großer Spielraum der Aktivitäten und Ausgaben für individuelle Verhaltensprävention bleibt und „die Verhältnisse“ in den Lebenswelten demgegenüber nicht ausreichend berücksichtigt sind. Individuelle Verhaltensprävention wird dem Auftrag der Verminderung sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheiten nicht gerecht. Individuenbezogene Maßnahmen wie „Kurse“ sind wenig erfolgversprechend, gesund-

heitsförderliche Gestaltung von Lebenswelten wirksamer. Aus gesamtgesellschaftlicher Sicht und aus Sicht der GKV ist es problematisch, dass weiterhin hauptsächlich die GKV und Versichertenbeiträge für eine auch und vor allem über Steuergelder zu finanzierende gesamtgesellschaftliche Aufgabe herangezogen werden (**Präventionsgesetz**).

Gesundheitsziele

Gesundheitsförderung auf der Bundesebene hat in den letzten 15 Jahren auch im Zusammenhang mit dem Gesundheitszieleprozess Auftrieb erhalten. Im Jahr 2000 war vom Gesundheitsministerium eine Konsensplattform zur Formulierung nationaler Gesundheitsziele eingerichtet worden. Dabei soll an nationalen und internationalen Initiativen, z. B. der WHO und einzelner deutscher Bundesländer, angeknüpft werden. Neben Zielen mit Krankheitsbezug sollten Ziele zu Gesundheitsförderung und Prävention, zu Bevölkerungs- und Altersgruppen und mit Bürger- und Patientenorientierung formuliert werden, die als Empfehlungen an die Gesundheitspolitik zu verstehen sind. Bis 2017 wurden neun nationale Gesundheitsziele formuliert und konsentiert (**Gesundheitsziele**).

Eine neue Bedeutung erhalten Gesundheitsziele im Rahmen des 2015 verabschiedeten Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz): Im Oktober 2015 konstituierte sich die nationale Präventionskonferenz als Arbeitsgemeinschaft der gesetzlichen Spitzenorganisationen von Kranken-, Unfall-, Renten- und Pflegeversicherung. Sie verabschiedete erstmals im Februar 2016 Bundesrahmenempfehlungen für eine nationale Präventionsstrategie. Als gemeinsame Ziele wurden „gesund aufwachsen“, „gesund leben und arbeiten“ sowie „gesund im Alter“ definiert.

Sachverständigenrat (SVR) für die Begutachtung im Gesundheitswesen

Besondere Bedeutung für die Diskussion und Stärkung von Gesundheitsförderung und Prävention hatte das Gutachten des Sachverständigenrats für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2000/2001) „Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit“ erhalten. Im ersten Band des Gutachtens (Zielbildung, Prävention, Nutzerorientierung und Partizipation) wurde die Optimierung des Systems durch Gesundheitsförderung und Prävention gefordert. Gesundheitsförderung wird als Ansatz der Stärkung bzw. Vermehrung der Ressourcen bezeichnet, der sich nicht nur auf Prävention beschranken lasse, sondern funktionell in allen Bereichen der Gesundheitsversorgung zu verorten sei. Der Rat ging davon aus, dass Investitionen in die Krankheitsverhütung einen höheren gesundheitlichen Nutzen durch Verlängerung der Lebensdauer und Verbesserung der Lebensqualität bewirken und Einsparungen in Höhe von 25 bis 35 Prozent der heutigen Gesundheitsausgaben ermöglichen wurden. Im Gutachten wird die Vielzahl der Akteure der Gesundheitsförderung und Prävention in Deutschland beschrieben, weiterhin die fehlende Transparenz der Angebote,

unbesetzte Felder und Überschneidungen und ein Übergewicht von individuenbezogenen gegenüber kontextbezogenen Maßnahmen.

Der Rat empfahl, sich in Zukunft stärker auf kontextbezogene Interventionen nach dem Settingansatz zu orientieren, v.a. in den Settings Schule und Betrieb. Im Gesundheitswesen sollten die Gesundheitsfördernden Krankenhäuser in Anlehnung an Projekte der betrieblichen Gesundheitsförderung evaluationsgestutzt weiterentwickelt werden. Das Gutachten widmete sich auch der **Qualitätssicherung und dem Qualitätsmanagement** und sah die schwierige Herausforderung der Entwicklung von Methoden, Instrumenten und Verfahren, die die Qualität der Interventionen besser in Richtung auf das Ziel der **Evidenzbasierung** abbilden und beeinflussen, ohne zur Fessel einer kreativen Weiterentwicklung von populations- und settingbezogenen Interventionen zu werden.

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen hat seine grundlegende Stellungnahme und Empfehlung zur Prävention und Gesundheitsförderung von 2000/2001 in den folgenden Jahren erneuert, ergänzt und spezifiziert in den weiteren SVR-Gutachten, die als Begründung für den Ausbau von Prävention und Gesundheitsförderung gesehen und genutzt worden sind:

- 2005: Koordination und Qualität im Gesundheitswesen (Kapitel 4: Strategien der Primärprävention, partizipative Entwicklung gesundheitsförderlicher Settings)
- 2007: Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung (Kapitel 6: Primärprävention in vulnerablen Gruppen) sowie im
- Sondergutachten 2009: Koordination und Integration - Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens (Kapitel 3.3: Programme zur nichtmedizinischen Prävention und Gesundheitsförderung)

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

Die Bundeszentrale für **gesundheitliche Aufklärung** besteht seit 1967 und ist eine Fachbehörde im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG). Im dem Errichtungserlass wurde der BZgA die Koordinierung und Verstärkung **der Gesundheitserziehung und -aufklärung**, die Erarbeitung von inhaltlichen und methodischen Grundsätzen und Richtlinien, die Aus- und Fortbildung der auf diesen Gebieten Tätigen sowie die Zusammenarbeit mit dem Ausland zugewiesen.

Besondere Aufgaben erhielt die BZgA durch folgende Programme und Gesetze:

- das Aids-Sofortprogramm der Bundesregierung seit 1987 für die Aidsprävention
- die Aktionspläne „Drogen und Sucht“ der Drogenbeauftragten der Bundesregierung seit 1990 für die Suchtprävention
- die Sexualaufklärung, Verhütung und Familienplanung nach dem Schwangerschaftskonfliktgesetz von 1992 (mit Fachaufsicht beim Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend)
- die Organspende nach dem Transplantationsgesetz von 1997
- die Blut- und Plasmaspende nach dem Transfusionsgesetz von 1998
- Präventionsgesetz 2015
- Nationale Aufklärungs- und Kommunikations strategie zu Diabetes mellitus 2016
- Nationales Aktionsbündnis Wiederbelebung" (NAWIB) 2016

Seit 2007 unterstützt das Nationale Zentrum **Frühe Hilfen** (NZFH) im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) die Fachpraxis. Träger des NZFH sind die BZgA und das Deutsche Jugendinstitut (DJI), Sitz des NZFH ist Köln.

Weitere lebensphasenbegleitende, zielgruppenorientierte Aufklärungsfelder mit besonderer gesundheitlicher Priorität sind die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen (Früherkennungsuntersuchungen, Impfungen, Ernährung-Bewegung-Stressregulation), Frauen und Männern, Älteren sowie Menschen mit Migrationshintergrund. Online-Angebote der BZgA sind i.d.R. barrierefrei (d.h. für Menschen mit Seh- und Hörstörungen nutzbar), Basisinformationen für Leseungewohnte sind in leichter Sprache verfügbar. Die BZgA nimmt auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung in ihrer Aufklärungsfunktion sowohl Informations- und Kommunikationsaufgaben als auch Qualitätssicherungsaufgaben in ihrer Clearing- und Koordinierungsfunktion wahr. In Zusammenarbeit mit Kooperationspartnern werden Kampagnen (**Gesundheitskommunikation und Kampagnen**) zu Themenfeldern mit besonderer Priorität durchgeführt. In der Qualitätssicherung erarbeitet sie wissenschaftliche Grundlagen, entwickelt Leitlinien und erstellt Marktübersichten zu ausgewählten Bereichen. In diesen Bereichen werden auch Forschungsprojekte durchgeführt, Expertisen und Studien in Auftrag gegeben und veröffentlicht sowie Tagungen zu aktuellen Themen der gesundheitlichen Aufklärung und Gesundheitsförderung durchgeführt.

2008 empfahl der Wissenschaftsrat im Rahmen einer Prüfung der Ressortforschungseinrichtungen des Bundes, die BZgA zu einem international wettbewerbsfähigen Kompetenzzentrum für Prävention in Deutschland weiterzuentwickeln.

Mit dem Präventionsgesetz von 2015 wurde der BZgA ein zusätzlicher Handlungsbereich übertragen. Nach § 20a Abs. 3 SGB V hat der GKV-Spitzenverband die BZgA mit der „Unter-

stützung der Krankenkassen bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten“ beauftragt. Der Auftrag gilt insbesondere für die „Entwicklung der Art und der Qualität krankenkassenübergreifender Leistungen, deren Implementierung und deren wissenschaftlicher Evaluation“. Gegen diese Beauftragung der BZgA hat der GKV-Spitzenverband Klage beim Landessozialgericht Berlin eingereicht (**Präventionsgesetz**). Die BZgA führt den Auftrag seit Sommer 2016 durch.

GKV-Bündnis für Gesundheit. Die GKV hat im Rahmen der Beauftragung der BZgA das GKV-Bündnis für Gesundheit als eine gemeinsame Initiative der gesetzlichen Krankenkassen zur Weiterentwicklung und Umsetzung von Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten gegründet. Das Bündnis fördert dabei u.a. Strukturaufbau und Vernetzungsprozesse, die Entwicklung und Erprobung gesundheitsfördernder Konzepte, insbesondere für sozial und gesundheitlich benachteiligte Zielgruppen, sowie Maßnahmen zur Qualitätssicherung und wissenschaftlichen Evaluation.

Der GKV-Spitzenverband hat im Rahmen seiner Beauftragung eine Vereinbarung mit der BZgA abgeschlossen. Gegenstände dieser Vereinbarung sind insbesondere:

- Konzeptentwicklung und -erprobung von Gesundheitsförderung zur nachhaltigen Implementierung für vulnerable Zielgruppen
  (u.a. Kinder aus suchtbelasteten und Kinder aus psychisch belasteten Familien, ältere Menschen, Alleinerziehende, behinderte Menschen)
- Literaturrecherchen zu evidenzbasierten Interventionsmöglichkeiten in Lebenswelten
- empirische Begleitung und Evaluation von Setting-Projekten auf Bundes- und Landesebene
- Entwicklung von Schulungskonzepten sowie Durchführung von Schulungen für Setting-Verantwortliche
- Qualitätssicherungsaufgaben
- Entwicklung von Wissens- und Informationsplattformen
- Unterstützung von Vernetzungsprozessen
- weitere Forschungsaufträge nach GKV-Bedarf.

Besondere Schwerpunkte setzt das GKV-Bündnis dabei in der Unterstützung der Kommunalen Ebene, der Verzahnung von Arbeits- und Gesundheitsförderung sowie der Stärkung der wissenschaftlichen Grundlagen und Qualitätssicherung.

Bundesvereinigung für Prävention und Gesundheitsförderung (BVPG)

Die BVPG wurde 1954 als Bundesausschuss für gesundheitliche Volksbelehrung e.V. gegründet, hieß von 1969-1992 Bundesvereinigung für Gesundheitserziehung e.V. , von

1992-2007 Bundesvereinigung für Gesundheit e.V., seither Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung. Die gemeinnützige, politisch und konfessionell unabhängige Vereinigung hat z. Zt. 133 Mitgliedsorganisationen, z. B. Verbände des Gesundheitswesens, Verbände der Heil- und Gesundheitsberufe, Bildungseinrichtungen. Auch die Landesvereinigungen für Gesundheit sind Mitglieder der BVPG. Ihr Ziel ist, Prävention und Gesundheitsförderung nicht nur im Gesundheitswesen, sondern in allen Politik und Lebensbereichen zu verankern. Sie hat Aufgaben der Koordination und Vernetzung im gesundheitspolitischen Bereich und einen Schwerpunkt in der Gremienarbeit. Sie entwickelt und verabschiedet Stellungnahmen und organisiert seit 2010 Statuskonferenzen zu prioritären und aktuellen Themen der Prävention und Gesundheitsförderung. Die BVPG hat durch das Präventionsgesetz neue Aufgaben bekommen. Sie organisiert das Nationale Präventionsforum.

Strategien, Programme und Projekte auf der Ebene der Länder und der Kommunen

Gesundheitsförderung(-spolitik) auf der Ebene der Bundesländer

Die Zuständigkeit für Gesundheits(förderungs)politik liegt in den Ländern bei den Sozial- bzw. - wo vorhanden - Gesundheitsministerien. Die Abstimmung der Länder untereinander und mit der Gesundheitspolitik des Bundes erfolgt über die Gesundheitsministerkonferenz (GMK), für den Bildungsbereich über die Kultusministerkonferenz *(KMK)*.

Für die Akzeptanz und Entwicklung der Gesundheitsförderung auf der Ebene der Länder war die Entschließung der für das Gesundheitswesen zuständigen Ministerinnen und Minister sowie Senatorinnen und Senatoren der Länder von 1991 über Möglichkeiten zur Gesundheitsvorsorge, Krankheitsverhütung und Gesundheitsförderung in der Bundesrepublik Deutschland von herausgehobener Bedeutung.

Die GMK war sich darin einig, dass präventive Gesundheitspolitik in den letzten Jahren eine vordringliche Bedeutung gewonnen habe. Sie hielt es für erforderlich, dass die Begrenzungen der traditionellen Handlungsfelder überwunden und diese durch Maßnahmen der Gesundheitsförderung ergänzt werden. Diese GMK-Entschließung wurde zum Bezugsdokument und zur Legitimationsgrundlage für die Gesundheitsförderung in den Ländern und insbesondere im Öffentlichen Gesundheitsdienst, dem sie eine besondere Verantwortung für die Gesundheitsförderung zuwies.

In zahlreichen weiteren Entschließungen seither hat sich die GMK zu Fragen und Prioritäten der Gesundheitsförderung und Prävention zustimmend und fordernd geäußert. In den letzten Jahren waren besonders die folgenden Entschließungen relevant:

2010(83. GMK):	Unterstützung des nationalen Gesundheitsziels „Gesund aufwachsen“
2011(84. GMK):	Gesundheitsförderung und Prävention: Aufforderung an die Bundesregierung , gemeinsam mit den Ländern Prävention und Gesundheitsförderung nachhaltig in allen Politikfeldern und Lebensbereichen fest zu verankern
2012(85.GMK):	Umsetzung des nationalen Gesundheitsziels „Gesund älter werden“; Unterstützung des nationalen Gesundheitszieleprozesses
2013(86. GMK):	Stärkung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD)
2014(87. GMK):	Gesundheitsförderung und Prävention. Unterstützung des Kommunalen Partnerprozesses gesund aufwachsen für alle
2015(88. GMK):	Unterstützung des nationalen Gesundheitszieleprozesses. Bericht zur Umsetzung und Evaluation von gesundheitsziele.de
2016(89. GMK):	Perspektiven zur Stärkung des ÖGD (u.a. Gesundheitsförderung und Prävention)

Der Bundesrat, die Länderkammer im deutschen föderativen politischen System, hatte auf Initiative des Saarlandes im Mai 2002 eine Entschließung zum Stellenwert der Prävention und Gesundheitsförderung in der Gesellschaft verabschiedet. Prävention und Gesundheitsförderung werden darin als gesamtgesellschaftliche Aufgaben bezeichnet, zu denen sich die Politik bekennen und die gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen schaffen müsse. Dem müsse auch ein neues Finanzierungskonzept entsprechen.

Der Bundesrat hat sich wiederholt in diesem Sinne geäußert und in mehreren Stellungnahmen/ Beschlüssen der letzten Jahre (2012/2013/2014/2015/2016) ein Bundes-, Präventions- und Gesundheitsförderungsgesetz sowie Inhalte angemahnt, die der gesamtgesellschaftlichen Aufgabe in der Anlage und auch in der Finanzierung gerecht werden, d.h. über die GKV hinausgehen. Es wird gefordert, den gesundheitswissenschaftlichen Erkenntnissen zu entsprechen und über vorrangig individuen- und verhaltensbezogene Angebote hinaus gesundheitsförderliche Lebensbedingungen zu schaffen und Gesundheitsförderung und Prävention im Alltag, in den Lebenswelten zu verankern und darüber auch vulnerable und benachteiligte Gruppen zu beteiligen.

Länderstrategien und Programme, Koordination und Steuerung: Auf Länderebene haben die Bundesländer eigene Gesundheitsstrategien, Gesetze, Programme und Gesundheitsziele verabschiedet, auch für den öffentlichen Gesundheitsdienst und zur intersektoralen Kooperation und Koordination, z. B. der Pakt für Prävention Hamburg oder die Gesundheitsstrategie „ Baden-Württemberg gesund in allen Lebensphasen und Lebenswelten.

Koordination, Steuerung und Integration. In Nordrhein-Westfalen wurde schon 1991 eine Landesgesundheitskonferenz gegründet, die zusammen mit den kommunalen Gesundheitskonferenzen im Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst verankert worden ist. Inzwischen haben sich Runde Tische, Gesundheitskonferenzen und andere Koordinationsgremien auf der Ebene der Länder und Kommunen verbreitet (**Gesundheitskonferenzen**). Auf der Ebene der Regionen haben sich Modelle und Beispiele der **Integrierten regionalen Versorgung** etabliert, bei denen Gesundheitsförderung und Prävention Teil der gesundheitlichen Gesamtversorgung einer Bevölkerung sind (z. B. Gesundes Kinzigtal in Baden-Württemberg).

Öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD). In den Ländergesetzen zur Öffentlichen Gesundheit, die nach und nach das Vereinheitlichungsgesetz von 1934 abgelöst haben, ist Gesundheitsförderung als wichtige Aufgabe des öffentlichen Gesundheitsdienstes und seiner Gesundheitsämter bzw. -dezernate gesetzlich festgelegt (**Gesundheitsförderung im Öffentlichen Gesundheitsdienst**). In den Landesgesetzen für den ÖGD werden die meisten für kommunale Gesundheitsförderung wichtigen Basisaufgaben den Gesundheitsämtern zugewiesen (**Gesundheitsförderung 8: Bewertung und Perspektiven**).

In fast allen Bundesländern gibt es inzwischen Landesvereine und -zentralen für Gesundheit und Gesundheitsförderung, die sich überwiegend seit Ende der 1980er-Jahre aus den früheren Landeszentralen für Gesundheitserziehung entwickelt und umbenannt haben. Sie vereinen ein breites Spektrum von Mitgliedern. Ihr zentraler Aufgabenbereich ist die Anregung, Unterstützung und Koordination von Gesundheitsförderung über Veranstaltungen, Fortbildungen, Projekte und Materialien. Sie sind Nichtregierungsorganisationen, in ihrer Mehrzahl jedoch überwiegend von den Ländergesundheitsministerien/Senaten finanziell gefördert.

Die im Rahmen des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit entstandenen Koordinierungsstellen Gesundheitliche Chancengleichheit (KGC) sind in der Regel den jeweiligen Landesvereinigungen angegliedert und erweitern die Aktivitäten zur gesundheitlichen Chancengleichheit in die Länder. Die KGC sind bisher z.T. prekär ausgestattet und finanziert. Es wird erwartet, dass sie in der Umsetzung des Präventionsgesetzes konsolidiert werden und die Prävention und Gesundheitsförderung in den Lebenswelten unterstützen.

Gesundheitsförderung auf der kommunalen Ebene

Auf der kommunalen Ebene der Gesundheitsförderung hatten sich schon seit 1986 auch deutsche Städte am Gesunde-Städte-Projekt der Weltgesundheitsorganisation beteiligt und wurden Mitglieder im internationalen WHO-Netzwerk Healthy Cities. 1989 wurde ein deutsches nationales Gesunde-Städte-Netzwerk und ein Gesunde-Städte-Sekretariat eingerichtet. Mitte 2016 waren 76 Städte, Kreise und Bezirke Mitglied im deutschen Netzwerk (**Gesundheitsförderung und Gesunde/Soziale Stadt**).

Auf der kommunalen Ebene sind auch die meisten Aktivitäten der Gesundheitsförderung im Rahmen des öffentlichen Gesundheitsdienstes, der Gesundheitsämter und anderen Gesundheitsbehörden der unteren Verwaltungsebene angesiedelt, denen in der GMK-Entschließung von 1991und in den Ländergesetzen zum öffentlichen Gesundheitsdienst besondere Bedeutung zugewiesen wird. (Die GMK hat diese Bedeutung zuletzt in ihren Entschließungen von 2013 und 2016 erneut hervorgehoben und Perspektiven aufgezeigt.) Wichtige Aufgaben der kommunalen Gesundheitsförderung im Rahmen der Gesundheitsämter sind die Kooperation und Koordination der Akteure und Angebote, jedoch auch eigene Aktivitäten und Projekte, die sich insbesondere auch an sozial benachteiligte und an „schwer erreichbare“ Zielgruppen richten. In vielen Kommunen sind (unter Beteiligung des ÖGD) Kooperations- und Koordinationsgremien wie Gesundheits(förderungs)Konferenzen, Runde Tische, (Regionale) Arbeitsgemeinschaften, Gesundheitsforen etc. entstanden. Die Gemeinden und Stadtteile sind auch der Rahmen für die überschaubare und „alltägliche“ Lebenswelt, in der freie Initiativen und **Selbsthilfeaktivitäten** der Gesundheitsförderung angesiedelt sind (**Gesundheitskonferenzen**).

In den letzten Jahren wurde in der kommunalen Gesundheitsförderung die Zusammenarbeit mit Akteuren und Aktivitäten der Lokalen Agenda 21 und des Bundesprogramms der Sozialen Stadt vielversprechend weiterentwickelt. Diese Kooperation ist aber noch auszubauen, ebenso wie die Verknüpfung von Gesunder und Sozialer Stadt zur „Gesunden sozialen Stadt“, Ansätze der Gemeinwesenarbeit, des Quartiersmanagements und der **Partizipation und Beteiligung von Bürgerinnen und Bürgern**, (**Gesundheitsbezogene Gemeinwesenarbeit**, **Nachhaltigkeit und nachhaltige Gesundheitsförderung**). Gesundheitsförderung im Quartier ist auch ein Leitthema des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit. Im 2010 und 2014 überarbeiteten Leitfaden Prävention des GKV-Spitzenverbandes wird das Setting Kommune/Stadtteil als besonders geeignet und förderungswürdig erklärt und konkretisiert.

Seit 2011 sind über den „Kommunalen Partnerprozess gesund aufwachsen für alle“ neue Entwicklungen angestoßen worden über den Auf- und Ausbau von Integrierten kommunalen Gesundheitsstrategien/Präventionsketten zur Armutsprävention und Aufwachsen in

Wohlergehen nach dem Vorbild des Netzwerks für Familien/Dormagener Präventionskette (NRW).

Im Rahmen des Kommunalen Partnerprozesses ist auch inforo-online entstanden, ein gemeinsames Portal zur Umsetzung der „Bundesinitiative Frühe Hilfen“ und zum kommunalen Partnerprozess „gesund aufwachsen für alle“. Es bündelt Wissen und Erfahrungen aus den Kommunen und bietet die Möglichkeit zum Erfahrungsaustausch. Kommunale „Präventionsketten“ insbesondere zum gesunden Aufwachsen wurden und werden inzwischen in Kommunen mehrerer Bundesländer aufgebaut (in Hamburg: Gesundheitsförderungs- und Präventionsketten).

In Niedersachsen wurde 2016 von der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V. das Projekt „Präventionsketten in Niedersachsen - Gesund aufwachsen für alle Kinder“ begonnen. In einem Zeitraum von sechseinhalb Jahren sollen in bis zu 38 niedersächsischen Kommunen „Präventionsketten für ein gelingendes Aufwachsen in gemeinsamer Verantwortung“ aufgebaut werden. Das Projekt wird unter der Schirmherrschaft der niedersächsischen Ministerin für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung von der Landesvereinigung durchgeführt und von der Auridis Stiftung mit einem erheblichen Betrag finanziell gefördert.

Seit Mitte der 1980er-Jahre hat auch eine vielfältige Entwicklung der Gesundheitsförderung in weiteren Settings/Lebenswelten und Bereichen wie der Schule, der Hochschule, der Betriebe und des Gesundheitswesens stattgefunden, die ausführlich in eigenen Leitbegriffen zu Gesundheitsförderung und Schule, Hochschule, Betrieb und Krankenhäusern/ Gesundheitseinrichtungen dargestellt wird.

Neu hinzugekommen ist seit der Jahrtausendwende insbesondere die verstärkte Gesundheitsförderung im Setting Kindertageseinrichtungen (**Gesundheitsförderung und Kindertageseinrichtungen**). Es ist zu erwarten, dass durch das Präventionsgesetz (2015) Gesundheitsförderung und Prävention verstärkt auch in Settings der Pfl ege verankert wird (**Gesundheitsförderung und Prävention in der Pflege**).

2015 haben der Bundestag und der Bundesrat im vierten Anlauf das „Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (**Präventionsgesetz**)“ verabschiedet, das am 1.1. 2016 in Kraft trat.

Bewertung und Ausblick

Die stark zusammengefasste und dennoch sehr umfangreiche Darstellung der vielfältigen Aktivitäten der zahlreichen Akteure auf den verschiedenen Ebenen der Gesundheitsförderung in Deutschland macht deutlich, dass es inzwischen ein beachtliches Engagement auf allen Ebenen und in vielen Handlungsfeldern gibt. Es wird jedoch auch deutlich, dass die

vielen Aktivitäten oft noch nicht abgestimmt und schwer zu überschauen sind. Die Schwächen des deutschen Gesundheitswesens, die wenig systematische Prioritätensetzung und Planung, fehlende Transparenz, fehlende Vernetzung und Koordination der vielen Akteure und Angebote sowie das damit verknüpfte Vorhandensein von Versorgungslücken und -überschneidungen gelten auch für die Gesundheitsförderung. Was auffällt, ist ein Anwachsen der Setting-/Lebensweltprojekte und -netzwerke der Gesundheitsförderung. Dies ist eine erfreuliche Entwicklung. Es ist aber insofern problematisch, als Projekte immer zeitlich begrenzt sind und somit die Finanzierung der Gesundheitsförderung in Deutschland trotz vieler Fortschritte noch häufi g vorübergehend, weil einzelprojektbezogen, erfolgt, wenn auch vermehrt versucht wird, nachhaltiger zu intervenieren und zu finanzieren. Erfreulicherweise gibt es in einigen Bereichen vermehrte Programm- und Akteurskoalitionen und Kooperationsverbünde. Hier scheint es ansatzweise zu gelingen, auch neue Partnerschaften zu schließen und Gesundheitsförderung über Programme umfassender und längerfristig zu fördern.

Insgesamt ist es jedoch bisher trotz partieller Fortschritte durch das Präventionsgesetz von 2015 nicht gelungen, eine nachhaltige Finanzierung der Gesundheitsförderung im umfassenden, über die Sozialversicherung hinausreichenden Sinn aufzubauen. Es besteht weiterhin ein starkes Missverhältnis zwischen (unverbindlichen) Diskussionsrunden und -foren sowie deren Stellungnahmen und Entschließungen etc., in denen in bemerkenswerter Übereinstimmung der Ausbau der Gesundheitsförderung (und Prävention) als gesamtgesellschaftliche Aufgabe und HiAP-Ansatz befürwortet wird, und der tatsächlich vorhandenen Infrastruktur und Finanzierung. Der Anteil der Ausgaben für Gesundheitsförderung an den öffentlichen Gesamtausgaben für Gesundheit ist weiter verschwindend gering. Kommerzielle Angebote der Gesundheitsförderung nehmen zu - und damit private Finanzierung. Viele der vorhandenen Netzwerke und Arbeitsgemeinschaften/ Vereinigungen haben keinen politischen Auftrag und verfügen nicht über die nötigen Ressourcen.

Es fällt auf, dass die Diskussion über Gesundheitsförderung in vielen Fällen im Windschatten der politisch leichter vermittelbaren Prävention mitgeführt wird. Teilweise ist Gesundheitsförderung als der ressourcenorientierte Teil einer „modernen“ Prävention stillschweigend mitgemeint, wenn davon gesprochen wird, die Prävention in Deutschland auf- und auszubauen. Manchmal geht sie jedoch auch neben der Prävention verloren. Die Entwicklung seit 2000 ist gekennzeichnet durch eine Vielzahl unterschiedlicher Initiativen, die alle den Ausbau der Gesundheitsförderung und v.a. der Prävention in Deutschland befürworten. Sie stimmen auch darin überein, dass Gesundheitsförderung nicht weiter an die Gesetzliche Krankenversicherung mit ihren eingeschränkten Möglichkeiten delegiert werden kann, sondern eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe ist, für die über eine gesetzliche Regelung geeignete Rahmenbedingungen und Finanzierungswege zur Verfügung gestellt werden müssen.

Mit dem Präventionsgesetz von 2015 wurde nach mehreren gescheiterten Anläufen erstmals eine gesetzliche Grundlage für Gesundheitsförderung und Prävention geschaffen und der Aufbau einer Kooperations- und Koordinierungsstruktur vorgesehen (Nationale Präventionsstrategie, Nationale Präventionskonferenz, Präventionsbericht, Einigung auf Gesundheitsziele). Das Gesetz stützt sich weiterhin auf die GKV, bezieht aber in geringem Umfang erstmals auch weitere Sozialversicherungszweige - SPV, GUV und GRV- sowie den Arbeitsschutz ein. Es bleibt aber sozialversicherungszentriert und entspricht insofern nicht den Anforderungen an Gesundheitsförderung als gesamtgesellschaftliche Aufgabe und der Health in All Policies-Strategie. Dennoch stellt das Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention einen Fortschritt dar und bietet neue Chancen, Perspektiven und finanzielle Ressourcen für eine verbesserte Zielorientierung und Koordination von wichtigen Akteuren. Inwieweit diese realisiert werden und Gesundheitsförderung tatsächlich in den Lebenswelten ankommt und gesundheitliche Ungleichheiten vermindert werden, wird insbesondere der erste Präventionsbericht (01.07.2019) klären.

Die Gesamtsituation der Gesundheitsförderung und Prävention ist daher weiter geprägt durch die Fragmentierung der Akteure und Zuständigkeiten, die Heterogenität der Interessen sowie die unzureichende Koordinierung der Handlungsebenen und Akteure. Gesundheitliche Chancengleichheit und die Notwendigkeit der Bekämpfung der gesundheitlichen Ungleichheit als Voraussetzung der Gesundheit für alle durch Gesundheit in allen Politikbereichen (Health for all - Health in all policies) ist in den letzten 15 Jahren zu einem Schwerpunkt und Ziel vieler Akteure, Programme und Initiativen geworden. Sie erfordert eine an den sozialen und politischen **Determinanten** orientierte **gesundheitsfördernde Gesamtpolitik**.

Eine Gesamtstrategie für Gesundheitsförderung als gesamtgesellschaftliche Aufgabe in allen Politikbereichen steht in Deutschland weiterhin als offener Punkt auf der Tagesordnung.

Literatur:

Altgeld T, Prävention. Eine Spielwiese für Einzelaktivitäten heterogener Akteure? In: Gesundheit und Gesellschaft - Wissenschaft 12 (2), 2012, 7 -15;

Blättner B/ Waller H, Gesundheitswissenschaft, Stuttgart 2011;

Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz (2015), Heft 9 Schwerpunkt Health Literacy / Gesundheitskompetenz

Bundesministerium für Gesundheit (Hg.) (2017) Allianz für Gesundheitskompetenz. Gemeinsame Erklärung des Bundesministeriums für Gesundheit, der Spitzenorganisationen im Gesundheitswesen und des Vorsitzlandes der Gesundheits-ministerkonferenz der Länder. www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/

3_Downloads/E/Erklaerungen/Allianz_fuer_Gesundheitskompetenz_Abschlusserklaerung.pdf

Bundesverband Deutscher Stiftungen (Hg.), Stiftungsreport 2014. Gesundheit fördern, Berlin 2014;

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.)/Walter U/Koch U (Gast-Hg.), Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland. Konzepte, Strategien und Interventionsansätze der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung Sonderband 1, Köln 2015;

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.), Gesamtprojektbericht Kooperations- und Forschungsprojekt. Gesundheitsförderung in Lebenswelten- Entwicklung und Sicherung von Qualität, Köln 2015;

Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.) (2015). Health Literacy/Gesundheitsförderung - Wissenschaftliche Definitionen, empirische Befunde und gesellschaftlicher Nutzen. Dokumentation des Werkstattgesprächs mit Hochschulen am 5. November 2015 in Köln. Gesundheitsförderung Konkret Band 20. Köln BZgA

Geene, R/Reese M, Handbuch Präventionsgesetz. Neuregelung der Gesundheitsförderung, Frankfurt 2016;

Gerlinger T et al (Hg.), Politik für Gesundheit. Fest- und Streitschriften zum 65. Geburtstag von Rolf Rosenbrock, Bern 2010;

Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention (Präventionsgesetz-PrävG) vom 17. Juli 2015.BGBl.2015 I Nr.31,1368;

GesundheitsAkademie e.V. (Hg.), Gesundheit gemeinsam gestalten - Allianz für Gesundheitsförderung, Frankfurt a. M. 2001;

GKV-Spitzenverband, Leitfaden Prävention, Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung von § 20 und 20 a SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 27. August 2010, Berlin 2010;

GKV-Spitzenverband, Prävention und Gesundheitsförderung weiterentwickeln. Positionspapier des GKV-Spitzenverbandes beschlossen vom Verwaltungsrat am 27. Juni 2013;

GKV-Spitzenverband, Leitfaden Prävention, Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung von § 20 und 20 a SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 10. Dezember 2014; Berlin 2014;

GKV-Spitzenverband et al, Bundesrahmenempfehlungen der Nationalen Präventionskonferenz nach § 20d Abs.3 SGB V, verabschiedet am 19.02.2016;GKV-Spitzenverband, Leitfaden Prävention, Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung von § 20 und 20 a SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 27.November 2017; Berlin 2017;

Göpel E/Gesundheitsakademie e.V. (Hg.), Nachhaltige Gesundheitsförderung. Gesundheit gemeinsam gestalten. Band 4, Frankfurt a. M. 2010;

Hurrelmann K/Klotz T/Haisch J (Hg.), Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung, Bern 2014;

Kilian, H/Lehmann F/Richter-Kornweitz A/Kaba-Schönstein L/Mielck A, Gesundheitsförderung in den Lebenswelten gemeinsam stärken. Der Kooperationsverbund „Gesundheitliche Chancengleichheit“, in: Bundesgesundheitsblatt 59, 2016, 266-273;

Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (Hg.), Gute Praxis für gesundheitliche Chancengleichheit. Die Good Practice-Kriterien und Praxisbeispiele, in: Kuhn J, Prävention in Deutschland - eine Sisyphosgeschichte. Gesundheit und Gesellschaft - Wissenschaft 13 (3), 2013, 22 -30;

Kuhn J/Heyn M, (Hg.), Gesundheitsförderung durch den öffentlichen Gesundheitsdienst, Bern 2015;

Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS)/GKV-Spitzenverband, Präventionsbericht 2010, Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung. Berichtsjahr 2009, Essen/Berlin 2010;

Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS)/GKV-Spitzenverband, Präventionsbericht 2015, Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung. Berichtsjahr 2014, Essen/Berlin 2015;

Naidoo J/Wills J, Lehrbuch der Gesundheitsförderung. Überarbeite, aktualierte und durch Beiträge zum Entwicklungsstand in Deutschland erweiterte Neuaufl age, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.), Köln/Werbach-Gamburg 2010;

Robert Koch-Institut (Hg.), Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. Berlin 2015;

Rosenbrock R, Primäre Prävention, Berlin 2007;

Rosenbrock R/Gerlinger T, Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung. Bern 2014;

Schwartz FW, Public Health. Gesundheit und Gesundheitswesen, München 2012;

Stöckel S/Walter U (Hg.), Prävention im 20. Jahrhundert - Historische Grundlagen und aktuelle Entwicklungen in Deutschland, Weinheim/München 2002;

Trojan A/Legewie H, Nachhaltige Gesundheit und Entwicklung, Frankfurt a. M. 2001

Internetadressen:

www.bundesgesundheitsministerium.de
www.bundesrat.de
www.bundestag.de
www.bvpraevention.de (Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. [BVPG])
www.bzga.de
www.euro.who.int/en/who-we-are/policy-documents
www.gesundheitsfoerdernde-hochschulen.de (Basiswissen Gesundheitsförderung/Historische Entwicklung)
www.gesundheitsziele.de
www.gkv-spitzenverband.de
www.gmkonline.de

www.svr-gesundheit.de (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen)
www.who.int/healthpromotion

Verweise:

Akteure, Angebote und Strukturen, Alter(n) und Gesundheitsförderung, Determinanten von Gesundheit, Diversity und Diversity Management / Vielfalt gestalten, Evidenzbasierte Gesundheitsförderung, Finanzierung der Gesundheitsförderung, Frühe Hilfen, Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Gender Mainstreaming, Gesundheitliche Aufklärung und Gesundheitserziehung, Gesundheitliche Chancengleichheit, Gesundheitsberichterstattung, Gesundheitsbezogene Gemeinwesenarbeit, Gesundheitsbildung, Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik / Healthy Public Policy, Gesundheitsförderung 1: Grundlagen, Gesundheitsförderung 2: Entwicklung vor Ottawa 1986, Gesundheitsförderung 3: Entwicklung nach Ottawa, Gesundheitsförderung 4: Europäische Union, Gesundheitsförderung 8: Bewertung und Perspektiven, Gesundheitsförderung im Kindesalter, Gesundheitsförderung und Betrieb, Gesundheitsförderung und Gesunde / Soziale Stadt / Kommunalpolitische Perspektive, Gesundheitsförderung und Integrierte Versorgung, Gesundheitsförderung und Kindertageseinrichtungen, Gesundheitsförderung und Migrationshintergrund, Gesundheitsförderung und Pflege, Gesundheitsförderung und Schule, Gesundheitsförderung und soziale Benachteiligung / Gesundheitsförderung und gesundheitliche Chancengleichheit, Gesundheitskommunikation und Kampagnen, Gesundheitskonferenzen, Gesundheitsschutz, Gesundheitswissenschaften / Public Health, Gesundheitsziele, Health Impact Assessment (HIA) / Gesundheitsverträglichkeitsprüfung, Health Literacy / Gesundheitskompetenz, Health Technology Assessment (HTA) / Technikfolgenabschätzung, Kinderschutz und Prävention/Gesundheitsförderung, Lebenslagen und Lebensphasen, Nachhaltigkeit und nachhaltige Gesundheitsförderung, Öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD) und Gesundheitsförderung, Partizipation: Mitentscheidung der Bürgerinnen und Bürger, Partizipative Gesundheitsforschung, Partnerschaften für Gesundheit, Patientenberatung / Patientenedukation, Prävention und Krankheitsprävention, Präventionsgesetz, Qualitätssicherung, Qualitätsentwicklung, Qualitätsmanagement, Resilienz und Schutzfaktoren, Selbsthilfe, Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeförderung, Settingansatz / Lebensweltansatz, Soziale Ungleichheit und Gesundheit/Krankheit, Verwirklichungschancen/ Capabilities, Zielgruppen, Multiplikatorinnen und Multiplikatoren

Gesundheitsförderung 6: Österreich

Gerlinde Rohrauer-Näf, Karin Waldherr

(letzte Aktualisierung am 04.01.2017)

Die Gesundheitsförderung in Österreich wurde stark beeinflusst von der Verabschiedung des Gesundheitsförderungsgesetzes 1998, mit dessen Umsetzung der Fonds Gesundes Österreich beauftragt wurde. Auf Bundesebene haben die Abteilung für Gesundheitsförderung und Prävention des Bundesminiteriums für Gesundheit und Frauen und die Sozialversicherung wichtige Rollen. Regional von großer Bedeutung sind die Vorsorge-, Präventions- und Gesundheitsförderungseinrichtungen der einzelnen Bundesländer mit ihrem Engagement insbesondere im Bereich der Gesunden Schulen und Gemeinden (**Settingansatz/ Lebensweltansatz**). Darüber hinaus gibt es aber eine äußerst komplexe Struktur an Organisationen und Personen.

Im Rahmen der Österreichischen Gesundheitsreform 2013 erfolgten einige wichtige Schritte in Richtung Stärkung der Gesundheitsförderung, Kooperation der Akteurinnen und Akteure und breiter Umsetzung einer gesundheitsorientierten Politik in Österreich. Im Juni 2012 wurden die Rahmen-Gesundheitsziele für Österreich beschlossen. Diese sollen den Rahmen für eine umfassende gesundheitspolitische Orientierung für die nächsten zwanzig Jahre vorgeben. Sie dienten auch als Grundlage für die am 21. März 2014 von der Bundes-Zielsteuerungskommission beschlossene Gesundheitsförderungsstrategie im Rahmen des Bundes-Zielsteuerungsvertrages, der eine abgestimmte Vorgangsweise zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherung festlegt.

Entwicklung der Gesundheitsförderung auf Ebene des Bundes

Seit Anfang der 1990er-Jahre berücksichtigt die Gesundheitspolitik in Österreich Gesundheitsförderung in der Gesetzgebung. Seit 1992 ist Gesundheitsförderung im Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz als Pflichtaufgabe der Sozialversicherungsträger definiert (§ 116 Abs. 1 Z 5). Darüber hinaus gibt es gesetzliche Regelungen für freiwillige Leistungen, die „unter Bedachtnahme“ der finanziellen Leistungsfahigkeit der einzelnen Trager gewahrt werden konnen. Die Sozialversicherungstrager konzentrieren sich v.a. auf den **Settingansatz** (Betriebe und Schulen). Auserdem wurden bislang einzelne Projekte der kommunalen Gesundheitsforderung (**kommunalpolitische Perspektive**) sowie individuumsorientierte Präventionsmasnahmen in den Feldern Ernährung, Bewegung, Stress, Zahngesundheit und Rauchen umgesetzt oder unterstützt.

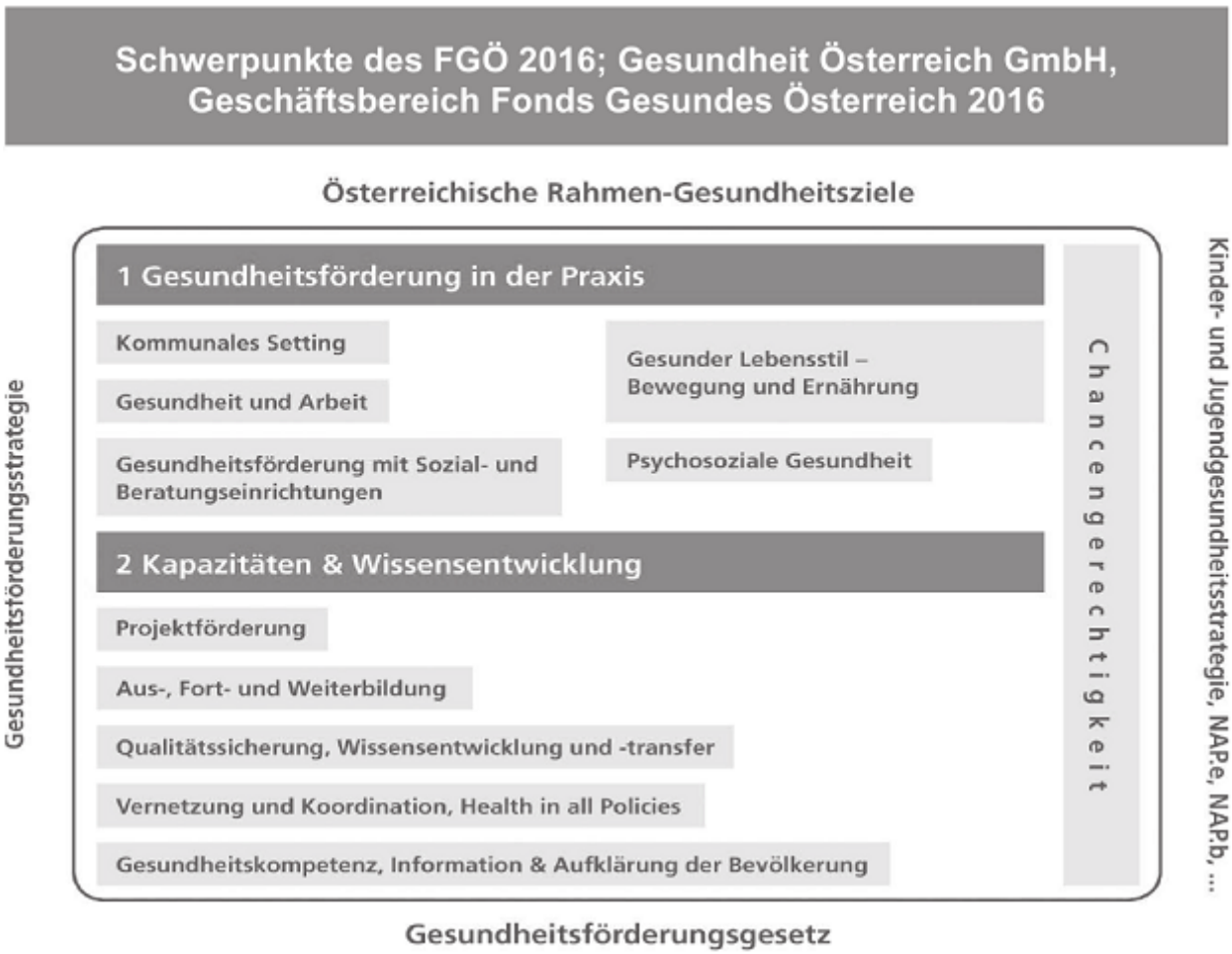
Durch den „Grundsatzerlass zur Gesundheitserziehung“ (**Gesundheitliche Aufklarung und Gesundheitserziehung**) aus dem Jahr 1997 ist Gesundheitsforderung in Schulen verpflichtend. Der Erlass beruht auf den Erfahrungen des europäischen Netzwerks „Health Promoting Schools“ (ENHPS), einem internationalen Programm der WHO, des Europarates und der Europäischen Union. Österreich trat dem ENHPS, nun „Schools for Health in Europe“ (**SHE network**), 1993 bei. Mit Unterstützung der damaligen Bundesministerien für Bildung, Wissenschaft und Kultur (BMBWK) sowie für soziale Sicherheit und Generationen (BMSG) wurde das Programm „Gesundheitsfördernde Schulen“ auch in elf Pilotschulen in Österreich erprobt (**Gesundheitsförderung und Schule**).

Als Meilenstein für die Gesundheitsförderung in Österreich kann das „Bundesgesetz über Maßnahmen und Initiativen zur Gesundheitsförderung, -aufklärung und -information“, kurz Gesundheitsförderungsgesetz (GfG) betrachtet werden. Inhaltlich war die Ottawa-Charta (WHO 1986) eine wichtige Basis für dieses Gesetz (**Gesundheitsförderung 2**). Im GfG wurden grundlegende Handlungsstrategien zur Erreichung folgender Ziele definiert: Strukturaufbau im Bereich Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention, Entwicklung und Vergabe von Programmen und Angeboten in Settings (Gemeinden, Städte, Schulen, Betriebe, öffentliches Gesundheitswesen) (**Settingansatz/ Lebensweltansatz**), Information und Beratung, wissenschaftliche Programme und **Evaluation** zur Weiterentwicklung der Praxis sowie Unterstützung der Fortbildung und Abstimmung mit bestehenden Aktivitäten.

Der Fonds Gesundes Österreich (FGÖ) wurde 1998 mit der Umsetzung des Gesetzes beauftragt. Als Entscheidungs- und Kontrollgremium wurde ein Kuratorium aus Vertreterinnen und Vertretern der folgenden Institutionen eingerichtet: Bundesministerium für Gesundheit (Bundesminister/-in ist Präsident/-in), Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur, Bundesministerium für Finanzen, Landeshauptleutekonferenz, Verband der Versicherungsunternehmen, Hauptverband der Sozialversicherungsträger, Städtebund, Gemeindebund, Seniorenrat, Ärztekammer und Apothekerkammer. Der FGÖ bestand bereits seit den 1970er-Jahren, allerdings als kleinere Organisation, die v.a. Aktivitäten in den Bereichen **Selbsthilfe** und Kariesprophylaxe umsetzte. Seit 1998 stehen dem FGÖ jährlich 7,25 Millionen Euro für die Umsetzung von Gesundheitsförderungsaktivitäten zur Verfügung, ausgeschüttet aus öffentlichen Mitteln (Anteile am Aufkommen an der Umsatzsteuer nach Maßgabe des jeweiligen Finanzausgleichsgesetzes).

Als Hauptaufgabe fördert der FGÖ mit diesen Mitteln Pilotprojekte in Settings (**Settingansatz/ Lebensweltansatz**). Weitere Aktivitäten sind **Capacity Building** in Form regionaler Fortbildungsangebote, Stipendien für Public Health-Lehrgänge, regelmäßige Konferenzen und Vernetzungsveranstaltungen, Verbreitung von Wissen an Multiplikatorinnen/ Multiplikatoren und die Bevölkerung, Social Marketing-Aktivitäten, Maßnahmen zur Qualitätsentwicklung, Forschungsförderung (bis 2008) und Kooperationen und Beauf-

tragung im Bereich Gesundheitsförderungsforschung und Evaluation (seit 2008) sowie Unterstützung von EU-Projekten und der nationalen und internationalen Vernetzung. Die inhaltlichen Schwerpunkte des FGÖ waren über die Jahre hinweg zum großen Teil stabil, fokussiert jeweils auf recht breite Themen, **Zielgruppen** oder Settings (**Settingansatz/ Lebensweltansatz**). Die wesentlichen Schwerpunkte bildeten über die Jahre Kinder und Jugendliche im schulischen und außerschulischen Bereich, Menschen am Arbeitsplatz und ältere Menschen. Sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen (**Gesundheitsförderung und soziale Benachteiligung**, **Gesundheitsförderung und Migrationshintergrund**) wurden im ersten Dreijahresprogramm (1998-2002) und dann erst wieder ab 2008 prominenter erwähnt, Frauen als Fokus-Zielgruppe in den ersten drei Jahren. Bewegung, Ernährung und seelische Gesundheit sind seit 2003 fixer Bestandteil der Arbeitsprogramme. Ab 2008 gab es einen mehrjährigen Fokus im Bereich „Herz-Kreislauf-Gesundheit" sowie wieder eine stärkere Betonung der Gesundheitsförderung für sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen und Gender Mainstreaming als Querschnittsthemen. Die Schwerpunkte des FGÖ beispielsweise im Jahr 2016 sind in der folgenden Grafik zusammengefasst:



Abbilung 1. Gesundheitsförderungsgesetz

Einerseits betreibt der FGÖ zu den dargestellten Schwerpunkt-Settings und -themen spezifische Programme und Initiativen, andererseits baut der FGÖ laufend seine Angebote zur Kapazitäten- und Wissensentwicklung im Bereich Gesundheitsförderung aus. Der FGÖ orientiert sich dabei stark an den Rahmen-Gesundheitszielen und Policies wie Gesundheitsförderungsstrategie, Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie, Nationaler Aktionsplan Ernährung, Nationaler Aktionsplan Bewegung etc. (siehe unten).

Ein Kernthema im österreichischen Gesundheitsreformgesetz 2005 war die Überwindung der strikten Trennung der einzelnen Sektoren des Gesundheitswesens und die bessere Abstimmung. Ein Eckpunkt war die Vereinbarung gemäß Art. 15 a B-VG (dieser Artikel der österreichischen Bundesverfassung regelt Vereinbarungen zwischen dem Bund und den Ländern) über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens. Diese beinhaltete unter anderem die Einrichtung der Bundesgesundheitsagentur sowie der Landesgesundheitsfonds auf Ebene der Bundesländer mit den Gesundheitsplattformen als oberste Organe. Hauptaufgaben der Gesundheitsplattformen sind die Planung, Finanzierung und Steuerung des extra- und intramuralen Gesundheitswesens. Eine weitere Aufgabe ist die Entwicklung von Projekten zur Gesundheitsförderung.

Mit der Gründung der „Gesundheit Österreich GmbH“ (GÖG) per Bundesgesetz wurde im Jahr 2006 auch eine Änderung des Gesundheitsförderungsgesetzes vorgenommen. Der FGÖ und das Österreichische Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG) wurden als Geschäftsbereiche eingegliedert. Das Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen (BIQG) wurde als dritter Geschäftsbereich im Jahr 2007 gegründet. Hauptaufgabe dieses nationalen Forschungs- und Planungsinstituts für das Gesundheitswesen und der Kompetenzund Förderstelle für die Gesundheitsförderung ist die Abstimmung von Strukturplanung, Gesundheitsförderung und Qualitätssicherung. Alleingesellschafter der GmbH ist der Bund, vertreten durch den jeweiligen Gesundheitsminister oder die Gesundheitsministerin. Im Zuge dieser Reform wurde außerdem ein Teil der Einnahmen aus der Tabaksteuer der Sozialversicherung zur Verfügung gestellt. Diese Mittel müssen laut Gesetzgeber für die Vorsorgeuntersuchung und für Maßnahmen der Gesundheitsförderung verwendet werden.

Zentraler Bestandteil der Gesundheitsreform 2013 sind die Rahmen-Gesundheitsziele. Eines der wichtigsten Grundprinzipien bei deren Entwicklung war das Konzept der „Health in All Policies“ (**Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik**). Die 10 Rahmen-Gesundheitsziele wurden mit rund 40 Institutionen in einem partizipativen Prozess entwickelt und vom Ministerrat im Jahr 2012 beschlossen (s. Abb. unten). Sie sollen richtungsweisend für die nächsten zwanzig Jahre sein. Für die Umsetzung wurden/werden unter Koordination des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen in Arbeitsgruppen Strategien, Maßnahmen und Wirkungsziele erarbeitet. Ein Monitoring begleitet die Umsetzung.

Rahmen-Gesundheitsziele in Österreich (Quelle: BMG 2013)

Ziel 1 - Gesundheitsförderliche Lebens- und Arbeitsbedingungen für alle Bevölkerungsgruppen durch Kooperation aller Politik- und Gesellschaftsbereiche schaffen

Ziel 2 - Für gesundheitliche Chancengerechtigkeit zwischen den Geschlechtern und sozioökonomischen Gruppen, unabhängig von Herkunft und Alter sorgen

Ziel 3 - Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken

Ziel 4 - Natürliche Lebensgrundlagen wie Luft, Wasser und Boden sowie alle unsere Lebensräume auch für künftige Generationen nachhaltig gestalten und sichern

Ziel 5 - Durch sozialen Zusammenhalt die Gesundheit stärken

Ziel 6 - Gesundes Aufwachsen für Kinder und Jugendliche bestmöglich gestalten und unterstützen

Ziel 7 - Gesunde Ernährung mit qualitativ hochwertigen Lebensmitteln für alle zugänglich machen

Ziel 8 - Gesunde und sichere Bewegung im Alltag durch entsprechende Gestaltung der Lebenswelten fördern

Ziel 9 - Psychosoziale Gesundheit in allen Bevölkerungsgruppen fördern

Ziel 10 - Qualitativ hochstehende und effiziente Gesundheitsversorgung für alle nachhaltig sicherstellen

Eine weitere wichtige Maßnahme war, die Vereinbarung von Bund, Ländern und Sozialversicherung zur partnerschaftlichen Steuerung der Planung, Organisation und Finanzierung der österreichischen Gesundheitsversorgung gemäß Artikel 15 a B-VG in einem Gesetz festzuschreiben. Zur expliziten Stärkung der Gesundheitsförderung sieht das Bundesgesetz zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit (Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz) im Paragraph 19 die Einrichtung von Sondervermögen für Gesundheitsförderung in den Landesgesundheitsfonds (= Landesgesundheitsförderungsfonds) vor. In den Jahren 2013 bis 2022 sollen insgesamt 130 Millionen Euro in die Gesundheitsförderungsfonds der Länder eingebracht werden (aus Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung). Weitere 20 Millionen Euro sind von Seiten der Länder zu finanzieren. Als Grundlage für eine abgestimmte Verwendung der Mittel aus den Landesgesundheitsförderungsfonds und der Vorsorgemittel wurde eine Gesundheitsförderungsstrategie erarbeitet, die im Jahr 2014 beschlossen wurde. Somit wurde erstmals der Grundstein für eine abgestimmte Steuerung eines erheblichen Geldvolumens für Gesundheitsförderung in Österreich gelegt.

Die Gesundheitsförderungsstrategie baut auf den Österreichischen Rahmengesundheitszielen auf, sie berücksichtigt bestehende Kapazitäten, Projekte und Programme zur Gesundheitsförderung auf Ebene des Bundes, der Länder und der Sozialversicherung. Die Umsetzung der Gesundheitsförderungsstrategie soll laufend einem Monitoring unterzogen werden. In eine zentrale elektronische Datenbank werden mittels eines Online-Tools die Beschreibung und Daten von Gesundheitsförderungsmaßnahmen eingespeist - das Monitoring soll eine Beobachtung der Zielerreichung und der Mittelverwendung in Bezug auf die definierten inhaltlichen Schwerpunkte, Grundsätze und Qualitätskriterien erlauben und auch überregionales Lernen und Vernetzung ermöglichen. In den letzten Jahren wurden und werden darüber hinaus eine Reihe von Strategien entwickelt, die auf Schwerpunktthemen oder relevante Zielgruppen der Gesundheitsförderung fokussieren. Es handelt sich dabei vor allem um (vgl. **www.bmgf.gv.at/home/Gesundheitsförderungsstrategie**):

- Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie
- Nationaler Aktionsplan Bewegung NAP.b A
- Nationaler Aktionsplan Ernährung NAP.e A
- Konzept SUPRA – Suizidprävention Austria

Entwicklung der Gesundheitsförderung auf Ebene der Bundesländer

In allen Bundesländern außer dem Burgenland gibt es teilweise schon seit Jahrzehnten bestehende Gesundheitsförderungs- und Präventionseinrichtungen (**Gesundheitsförderung**, Prävention und Rehabilitation): Styria vitalis (Steiermark), Verein für prophylaktische Gesundheitsarbeit (PGA, Oberösterreich), Gesundes Niederösterreich, Avomed Arbeitskreis für Vorsorgemedizin (Tirol), AVOS Arbeitskreis für Vorsorgemedizin (Salzburg), aks Vorarlberg, Wiener Gesundheitsförderung (WIG), Gesundheitsland Kärnten. aks Vorarlberg wurde beispielsweise bereits 1964 als Verein ins Leben gerufen - mit dem Ziel, die Gesundheit der Vorarlberger Bevölkerung zu fördern. Geldgeber sind meist die Landesregierungen, häufig auch Krankenkassen und der FGÖ. Traditionell ist bei diesen Einrichtungen seit vielen Jahren die Betreuung längerfristiger Programme wie „Gesunde Gemeinden“ und „Gesunde Schulen“ angesiedelt (**Settingansatz/ Lebensweltansatz**).

Die Idee der „Gesunden Gemeinde“ wurde in einigen Bundesländern bereits Ende der 1980er-Jahre aufgegriffen; in manchen Bundesländern beteiligen sich mittlerweile zwei Drittel aller Gemeinden. Weitere Schwerpunkte sind Kariesprophylaxe und themenspezifische Programme (Herz-Kreislauf-Gesundheit, Naturküche u.a.) sowie Vorsorge- und arbeitsmedizinische Leistungen.

Diese Einrichtungen haben sich zusätzlich als Verein aks austria (Forum Österreichischer Gesundheitsarbeitskreise) organisiert. Das Forum hat sich zum Ziel gesetzt, durch überregionalen Austausch und Vernetzung und gemeinsames Auftreten die Arbeit in den Bundesländern besser sichtbar zu machen, zu professionalisieren und als Ansprechpartner für überregionale Projekte und EU-Projekte zur Verfügung zu stehen.

Unterstützungsstrukturen und Netzwerke (Soziale Netzwerke)

Die Entwicklung wichtiger Unterstützungsstrukturen startete bereits Ende der 1980er-Jahre. Österreich war maßgeblich an der Entwicklung des internationalen Netzwerks Gesundheitsfördernder Krankenhäuser beteiligt. So wurde das erste europäische Modellprojekt mit Unterstützung der Stadt Wien und des Wiener Krankenanstaltenverbundes von 1989 bis 1996 in Wien durchgeführt. Im Jahr 1995 beschloss die WHO die Gründung nationaler und regionaler Netzwerke, und bereits im Jahr 1996 wurde das österreichische Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser gegründet. Das österreichische Netzwerk hat somit die längste Geschichte der nationalen und regionalen Netzwerke Gesundheitsfördernder Gesundheitseinrichtungen (**Gesundheitsförderung und Krankenhaus**).

Ebenfalls 1996 wurde die Österreichische Kontaktstelle des Europäischen Netzwerks für **Gesundheitsförderung und Betrieb** (BGF) eingerichtet, angesiedelt bei der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse. Zur regionalen Unterstützung der BGF-Praxis wurde im Jahr 2000 das Österreichische Netzwerk Betriebliche Gesundheitsförderung (ÖNBGF) mit Regionalstellen in allen Bundesländern gegründet. Die Partnerorganisationen des Netzwerks sind die Träger der Sozialen Kranken- und Unfallversicherung und der überregional tätige Hauptverband der Sozialversicherungsträger, die Bundesarbeiterkammer, die Industriellenvereinigung, die Wirtschaftskammer Österreich und der Österreichische Gewerkschaftsbund. Durch ein dreistufiges, vom FGÖ gefördertes Qualitätssicherungsverfahren (Charta für BGF, Gütesiegel für drei Jahre, Verleihung BGF-Preis) sollen Betriebe bei ihren Aktivitäten begleitet werden (Netzwerk BGF, 2008). Seit 2004 wurden Schulservicestellen bei den Gebietskrankenkassen in acht Bundesländern eingerichtet. Als klassische Netzwerke haben sich das „Wiener Netzwerk Gesundheitsfördernder Schulen“ (WienGS), das Netzwerk „Gesundheitsförderung an Salzburgs Schulen“ sowie das Netzwerk „Gesunde Schule, bewegtes Leben“ der steiermärkischen Gebietskrankenkasse etabliert. In der Steiermark gibt es darüber hinaus auch ein von Styria vitalis betreutes Netzwerk für Volksschulen und Hauptschulen.

In den letzten Jahren wurde ein Netz der Fachstellen für Suchtprävention aller österreichischen Bundesländer sowie jener aus Südtirol aufgebaut, das als „Österreichische ARGE Suchtvorbeugung“ in einem Verein organisiert ist. Die regionalen Fachstellen für Suchtprävention widmen sich in den letzten Jahren neben ihren Aufgaben im Bereich der Information, Beratung und Betreuung Suchtkranker immer mehr auch der universellen Prä-

vention bzw. Gesundheitsförderung (**Gesundheitsförderung 1**). Weitere wichtige Netzwerke und Interessenvertretungen sind „Fit Sport Austria“, eine Initiative der Sport-Dachverbände „ASKÖ“, „ASVÖ“ und „SPORTUNION“, das Netzwerk der Frauengesundheitszentren, das Netzwerk Gesundheitsförderung und Arbeitsintegration, die Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfe Österreich, das Gesunde Städte Netzwerk und die Österreichische Gesellschaft für Public Health (**Gesundheitswissenschaften/Public Health**).

Selbsthilfe

In Österreich gibt es ca. 1800 PatientInnen- und Angehörigengruppen und -organisationen (**Selbsthilfe**). Die Gruppen haben sich einerseits zu themenspezifischen Landesund Bundesverbänden zusammengeschlossen, andererseits gibt es eine themenübergreifende Struktur in Form von Dachverbänden auf Länderebene, die auch die wichtigsten Träger von Kontaktstellen (Selbsthilfeunterstützungsstellen) sind. Diese Kontaktstellen haben sich im Jahr 2000 zur Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfe Österreich (ARGE Selbsthilfe Österreich) zusammengeschlossen. Zielsetzungen sind die Stärkung, Qualitätsentwicklung und Bündelung der Ressourcen. Trotz der hohen Bedeutung der Arbeit von Selbsthilfegruppen ist sowohl ihre politische, als auch ihre finanzielle Situation als schlecht zu bewerten. In Österreich gibt es keine gesetzliche Regelung zu ihrer Finanzierung. Die Gruppen stützen sich in ihrer Arbeit vor allem auf selbst aufgebrachte Mittel in Form von unbezahlter ehrenamtlicher Arbeit. Es gibt keine systematische Beteiligung der Selbsthilfegruppen im Gesundheits- und Sozialwesen. Ihre Möglichkeiten der politischen Einflussnahme sind daher von der Bereitschaft der jeweiligen Gremien abhängig, die Selbsthilfegruppen zu beteiligen. Ein erfreuliches positives Signal war daher, dass das Regierungsprogramm 2008-2013 einen Passus enthielt, die Unabhängigkeit der Selbsthilfegruppen zu stärken. Dementsprechend haben der Hauptverband der Sozialversicherungsträger und die einzelnen Krankenkassen in letzter Zeit die Zusammenarbeit mit der ARGE Selbsthilfe Österreich intensiviert. Der FGÖ unterstützt Fortbildungsaktivitäten von Selbsthilfegruppen, seit 2010 auch Vernetzungsveranstaltungen in den Bundesländern.

Gesundheitsförderungsforschung

Neben einzelnen Universitätsinstituten verschiedener Wissenschaftsdisziplinen und einigen außeruniversitären Forschungseinrichtungen (z. B. Ludwig Boltzmann Institute, Gesundheit Österreich GmbH) wird seit Mitte der 1990er-Jahre an Fachhochschulen Gesundheitsförderungsforschung und **Evaluation** betrieben, allerdings mit geringen Mitteln und unter schwierigen Bedingungen. Ein im Rahmen der europäischen Studie SPHERE durchgeführter Vergleich der EU-Länder zeigte, dass Österreich im Zeitraum 1995 bis 2005 im Ranking der Publikationen zu Health Promotion sowie **Public Health**, aber auch im Bereich internationaler Kooperationen, im unteren Drittel angesiedelt war (Clarke et al 2007 a und b). Bei einer Recherche in PubMed nach Public HealthPublikationen aus Österreich

für den Zeitraum 2003-2013 mittels Suchstring: „public health [MeSH Terms] AND public health [Title/Abstract] AND Austria [affiliation]; Filters: 10 years“, wurden 97 Publikationen identifiziert (Schwarz u. Maier, 2014). Davon stammten 71 Prozent aus Universitätsinstituten. Etwas mehr als die Hälfte der Publikationen war dem Bereich „Old Public Health“ zuzuordnen. Schwarz u. Maier (2014) stellten außerdem eine lediglich „moderate Wahrnehmung der Forschungsergebnisse auf politischer Entscheidungsebene“ fest. Sie kommen zu diesem Schluss aufgrund einer Analyse des „Public Health Newsletter“ des Bundesministeriums für Gesundheit in den Jahren 2008-2013.

Parallelen mit peer reviewed Public Health-Publikationen konnten vor allem bei „klassischen“ Public Health-Themen gefunden werden (z. B. zu übertragbaren Krankheiten). Betrachtet man nur die Publikationen in peer-reviewed Journals mit dem Suchbegriff Health Promotion ist in den letzten Jahren ein eindeutiger Aufwärtstrend in der Gesundheitsförderungsforschung in Österreich zu beobachten. Hinzu kommt noch eine große Anzahl von Projektberichten und anderen Beiträgen, die nicht in peer-reviewed Journals erschienen sind. Eine große Zahl der Beiträge stammt von Instituten der Medizinischen Universitäten Wien und Graz sowie von dem im Jahr 2008 gegründeten, jedoch nicht mehr existenten Ludwig Boltzmann Institut Health Promotion Research. Auch verstärkte Aktivitäten der Österreichischen Gesellschaft für Public Health (ÖGPH) machen sich bemerkbar. Dennoch besteht noch großer Bedarf an Stärkung der Gesundheitsförderungsforschung in Österreich.

Im Gesundheitsreformgesetz 2013 wird die Berücksichtigung wissenschaftlicher Evidenz als handlungsleitendes Prinzip angeführt. Eine systematisch ausgearbeitete Forschungsstrategie für die Gesundheitsförderung auf Bundesebene gibt es dennoch nicht, auch die finanziellen Mittel für Gesundheitsförderungsforschung in Österreich sind nach wie vor beschränkt. Wichtige Einrichtungen, die Gesundheitsförderungsforschung finanzieren, sind vor allem Bund, Länder und Sozialversicherung. Die Ludwig Boltzmann Gesellschaftbetrieb mit zahlreichen Partnern von März 2008 bis März 2016 das Ludwig Boltzmann Institut Health Promotion Research, das in den letzten Jahren einen großen Anteil an der Gesundheitsförderungsforschung in Österreich hatte. Die großen nationalen Forschungsförderungsstellen wie der Jubiläumsfonds der Österreichischen Nationalbank, der Fonds zur Förderung der Wissenschaftlichen Forschung (FWF), die Forschungsförderungsgesellschaft (FFG) und der Wiener Wissenschafts- und Technologiefonds (WWTF) haben keine eigene Förderkategorie Public Health. Der FWF fördert explizit nur Grundlagenforschung, die Nationalbank fördert praktisch nur Grundlagenforschung in wenigen Disziplinen.

Bei den anderen Fördergebern ist es zwar möglich, Mittel für Gesundheitsförderungsforschung unter anderen Förderkategorien zu erhalten, allerdings nur in vergleichsweise geringem Ausmaß. Seit 2011 werden Forschungsprojekte zu Kindergesundheit und Prävention aus den Mitteln „Gemeinsame Gesundheitsziele“ des „Rahmen-Pharmavertrages des

Verbands der pharmazeutischen Industrie Österreich mit dem Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger gefördert".

Ausbildung

Lange Zeit war die 1986 in Innsbruck gegründete und inzwischen nicht mehr existente „School of Public Health" der einzige Studiengang mit Public Health-Inhalten (**Public Health**). Mitte der 1990er-Jahre ermöglichte ein Stipendienprogramm der Steiermärkischen Landesregierung 25 Personen ein Auslandsstudium. Im Jahr 2002 wurde schließlich der erste Universitätslehrgang Public Health in Graz gegründet. In den Jahren danach folgten einige weitere Studiengänge zu Public Health/Gesundheitswissenschaften in Tirol, Oberösterreich, Wien und Vorarlberg. Ein nationales Public Health Institut, das wie in anderen Ländern Aus- und Weiterbildungen sowie Forschung fördert und koordiniert, gibt es in Österreich nicht. Dies macht sich nicht nur im Mangel einer systematisch ausgearbeiteten Strategie für die Gesundheitsförderungsforschung bemerkbar, sondern auch in der Aus- und Weiterbildung von Expertinnen und Experten. Ebenso wie Forschung in der Gesundheitsförderung hängen Anzahl und Qualität der Aus- und Weiterbildung von Initiativen der Universitäten und Fachhochschulen ab. Diem und Dorner (2014) erfassten alle Public Health-Ausbildungen an österreichischen Universitäten und Fachhochschulen. Grundlage waren die Informationen auf den Webseiten der Hochschuleinrichtungen. Mit Stand 2013 gab es drei postgraduelle Public Health-Universitätslehrgänge, zwei Public Health-Doktoratsstudien und 34 Studiengänge, die Teilbereiche von Public Health abdecken. Außerdem wurden Public Health Inhalte in den Curricula der Medizinstudien in Österreich identifiziert. Die Autoren kommen zu dem Schluss, dass es zwar mittlerweile ein umfangreiches Angebot für Public Health-Aus- und Weiterbildungen in Österreich gibt. Das Angebot sollte jedoch noch ausgebaut werden zum Aufbau einer adäquaten Public Health-Workforce in Österreich. Eine spezifische Ausbildung im Bereich **Evaluation** gibt es in Österreich bisher nicht. Die Qualität der durchgeführten Evaluationen weist daher eine große Variabilität auf.

Ausblick

In den letzten Jahren haben wichtige Schritte in Richtung Stärkung der Gesundheitsförderung, Kooperation der Akteurinnen und Akteure und breiter Umsetzung einer gesundheitsorientierten Gesundheitspolitik in Österreich stattgefunden. Auch in der Gesundheitsförderungsforschung ist in den letzten fünf Jahren ein deutlicher Aufwärtstrend zu beobachten, und es gibt eine wachsende Zahl an Aus- und Weiterbildungsangeboten. Im Hinblick auf die Finanzierung eines soliden Ausbaues der Gesundheitsförderung wurde mit der Errichtung der Landesgesundheitsförderungsfonds der Grundstein für eine abgestimmte Steuerung eines erheblichen Geldvolumens für Gesundheitsförderung in Österreich gelegt. Um das Gesundheitssystem in diesem Sinne weiterzuentwickeln, bedarf es

einerseits nach wie vor des politischen Willens, andererseits aber auch noch weiterer Verbreiterung und Vertiefung der Wissensbasis durch wissenschaftliche Forschung, Dokumentation und Evaluation sowie der Aus-, Weiter- und Fortbildung einer großen Zahl qualifizierter Fachkräfte und des Wissenstransfers von Forschung in Praxis und Politik.

Literatur:

Clarke A/Gatineau M/Grimaud O/Royer-Devaux S/Wyn-Roberts N/Le Bis I/Lewison G, A bibliometric overview of public health research in Europe, in: European Journal of Public Health, 17, 2007b, 43-49;

Clarke A/Gatineau M/Thorogood M/Wyn-Roberts N, Health promotion research literature in Europe 1995-2005, in: European Journal of Public Health, 17, Suppl. 1, 2007;

Diem G/Dorner TE, Public Health Ausbildung in Österreich. Ein Überblick, in: Wiener Medizinische Wochenschrift, 164, 2014,131-140;

Schwarz E/Maier M, Publication output in the field of Public Health and its appreciation at political level in Austria, in: Wiener Medizinische Wochenschrift, 164, 2014,123-130

Internetadressen:

www.aksaustria.at (Forum Österreichischer Gesundheitsarbeitskreis)
www.fgoe.org (Fonds Gesundes Österreich)
www.goeg.at (Gesundheit Österreich GmbH)
www.netzwerk-bgf.at (Netzwerk Betriebliche Gesundheitsförderung)
www.oeph.at (Österreichische Gesellschaft für Public Health)

Verweise:

Capacity Building / Kapazitätsentwicklung, Evaluation, Gesundheitliche Aufklärung und Gesundheitserziehung, Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik / Healthy Public Policy, Gesundheitsförderung 1: Grundlagen, Gesundheitsförderung 2: Entwicklung vor Ottawa 1986, Gesundheitsförderung und Betrieb, Gesundheitsförderung und Gesunde / Soziale Stadt / Kommunalpolitische Perspektive, Gesundheitsförderung und Krankenhaus, Gesundheitsförderung und Migrationshintergrund, Gesundheitsförderung und Schule, Gesundheitsförderung und soziale Benachteiligung / Gesundheitsförderung und gesundheitliche Chancengleichheit, Gesundheitswissenschaften / Public Health, Selbsthilfe, Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeförderung, Settingansatz / Lebensweltansatz, Zielgruppen, Multiplikatorinnen und Multiplikatoren

Gesundheitsförderung 7: Schweiz

Brigitte Ruckstuhl

(letzte Aktualisierung am 04.01.2017)

Die Gesundheitsförderung in der Schweiz erlebte insbesondere in den 1990er-Jahren einen starken Entwicklungsschub. In dieser Zeit haben sich Grundstrukturen herausgebildet, auf denen in den folgenden Jahren aufgebaut werden konnte. Die Entwicklung in den 1990er-Jahren ist umso erstaunlicher, da die Schweiz bis in die 1980er-Jahre mit einigen Ausnahmen ein Brachland für die Primärprävention war, sowohl auf nationaler wie auf kantonaler Ebene. Es waren v.a. die zunehmende Problematik des Drogenkonsums und der Ausbruch von HIV/Aids, die die Dynamik für eine positive Entwicklung erzeugt haben. Heute sind es die nichtübertragbaren Krankheiten und die psychische Gesundheit, die als prioritäre Handlungsfelder die Gesundheitsförderung und Prävention herausfordern.

Ende der 1970er-Jahre hat der Bundesrat (nationale Regierung) Abklärungen in die Wege geleitet, um ein Bundesgesetz für die Regelung der Prävention zu prüfen mit dem Ziel, einen nationalen koordinierenden Rahmen zu schaffen. Dieser Vorschlag wurde 1983 in einer Vernehmlassung (systematische Befragung) insbesondere von den Kantonen so deutlich abgelehnt, dass das Vorhaben gestoppt wurde. Daraufhin entwickelte die damalige Schweizerische Gesellschaft für Sozial- und Präventivmedizin (heute Public Health Schweiz) ein „Konzept Gesundheitsförderung und Prävention 86“, um zu zeigen, „auf welchem Weg die Prävention in der Schweiz auch ohne Bundesgesetz gefördert werden kann“ (Gutzwiller et al 1986). Dieses Konzept schlug als wesentliche Strukturen vor: einen Schweizerischen Präventivfonds zur Förderung von nationalen Kampagnen, die Schaffung kantonaler Beauftragter für Prävention und Gesundheitsförderung und themenorientierte Fachstellen und Dokumentationsstellen. Diese Maßnahmen wurden in der Folge schrittweise umgesetzt. Ein erster zentraler Meilenstein für die Gesundheitsförderung in der Schweiz war die Etablierung einer Stiftung, die 1989 auf Initiative einzelner Kantone gegründet wurde und die die Funktion des vorgeschlagenen Präventivfonds übernahm. Sie hatte die Aufgabe, landesweite Aktionen im Bereich der Gesundheitsförderung voranzutreiben und zu koordinieren. Diese von den Kantonen finanzierte Stiftung war mit einem kleinen Budget ausgestattet. Ihre Bedeutung lag darin, dass sie von den Kantonen als gemeinsames Projekt getragen wurde und somit erstmals eine Organisation geschaffen war, die Gesundheitsförderung in der Schweiz bekannt machen und Projekte unterstützen und fördern konnte.

Auch die anderen Vorschläge des „Konzepts 86“ begannen zu greifen. In einzelnen Kantonen wurden Stellen als Beauftragte oder Delegierte für Gesundheitsförderung geschaffen, die Maßnahmen auf kantonaler Ebene initiieren, fördern und koordinieren sollten. Auch themenorientierte Fachstellen und Dokumentationsstellen wurden ausgebaut oder neu geschaffen.

Ein zweiter Meilenstein für die Gesundheitsförderung auf nationaler Ebene wurde 1994 mit der Annahme der Revision des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) durch eine Volksabstimmung gesetzt. Mit dem KVG konnten die Artikel 19 und 20 verabschiedet werden, die in der Schweiz erstmals rechtliche Grundlagen für die Gesundheitsförderung legten. Die Artikel gaben vor, eine nationale Stiftung zu gründen, die von den Kantonen und den Krankenversicherern getragen und über eine jährliche Pauschale von 2,40 Franken pro krankenversicherte Person finanziert werden sollte. 1998 wurde die bestehende Stiftung in die vom Gesetz her vorgesehene neue Organisation überführt - in die heutige Stiftung „Gesundheitsförderung Schweiz“ mit Sitz in Bern und Lausanne. Diese übernahm die Rolle als nationale Interessensvertreterin sowie die Aufgabe, gemeinsam mit anderen Akteuren Gesundheitsförderung in der Schweiz zu fördern und Programme und Projekte zu initiieren, zu koordinieren und zu evaluieren.

2005 wurde vom Bundesrat eine Fachkommission „Prävention + Gesundheitsförderung“ eingesetzt mit dem Auftrag, die inhaltlichen und fachlichen Voraussetzungen und die Machbarkeit für eine umfassendere rechtliche Neuregelung von Prävention und Gesundheitsförderung zu prüfen. Die Kommission kam zum Schluss, dass ein Gesetz die Gesundheitsförderung und die Prävention in der Schweiz stärken sowie Planung und Koordination verbessern würden. Auf der Grundlage der Empfehlungen wurde ein Gesetz erarbeitet. Dieses umfasste unter anderem Gesundheitsziele, die durch Steuerungs- und Koordinationsinstrumente regelmäßig überprüft und angepasst werden sollten, Bestimmungen zur systematischen Förderung der **Selbsthilfe** sowie die Verankerung einer Gesundheitsfolgenabschätzung. Nach einem achtjährigen Prozess wurde das geplante Gesetz (PrävG) im November 2012 in den Räten knapp abgelehnt.

Anfang 2013 verabschiedete der Bundesrat die Strategie Gesundheit2020, die erstmals gesundheitspolitische Prioritäten für die Schweiz festlegt. Diese Strategie, die nach dem Scheitern des Präventionsgesetzes auch die Bereiche Prävention und Gesundheitsförderung mit einschloss, skizziert Schwerpunkte für die Umsetzung. Im Ziel „Gesundheitsförderung und Krankheitsvorbeugung intensivieren“ stehen die nichtübertragbaren Krankheiten, die psychische Gesundheit sowie die Suchterkrankungen im Fokus. Die nichtübertragbaren Krankheiten wurden als erstes Thema angegangen. Im Auftrag des Dialogs Nationale Gesundheitspolitik - ein ständiges Entscheidungs- und Koordinationsgremium von Bund und Kantonen - wurde im November 2013 ein erster Entwurf für eine Nationale Strategie zur Prävention nicht übertragbarer Krankheiten (NCD-Strategie) 2017-2024 er-

arbeitet. Die NCD-Strategie hat zum Ziel, den Ausbruch von nichtübertragbaren Krankheiten wie Krebs, Diabetes oder Herz-Kreislauferkrankungen zu verhindern, zu verzögern oder die Folgen zu mildern. Sie ersetzt die bisher vom Bund unterstützten Einzel-Programme im Bereich Alkohol, Tabak, Ernährung und Bewegung und bietet einen Orientierungsrahmen für die neue Ausrichtung. Die NCD-Strategie baut auf den bisherigen Aktivitäten auf, will aber die Kräfte aller beteiligten Akteure besser bündeln. Es sind drei Schwerpunkte angelegt: die Zusammenarbeit aller Akteure verbessern, die Prävention in der Gesundheitsversorgung besser verankern sowie das Gesundheitsmanagement in den Betrieben stärken. Der Bundesrat hat die erarbeitete Strategie im April 2016 verabschiedet. Im Herbst 2016 sollen die Maßnahmen vorliegen und die Umsetzung ab 2017 beginnen.

Zum zweiten prioritären Thema der bundesrätlichen Strategie Gesundheit2020, der psychischen Gesundheit, haben das Bundesamt für Gesundheit (BAG), die Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) und die Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz einen Bericht „Psychische Gesundheit der Schweiz“ erarbeitet, der im Frühjahr 2015 vom Dialog Nationale Gesundheitspolitik verabschiedet wurde. Auf der Grundlage dieses Berichts soll bis Ende 2016 ein Umsetzungsplan erstellt werden. Zum Thema Sucht - der dritte Schwerpunkt im Rahmen der bundesrätlichen Strategie - wurde ebenfalls eine Nationale Strategie entwickelt. Sie beruht auf den aktuellen Programmen im Bereich Drogen, Alkohol und Tabak, berücksichtigt aber auch die neuen Formen von Sucht wie etwa Geldspielsucht oder exzessive Internetnutzung. Die Nationale Strategie Sucht 2017-2024 bezieht somit alle suchtgefährdenden Substanzen und Verhaltensweisen ein und formuliert gemeinsame Ziele. Derzeit werden konkrete Maßnahmen erarbeitet und Vorbereitungen für die Umsetzung ab 2017 getroffen.

Die Kantone, bei denen die Kompetenzen für Gesundheitsförderung und Prävention liegen, haben im Verlauf der letzten 20 Jahre eine gut funktionierende Struktur aufgebaut. Ab den 1990er-Jahren wurden Stellen als Delegierte für Gesundheitsförderung und Prävention geschaffen. Im Jahr 2000 wurde von den damals 15 kantonalen Delegierten die „Vereinigung der kantonalen Beauftragen für Gesundheitsförderung in der Schweiz“ (VBGF) gegründet. Heute verfügen alle Kantone über eine Stelle eines Delegierten und sind in der Vereinigung vertreten. 2010 konnte die Vereinigung am gleichen Ort wie die Gesundheitsdirektorenkonferenz eine Geschäftsstelle einrichten und ihre Position damit deutlich verbessern. Sie übernimmt eine wichtige Rolle im Austausch und in der Vernetzung zu zentralen Akteuren wie der Gesundheitsdirektorenkonferenz, den Bundesstellen, aber auch zu Nichtregierungsorganisationen. Viele Kantone haben ihre Gesundheitsgesetze revidiert und Gesundheitsförderung und Prävention darin explizit verankert.

Die Aktivitäten wurden ausgebaut und teilweise auch der Stellenetat vergrößert. Viele Programme in den Kantonen, insbesondere zu den Themen Ernährung und Bewegung und

psychische Gesundheit, werden in Zusammenarbeit mit Gesundheitsförderung Schweiz umgesetzt. Koordiniert von Gesundheitsförderung Schweiz wird auch das Projekt Via - Best Practice Gesundheitsförderung im Alter, das inzwischen in 10 Kantonen umgesetzt wird. Diese Entwicklung ist beachtlich, wenn man bedenkt, wie schwierig sich im Allgemeinen die Etablierung neuer Strukturen in der Schweiz gestaltet. Der **Settingansatz** hat sich in der Schweiz in der Schule und am Arbeitsplatz ein Stück weit etablieren können. Das Gesunde-Städte-Projekt hat dagegen keinen Widerhall gefunden. Genf ist die einzige Stadt, die im WHO-Netzwerk vertreten ist. Das Netzwerk Gesundheitsförderliche Spitäler wurde zwar gegründet, mangels Nachfrage der Spitäler aber wieder aufgegeben.

1992 startete das Bundesamt für Gesundheit mit „santé jeunesse“ ein Rahmenprogramm in den Schulen. Heute sind die Organisationen, die sich als Dienstleister für Gesundheitsförderung und Prävention im schulischen Kontext einsetzen, im „bildung + gesundheit Netzwerk Schweiz“ zusammengeschlossen. Die Schweizerische Gesundheitsstiftung RADIX hat ein Schweizerisches Netzwerk für gesundheitsförderliche Schulen aufgebaut und vertritt die Schweiz seit 1993 im „Europäischen Netzwerk Gesundheitsfördernder Schulen“ einem Programm der WHO, der EU und des Europarates. Seit 2007 wird es als Schools for Health in Europe (SHE Network) vom NIGZ, einem WHO-Center in den Niederlanden koordiniert (ENHPS).

Die Stiftung RADIX und die 2013 gegründete Stiftung „éducation21 - Kompetenzzentrum Bildung für Nachhaltige Entwicklung“ - bereiten im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit und von Gesundheitsförderung Schweiz eine Öffnung des Schweizerischen Netzwerkes Gesundheitsfördernder Schulen vor. Geplant ist ein nationales Schulnetzwerk „Bildung für Nachhaltige Entwicklung“ (BNE). Bis 2016 wird in Zusammenarbeit mit den Kantonalen Netzwerken Gesundheitsfördernder Schulen, dem Zürcher Netzwerk der Umweltschulen, Pilotschulen sowie weiteren kantonalen und nationalen Akteuren ein Konzept erarbeitet. Ab 2017 trägt das nationale Netzwerk neu den Namen Schulnetz21 - Schweizerisches Netzwerk Gesundheitsfördernder und Nachhaltiger Schulen. Damit soll das Konzept der nachhaltigen Entwicklung stärker mit der settingorientierten Gesundheitsförderung verbunden werden mit dem Ziel, Schulen bei deren Entwicklung zu nachhaltigen, somit auch gesunden Lern- , Arbeits- und Lebensorten zu unterstützen.

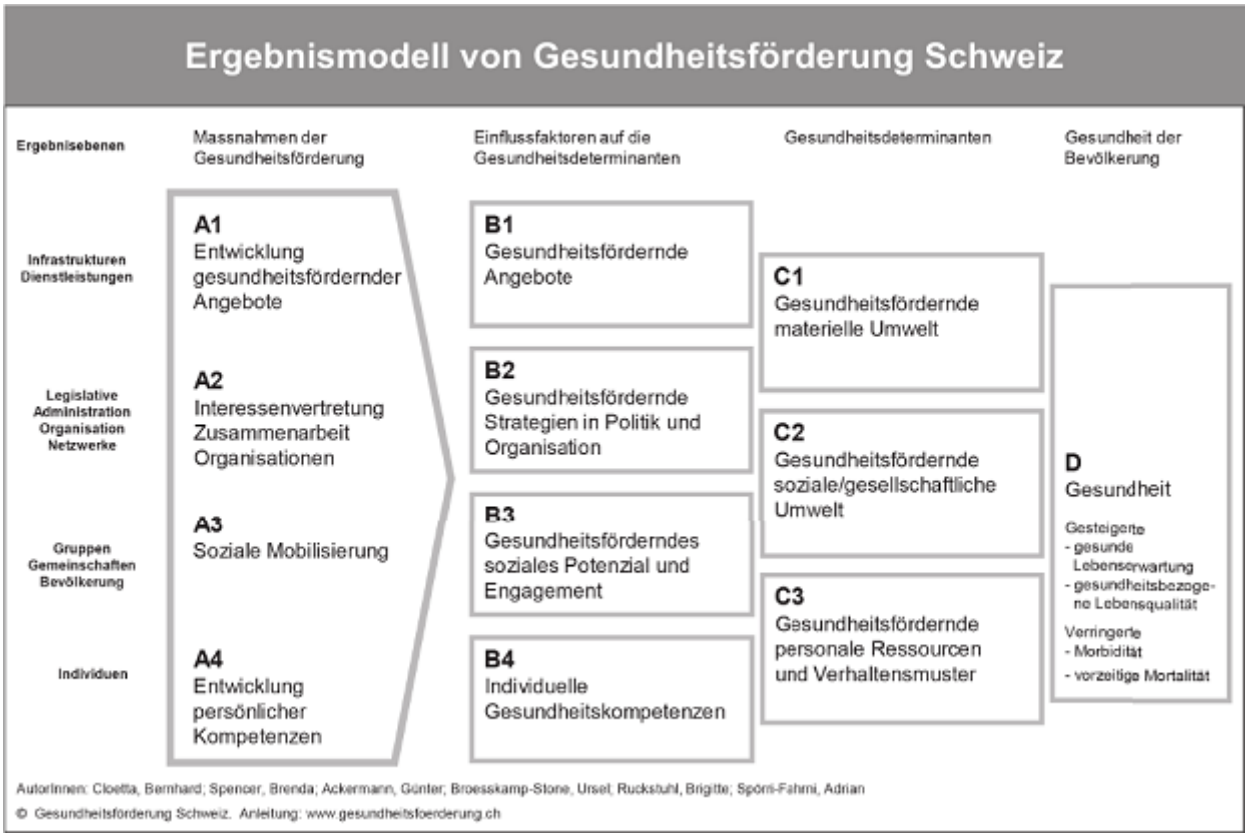
Der Weg für die **betriebliche Gesundheitsförderung** (BGF) war nicht ganz einfach. Die Schweizerische Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz hat „Arbeit und Gesundheit“ 1993 zu einem Schwerpunktprogramm gemacht mit dem Ziel, die betriebliche Gesundheitsförderung zu etablieren. Sie vertritt auch die Schweiz im europäischen Netzwerk für BGF. Ein Programm - „KMU-vital“ (kleine und mittlere Unternehmen) - wurde entwickelt, das Unternehmen unterstützen soll, betriebliche Gesundheitsförderung Schritt für Schritt einzuführen. Heute vergibt Gesundheitsförderung Schweiz eine Auszeichnung „Friendly Work Space“. Dieses Label umfasst sechs Hauptkriterien mit Subkriterien, die auf den Qualitäts-

kriterien des Europäischen Netzwerks für BGF basieren. Das Label wird an Unternehmen vergeben, die diese sechs Kriterien mehrheitlich erfüllen. Etabliert hat sich ein jährlich durchgeführter Kongress zum Thema Gesundheit und Arbeit. Seit 2002 besteht eine Fachstelle BGF beim Staatssekretariat für Wirtschaft (Seco), die Strategien zur Förderung der betrieblichen Gesundheitsförderung unterstützt. Unter ihrem Patronat wurde 2003 auch der Schweizerische Verband für Betriebliche Gesundheitsförderung, dem heutigen BGM-Netzwerk gegründet, der den Erfahrungsaustausch, die Qualität und die Verbreitung von BGF fördert.

Eine eher langsame und schwierige Entwicklung erlebte die **Gesundheitsverträglichkeitsprüfung**, die heute unter dem Begriff Gesundheitsfolgenabschätzung (GFA) diskutiert wird. In der Schweiz hat sich diese Thematik v.a. dank der Kantone Tessin, Genf und Jura, die eine Vorreiterrolle spielen, halten können. Diese Kantone ermöglichten und gründeten 2005 eine Plattform mit dem Ziel, die Gesundheitsfolgenabschätzung in der Schweiz bekannter zu machen und weiter zu verbreiten. Der in diesem Rahmen gegründete Verein hat aufgrund der gemachten Erfahrungen einen Leitfaden für die Umsetzung einer GFA entwickelt und stellt diesen auf der Website zur Verfügung. Die Gesundheitsverträglichkeitsprüfung stößt in der deutschen Schweiz jedoch nach wie vor auf Ablehnung.

Nennenswerte Beiträge hat die Schweiz, insbesondere Gesundheitsförderung Schweiz, in der Instrumentenentwicklung zur Förderung der **Qualität** geleistet. Diesbezüglich hat in den letzten Jahren eine große Entwicklung stattgefunden. Die entstandenen Instrumente erlauben, Interventionen wissensbasiert zu planen, professionell umzusetzen und entsprechend zu evaluieren (**Qualitätssicherung**, Evaluation).

Die Schweiz verfügt mit www.quint-essenz.ch über ein dreisprachiges Qualitätssystem für Projekte und Programme, das ständig weiterentwickelt wird. Ein neueres Teilprojekt - quint-essenz community - erlaubt die Einrichtung von Diskussionsforen und verstärkt so den Austausch unter den Fachpersonen. Zu den zentralen Instrumenten gehört auch das „Ergebnismodell“, ein Modell zur Typisierung von Ergebnissen der Gesundheitsförderung. Es basiert auf der Annahme, dass Ergebnisse in der Gesundheitsförderung nicht direkt auf Gesundheit wirken, sondern indirekt über Gesundheitsdeterminanten. Diese verschiedenen Beeinflussungsmöglichkeiten von Interventionen auf die Determinanten macht das Ergebnismodell sichtbar. Ein weiterer Baustein ist der normative Handlungsrahmen „Best Practice“. Dieser ist insbesondere eine Antwort auf die Evidenzdiskussionen und auf die Anforderungen nach Wirkungsnachweisen bei Projekten und Programmen.



Zur **Capacity Building** in der Schweiz gehören auch Aus- und Weiterbildungen für die Fachpersonen in der Gesundheitsförderung. Ein erstes Weiterbildungsangebot startete 1998. Heute bestehen an zwei Fachhochschulen (FH Luzern und FH Nordwestschweiz) sowie an einer Fernfachhochschule Master-Studiengänge für Gesundheitsförderung und Prävention, die den deutschschweizerischen Bedarf abdecken. Ab Herbst 2016 wird an der Hochschule Zürich (ZHAW), im Departement Gesundheit mit dem Bachelor Gesundheitsförderung und Prävention erstmals für die Schweiz eine grundständige Ausbildung angeboten. Seit 2009 kann Gesundheitsförderung als Schwerpunkt auch im Nachdiplomstudium „Public Health", das seit 1992 besteht, an den Universitäten Zürich, Bern und Basel studiert werden. Nach wie vor fehlt in der Schweiz ein Forschungs- und Kompetenzzentrum, das systematische Interventionsforschung betreibt sowie Theorien und Methoden für die Umsetzung weiterentwickelt. Darüber hinaus fehlt ein gesamtschweizerisches Publikationsorgan, das Raum bietet für fachliche Auseinandersetzung.

In der Schweiz hat seit den 1990er-Jahren eine ansehnliche Entwicklung stattgefunden. Von einer **gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik** ist sie aber weit entfernt. Zudem ist der relative Stellenwert der Gesundheitsförderung und Prävention im Vergleich zur Kuration und Rehabilitation trotz aller Strukturentwicklung nach wie vor gering. Das zeigt sich auch darin, dass der Anteil für Prävention und Gesundheitsförderung an den Gesamtausgaben im Gesundheitswesen immer noch bei zwei bis drei Prozent liegt.

Literatur:

Ackermann G/Studer H/Ruckstuhl B, Quint-essenz: Ein Instrument zur Qualitätsentwicklung in Gesundheitsförderung und Prävention, in: Kolip P/Müller V. (Hg.), Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention, Bern 2009, 137-156;

Broesskamp-Stone U, Gute, vielversprechende, beste Praxis? Der Best-Practice-Rahmen für Gesundheitsförderung und Prävention, in: Kolip P/Mü ller V. (Hg.), Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention, Bern 2009, 115-136;

Bundesamt für Gesundheit (BAG), Prävention und Gesundheitsförderung in der Schweiz, Bern, 28. September 2007;

Bundesamt für Gesundheit, Psychische Gesundheit in der Schweiz. Bestandsaufnahme und Handlungsfelder. Bern 2015. (www.bag.admin.ch)

Cloetta B/Spencer B/Spörri A/Ruckstuhl B/Brösskamp-Stone U/Ackermann G, Ein Modell zur systematischen Kategorisierung der Ergebnisse von Gesundheitsförderungsprojekten, in: Prävention, 27, 2004, 67-72;

Eidgenössisches Departement des Innern EDI. Die gesundheitspolitischen Prioritäten des Bundesrates Gesundheit2010. Bern 2013, 72;

Gutzwiller F/Abelin Th/Frey U/Martin J/van der Linde F, Gesundheitsförderung und Prävention in der Schweiz. Leitbild 86. Schweizerische Gesellschaft für Sozial- und Präventivmedizin, Bern 1986;

Kolip, P et al, Gesundheitsförderung mit System. quint-essenz - Qualitätsentwicklung in Projekten der Gesundheitsförderung und Prävention. Bern 2012;

May A/Castella F/Wiesli R, Die Kantonalen Beauftragten für Gesundheitsförderung. Situationsanalyse und Entwicklungspotential. Bern 2010;

Nationale Strategie Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (NCD-Strategie) 2017-2024. Im Rahmen der Bundesrätlichen Strategie Gesundheit2020. Bern. https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/strategien-politik/nationale-gesundheitsstrategien/strategie-nicht-uebertragbare-krankheiten.html

Nationale Strategie Sucht 2017-2024. Im Rahmen der Bundesrätlichen Strategie Gesundheit2020. Bern.

https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/mensch-gesundheit/sucht/alkohol.html

Ruckstuhl B, Gesundheitsförderung. Entwicklungsgeschichte einer neuen Public Health-Perspektive. Mit Zeitzeugeninterviews, Weinheim 2011;

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Hg.), Gesundheit in der Schweiz - Fokus chronische Erkrankungen. Nationaler Gesundheitsbericht 2015. Bern 2015. http://www.obsan.admin.ch/sites/ default/files/publications/2015/gesundheitsbericht_2015_d_0.pdf

Internetadressen:

www.bag.admin.ch (Bundesamt für Gesundheit)
www.nationalegesundheit.ch (Ständige Plattform von Bund und Kantonen)
www.bildungundgesundheit.ch (Bildung und Gesundheit Netzwerk Schweiz)
www.gesunde-schulen.ch (Schweizerisches Netzwerk Gesundheitsfördernder Schulen)
www.impactsante.ch (Plattform Gesundheitsfolgenabschätzung gfa)

Verweise:

Capacity Building / Kapazitätsentwicklung, Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik / Healthy Public Policy, Gesundheitsförderung und Betrieb, Health Impact Assessment (HIA) / Gesundheitsverträglichkeitsprüfung, Qualitätssicherung, Qualitätsentwicklung, Qualitätsmanagement, Selbsthilfe, Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeförderung, Settingansatz / Lebensweltansatz

Gesundheitsförderung 8: Bewertung und Perspektiven

Lotte Kaba-Schönstein, Alf Trojan

(letzte Aktualisierung am 15.06.2018)

Das Gesundheitsförderungskonzept im Verständnis der Weltgesundheitsorganisation (WHO) wurde in den 1980er-Jahren entwickelt und 1986 auf der 1. Internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung in Ottawa (Kanada) in der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung, dem bis heute gültigen Grundsatz- und Leitdokument, zusammengefasst (**Gesundheitsförderung 1: Grundlagen** und **Gesundheitsförderung 2: Entwicklung vor Ottawa 1986**).

Die internationale Entwicklung und programmatische Einordnung der Gesundheitsförderung nach dieser Konferenz wird in **Gesundheitsförderung 3: Entwicklung nach Ottawa** dargestellt, für die Europäische Union in **Gesundheitsförderung 4: Europäische Union (EU)**. Die Entwicklung der Gesundheitsförderung in Deutschland seit Mitte der 1980er-Jahre wird in **Gesundheitsförderung 5: Deutschland** zusammengefasst.

Dieser Beitrag fasst die Entwicklung der Gesundheitsförderung in den 30 Jahren seit der Ottawa Charta (1986) zusammen und bewertet sie. In einem einführenden Teil wird das Ringen um konzeptionelle Klärungen und Begrifflichkeiten, auch im Verhältnis zur Prävention von Krankheiten dargestellt. Es folgen eine Bilanzierung der Erfolge (Paradigmenwechsel, positive programmatische, konzeptionelle, rechtliche und strukturelle Entwicklungen) und der Probleme bzw. Herausforderungen. Der Beitrag wird abgeschlossen mit Perspektiven für die weitere Entwicklung.

Konzeptionelle und begriffliche Klärungen, Abgrenzung und das Verhältnis von Gesundheitsförderung und Prävention

Die Begriffe Gesundheitsförderung, **Prävention** (und teilweise auch **Gesundheitswissenschaften/ Public Health**) werden im praktischen, politischen und im wissenschaftlichen Sprachgebrauch oft synonym und sehr uneinheitlich gebraucht. Ihr Verhältnis zueinander ist oft unklar, es gibt nach wie vor keine durchgängige Einigung über die spezifischen Gegenstandsbereiche und Zielsetzungen der Gesundheitsförderung. Die Ottawa-Charta enthält keine eindeutige Definition und Abgrenzung von Gesundheitsförderung. Eine von Anfang an zu beobachtende Tendenz zur beliebigen und inflationären Verwendung der Bezeichnung Gesundheitsförderung als Trend- und Modebegriff, der auch unveränderten,

traditionellen präventiven Maßnahmen übergestülpt wurde und wird („Alter Wein in neuen Schläuchen"), hat die Unklarheiten verstärkt. Besonders klärungsbedürftig ist die Frage, in welchem Verhältnis Gesundheitsförderung zur Prävention steht. Während Prävention orientiert ist an dem Ziel, Krankheit und pathogene Risiken zu vermeiden und von Theorien über Krankheitsursachen ausgeht, steht bei Gesundheitsförderung die Frage im Vordergrund, wo Gesundheit entsteht, welche **Determinanten Gesundheit** beeinflussen und welche salutogenen Ressourcen deshalb im Zusammenwirken der verschiedenen Ebenen der Determinanten gestärkt und gefördert werden müssen (**Salutogenetische Perspektive**).

Aus wissenschaftlicher und politischer Sicht hat es verschiedene Versuche und Plädoyers gegeben, die Themen und Gegenstandsbereiche und die spezifischen Ziele von Gesundheitsförderung und Prävention eindeutig zu definieren, auch um die zielorientierte Planung und Evaluation von Interventionen zu ermöglichen und zu erleichtern. Bei den zahlreichen Einordnungs- und Definitionsversuchen steht ein eher weites Verständnis von Gesundheitsförderung einem eher engen Verständnis gegenüber:

- „Weite" Definitionen verstehen Gesundheitsförderung als Globalziel, als Ober- und Sammelbegriff für alle nicht therapeutischen Aktivitäten zur Verbesserung der Gesundheit - präventive und rehabilitative Maßnahmen inbegriffen.
- Die „engeren" Definitionen heben meist unter Bezugnahme auf die Ottawa-Charta das Neue und Andersartige des Gesundheitsförderungsansatzes hervor, insbesondere die salutogenetische Orientierung (die von der pathogenetischen Orientierung der Prävention abgegrenzt wird), die Orientierung an Potenzialen und Ressourcen statt an Risiken und Defiziten, die Betonung von Selbstbestimmung, Befähigung und **Partizipation** sowie die über das Medizinsystem hinausgehende sozial- und gesamtpolitische Handlungsorientierung, Kontextsteuerung und Systeminterventi-on. Dieses Verständnis entspricht der Intention der Ottawa-Charta, die Gesundheitsförderung als Kernbereich einer „New Public Health" (Neuen Öffentlichen Gesundheit) definierte und als Handlungsprogramm auf die gesundheitspolitische Tagesordnung setzen wollte.
- In einer zusätzlichen Einordnungsvariante sind (primäre) Prävention und präventive Gesundheitspolitik die Oberbegriffe, denen die Gesundheitsförderung als (ressourcenorientierte) präventive Teilstrategie untergeordnet wird.

Im Zuge der Diskussionen um ein Präventionsgesetz hat sich (ab 2005) der in den Entwürfen und in anderen Strategiepapieren verwendete Begriff „gesundheitliche Prävention" weit verbreitet - als Oberbegriff für die ressourcen- und salutogenetisch orientierte Ge-

sundheitsförderung und die risikenorientierte und pathogenetisch orientierte Prävention. Bedenklich erscheint, dass sich seit einigen Jahren auch die Verkürzung dieses offensichtlich missverständlichen Begriffs „gesundheitliche Prävention“ zur „Gesundheitsprävention“ zusehends verbreitet. „Gesundheitsprävention“ ist aus etymologischer Sicht unsinnig, da es ja nicht darum gehen kann, der Gesundheit zuvorzukommen, sie zu verhüten. Die Zielsetzung sollte vielmehr lauten: „Gesundheit fördern und Krankheit prävenieren“ (Schnabel, 2007).

Waller hat vorgeschlagen, Gesundheitsförderung und Prävention als die beiden grundlegenden Strategien zur Verbesserung bzw. Erhaltung der Gesundheit zu verstehen, wobei sich Gesundheitsförderung auf die Erhaltung und Stärkung von Gesundheitsressourcen und Prävention auf die Reduzierung und Vermeidung von Gesundheitsrisiken bezieht (siehe Abb. in **Gesundheitsförderung 1**). Wallers klare und einfache Darstellung hat den Vorteil, dass sich darüber die Strategien und Maßnahmen der Gesundheitsförderung und der Prävention begründen und ableiten lassen. Gesundheitliche Aufklärung und Gesundheitserziehung, **Gesundheitsbildung**, **Gesundheitsberatung**, gesundheitliche **Selbsthilfe**, Gesundheitstraining und Präventivmedizin, **gesundheitsbezogene Gemeinwesenarbeit** und **Gesundheitspolitik** werden dabei als unterschiedliche methodische Ansätze zur Umsetzung der beiden Strategien verstanden. In der wissenschaftlichen und politischen Diskussion hat sich die Sichtweise verbreitet, dass sich Gesundheitsförderung und Prävention in der grundsätzlichen Orientierung unterscheiden. Gesundheitsförderung ist orientiert an salutogenen Ressourcen, die gestärkt und gefördert werden, Prävention orientiert sich an pathogenen Risiken und Belastungen, die verhindert oder gemindert werden. So hat die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) ihre seit 2007/2008 verabschiedeten Ziele konsequent in „Oberziele Gesundheitsförderung“, die die „salutogenen Potenziale“ adressieren und in „Oberziele Prävention“ gegliedert, die sich an der „Verhütung der epidemiologisch bedeutsamsten Krankheiten“ ausrichten. Im Alltagsverständnis herrscht ein weites Verständnis vor, das unabhängig von der fachlichen Diskussion auch in den Gebrauch in Praxis und Politik hineinragt. Dies kann zusätzlich zu Missverständnissen führen.

Es wird zunehmend deutlich, dass es in vielen Fällen sinnvoll und wirksam ist, die beiden Orientierungen und Ansätze, die ohnehin nicht immer scharf getrennt werden können, bewusst zu kombinieren. So haben Interventionsmodelle in der Arbeitswelt, in denen Gesundheitsförderung mit Elementen der Verhaltens- und Verhältnisprävention kombiniert wurde, beachtliche und zeitstabile Wirkungen gezeigt.

Auch der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVR) betrachtet in seinem Gutachten von 2001 sowohl die krankheitsorientierte Herangehensweise der Prävention als auch den salutogenen Ansatz der Gesundheitsförderung als einander ergänzend, da letztendlich beide aus unterschiedlicher Perspektive und mit unterschiedlichen Strategien auf die Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung zielen.

Gesundheitsfördernde bzw. präventive Maßnahmen sollten nach Auffassung des Sachverständigenrates immer zwei Aspekte betrachten:

- Welche äußeren oder verhaltensabhängigen Risiken und Belastungen können im Hinblick auf (spezifische) Krankheitsvermeidung gesenkt werden?
- Welche persönlichen oder kollektiven Ressourcen können (z. B. durch die Entwicklung persönlicher Kompetenzen oder durch kontext- oder settingbezogene Maßnahmen) gestärkt werden?

Dieser Sichtweise hat sich der GKV-Spitzenverband nicht nur bei der oben genannten Zielformulierung sondern auch in seinem Leitfaden angeschlossen: Die Gesundheitsförderungsziele sind komplementär auf die Präventionsziele bezogen. Sie sollen zu einer Verschränkung krankheitsbezogener Präventionsanstrengungen mit der Förderung positiver Rahmenbedingungen in den gleichen Lebenswelten (z. B. Schulen und Betriebe) beitragen (GKV-Leitfaden 2014).

Parallel zu den wissenschaftlichen Versuchen, Gesundheitsförderung und Prävention möglichst präzise zu fassen, wurden verstärkt seit der Jahrtausendwende auch legislatorische Bemühungen sichtbar, zu einem gemeinsamen Verständnis zu kommen. Ein wichtiger Meilenstein war das Gutachten von U. Walter et al. (2004), das die Wahrnehmung rechtlicher Regelungen und Implikationen für ein übergreifendes Präventionsgesetz behandelte.

In jüngster Zeit (2014-2015) wurde im Rahmen des von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung koordinierten Kooperations- und Forschungsprojekts „Gesundheitsförderung in Lebenswelten - Entwicklung und Sicherung von Qualität“ eine Bestandsaufnahme und Analyse der rechtlichen Regelungen, Verwaltungsvorschriften und Empfehlungen zur Qualitätssicherung sowie Prävention und Gesundheitsförderung durchgeführt. Einbezogen waren die Lebenswelten Kommune/Quartier, Kindertagesstätte, Schule, Pflegeheim und freie Seniorenarbeit. Dabei fanden sich Vorgaben zu Prävention und Gesundheitsförderung in zahlreichen Regelungen und auch hier ein auffälliges Nebeneinander verschiedener Begriffe. Neben Prävention (als Verhütung und Vermeidung) fanden sich in den gesetzlichen Vorgaben aller Lebenswelten Prophylaxe, Gesundheitsschutz und Vorsorge. Besonders in jüngeren Regelungen werde „das salutogene Verständnis der Ressourcen stärkenden Gesundheitsförderung“ zum Teil wörtlich, zum Teil auch durch Begriffe wie Chancengleichheit, Selbstbestimmung, Partizipation und Gleichberechtigung in den Gesetzen repräsentiert. Eine Auseinandersetzung mit der begrifflichen Heterogenität ist daher weiterhin notwendig im Hinblick auf eine Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung und deren Integration in die Politikfelder und Routinen der Lebenswelten (Walter et al. 2015).

Das Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz) von 2015 unterscheidet im § 20 SGB V Abs.1 Leistungen „zur Verhinderung und

Verminderung von Krankheitsrisiken (primäre Prävention) sowie zur Förderung des selbstbestimmten gesundheitsorientierten Handelns der Versicherten (Gesundheitsförderung)". Das ist nicht ganz falsch, aber terminologisch unbefriedigend, weil gerade mit einer Fokussierung auf das Handeln der Versicherten die Essenz von Gesundheitsförderung nicht erfasst wird. Auch im Bereich der Prävention gibt es uneinheitliche Begriffsverwendungen und begriffliche Unschärfen, insbesondere bei der Dreiteilung in Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention (**Prävention und Krankheitsprävention**). Überschneidungen von Prävention und Gesundheitsförderung finden sich insbesondere in den Bereichen der (unspezifischen) Primärprävention und der Verhältnisprävention.

Quintessenz: Viel Klärendes wurde zu den Konzepten gesagt und aufgenommen, aber Einigkeit oder gar konsistenten Gebrauch gibt es leider immer noch nicht.

Erfolge - was wurde erreicht?

Paradigmenwechsel

Die Ottawa-Charta als Aktionsprogramm zur Umsetzung des Ziels „Gesundheit für alle" hat in den gut 30 Jahren seit der Verabschiedung dieses Grundsatz- und Leitdokuments (1986) mit innovativer Dynamik die Theorie und Praxis der Bereiche öffentliche Gesundheit/ Public Health, Prävention, Gesundheitspolitik, Gesundheitserziehung und -bildung etc. in Europa und Deutschland (aber auch weltweit) in Bewegung gebracht und modernisiert. Es sind zahlreiche nationale und internationale Umsetzungsinitiativen und -netzwerke auf vielen Ebenen und in verschiedenen Handlungsbereichen entstanden (**Gesundheitsförderung 2: Entwicklung vor Ottawa 1986** und **Gesundheitsförderung 3: Entwicklung nach Ottawa**, **Gesundheitsförderung 4: Europäische Union**, **Gesundheitsförderung 5: Deutschland**, **Gesundheitsförderung 6: Österreich**, **Gesundheitsförderung 7: Schweiz**).

Der in Theorie und Praxis bis dahin vorherrschenden einseitig pathogenetischen Perspektive wurde die salutogenetische Perspektive gegenübergestellt und hinzugefügt. Die Entwicklung vom Krankheitsvermeidungsmodell über das Krankheitsfrüherkennungsmodell zum Modell der Gesundheitsförderung wurde teilweise als Beginn eines Paradigmenwechsels von der Krankheits- zur Gesundheitsorientierung betrachtet. Diese Modelle werden dabei als miteinander konkurrierend gesehen mit noch offenem Ausgang, welches Modell sich zu einer „beispielhaften Theorie" entwickeln und für Wissenschaft und Praxis bestimmend werden wird.

Nach gut 30 Jahren der Verbreitungsgeschichte des Konzepts und angesichts der geschilderten Entwicklungen der sinnvollen Verknüpfung von salutogen orientierten und ressourcenorientierten Strategien mit solchen der risikoorientierten Primär- und Verhältnisprävention sind die Konkurrenzen abgemildert. Die Verknüpfung von Gesundheitsför-

derung und Prävention weist auf einen dritten Weg, der beide Strategien als unverzichtbare komplementäre Bausteine eines integrierten Ansatzes betrachtet.

Die Verbreitung des Gesundheitsförderungskonzepts hat beigetragen zur Durchsetzung eines komplexen, sozialökologischen Verständnisses von Gesundheit und Krankheit. Sie hat die Aufmerksamkeit für die notwendige Ergänzung von individuellen Verhaltensmaßnahmen durch politische Gestaltung gesundheitsrelevanter Bedingungen und für die Berücksichtigung sozialer und politischer **Determinanten der Gesundheit**, sowie **sozialer Ungleichheit der Gesundheit** in weiten Kreisen der Praxis, Politik und Wissenschaft geschärft (**Gesundheitspolitik**, **Gesundheitliche Chancengleichheit**). Daraus haben sich immer mehr Programme und v.a. Projekte der Gesundheitsförderung nach dem Settingansatz/Lebensweltansatz entwickelt, aber auch Initiativen wie der Kooperationsverbund gesundheitliche Chancengleichheit.

In jüngster Zeit erfährt das Konzept der Health Literacy (im Deutschen zumeist als Gesundheitskompetenz übersetzt) erhöhte Aufmerksamkeit (Bundesgesundheitsblatt Band 58, 9/2015, BZgA 2016): Der AOK-Bundesverband hat Mitte 2016 unter der Schirmherrschaft des Gesundheitsministers ein Nationales Aktionsprogramm Gesundheitskompetenz ins Leben gerufen, dem 2017 eine Allianz für Gesundheitskompetenz folgte. Zwar gibt es mit dem Teilaspekt der „organisationalen Gesundheitskompetenz“ (Brach 2012, Pelikan und Dietscher 2015) auch einen Versuch, dieses Konzept für strukturelle Innovationen nutzbar zu machen. Dem Ansatz der Kompetenzsteigerung bei tendenziell zu inkompetenten Bürgern und Bürgerinnen wohnt aber ein gewisser Trend zu Individualisierung (im Extrem sogar zum Victim-Blaming) inne und damit der Reduktion des Gesundheitsförderungskonzepts auf ein (zu) enges Verständnis. Der im Februar 2018 vorgestellte Nationale Aktionsplan Gesundheitskompetenz hat jedoch ein breiteres Konzept-Verständnis, das die vier Handlungsbereiche Alltägliche Lebenswelten, Gesundheitssystem, Chronische Erkrankungen und Forschung umfasst und mit Empfehlungen dazu endet.

Gesundheitsförderung wird in einschlägigen internationalen und nationalen Diskussionen, Entschließungen und Programmen vermehrt als „Investition“ in die Zukunft wahrgenommen und thematisiert. Sie wird, zusammen mit der Prävention von Krankheiten, als die große Produktivitätsreserve in Gesundheitswesen und Gesellschaft angesehen und als dringliche Priorität eingestuft angesichts der Zunahme der nichtübertragbaren und chronischen Erkrankungen in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Angesichts dieser weltweit wachsenden Herausforderungen durch die nichtübertragbaren Erkrankungen werden in den Programmen, Strategien, Zielen und Erklärungen auf europäischer und globaler Ebene zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Erkrankungen (Noncommunicable Diseases, NCDs) Ansätze der Verhältnisprävention mit solchen der Gesundheitsförderung (z. B. Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit, Schaffen gesundheitsförderlicher Lebenswelten und Empowerment) verknüpft (z. B. WHO-Euro-Programm 2006,

WHO-Euro-Aktionsplan 2012-2016, 2016-2020, Globaler Aktionsplan 2013-2020) (**Gesundheitsförderung 3**). Auch die Deutsche Allianz Nichtübertragbare Krankheiten (DANK) erinnert an die von der deutschen Regierung in diesen Programmen und Erklärungen eingegangenen Selbstverpflichtungen und fordert Maßnahmen, die Verhältnisprävention und förderliche Rahmenbedingungen für Bewegung und Ernährung in Schulen verbinden.

Gesundheitsförderung (und Prävention) wird in vielen Stellungnahmen staatlicher und gesellschaftlicher Akteure auf der Bundes- und Länderebene auch zunehmend als gesamtgesellschaftliche Aufgabe bezeichnet, für die politische Willensbildung und angemessene Strukturen und Finanzierung zu entwickeln sind. Ebenso wird in der einschlägigen Diskussion in bemerkenswerter Übereinstimmung eine verstärkte intersektorale („ressortübergreifende") Zusammenarbeit und die Erweiterung der „Health for all"Zielsetzung zu einer „Health in All Policies (HiAP)"-Perspektive (Health Promotion Mainstreaming mit Gesundheitsförderung als Querschnittsaufgabe) gefordert. In den 10 Jahren seit Health in All Policies während der finnischen EU-Ratspräsidentschaft thematisiert wurde, haben „Gesundheit in allen Politikbereichen" und der „gesamtgesellschaftliche Ansatz" zwar den Weg in viele Positionspapiere und Erklärungen der maßgeblichen deutschen Gesundheitsförderungsakteure (Bundesregierung, Bundesrat, Gesundheitsministerkonferenz, GKV etc.) geschafft - aber nur teilweise in die tatsächliche Gesundheitsförderungspolitik.

Als Erfolg (im Sinne von Bewusstseinsbildung und Agenda-Setting) ist zu bezeichnen, dass Gesundheitsförderung und HiAP in das Bewusstsein der Akteure und auf die politische Agenda gelangt sind. Es bleibt aber für Deutschland die Herausforderung, insbesondere auf der Ebene des Bundes und der Länder, die „Implementierungslücke" mit einer umfassenden Gesundheitsförderungspolitik zu schließen.

Positive konzeptionelle, programmatische, rechtliche und strukturelle Entwicklungen

In Deutschland (und Europa) wurden seit den 1980er-Jahren bezüglich der programmatischen, konzeptionellen und rechtlichen Absicherung und der entstandenen Strukturen für Gesundheitsförderung Grundlagen geschaffen, auf denen die weitere Entwicklung aufbauen kann (siehe Abb. nächste Seite). Im Folgenden wird vertiefend auf die im Überblick genannten Erfolge eingegangen.

Gesundheitsförderungsdokumente und Entschließungen

Die Global- und Regionalstrategien „Gesundheit für alle" waren Grundlage für die OttawaKonferenz und -Charta zur Gesundheitsförderung, die anschließenden internationalen Konferenzen zur Gesundheitsförderung und ihre Entschließungen sowie die regionalen und globalen gesundheitspolitischen Programme und Strategien. Sie bieten ein vielfältiges Erbe und Orientierung für die konzeptionelle und aktionsorientierte Umsetzung in

Deutschland. Sie sind auch Grundlage für die nationale Ebene, da die deutsche Bundesregierung diesen Entschließungen und Programmen im Rahmen der Gremien der Weltgesundheitsorganisation und der Vereinten Nationen zugestimmt hat (**Gesundheitsförderung 1: Grundlagen**, **Gesundheitsförderung 2: Entwicklung vor Ottawa 1986** und **Gesundheitsförderung 3: Entwicklung nach Ottawa**; **Gesundheitsförderung 5: Deutschland**).

Überblick über programmatische, konzeptionelle, rechtliche und strukturelle Entwicklungen und Grundlagen der Gesundheitsförderung in Deutschland

- Regionale und nationale Grundsatzdokumente und -Entschließungen
- Programme und Rechtsvorschriften der EU
- Netzwerke (internationale, nationale und regionale) zu Settings
- Gesundheitsförderung als Aufgabe der Gesetzlichen Krankenversicherung (§ 20 SGB V)
- Gesundheitsförderung als Aufgabe des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD)
- Kooperative und koordinative Strukturen
- Gesundheitsziele(-prozess)
- Angebote der Aus-, Fort- und Weiterbildung
- Gesundheitsförderungs- und Präventionsforschung
- Qualitätssicherungs-Initiativen Gutachten, Stellungnahmen, Positionspapiere und Entschließungen aller wichtigen Akteure
- Gesetz zur Stärkung von Gesundheitsförderung und Prävention (Präventionsgesetz)

Allerdings werden sie vorrangig in Fachkreisen rezipiert und diskutiert und sind in der öffentlichen Diskussion und Politik im Vergleich zu anderen europäischen Ländern eher wenig präsent. Für die Orientierung, Bewertung und die Legitimierung von Umsetzungsforderungen sind insbesondere von Bedeutung:

- 2000: Die Mexiko-Konferenz und -Erklärung der Gesundheitsminister zur Gesundheitsförderung mit einem Rahmen für Nationale Aktionspläne. Ein solcher Nationaler Aktionsplan wurde in Deutschland nie erstellt, die Forderung danach mag aber ein Stimulus für verschiedene Akteure gewesen sein, auf ein Präventionsgesetz zu drängen.

- 2009: Die Nairobi-Konferenz zur Gesundheitsförderung mit dem Nairobi-Aktionsaufruf zum Schließen der „Lücke der Implementierung in der Gesundheitsförderung“, die auch in Deutschland besteht.
- 2012: Gesundheit 2020. Rahmenkonzept und Strategie der Europäischen Region für das 21. Jh. mit den vorrangigen strategischen Zielen der Verbesserung der Gesundheit für alle und Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit und der Verbesserung von Führung und partizipativer Steuerung für die Gesundheit (governance for health).
- 2013: Die Helsinki-Konferenz und Erklärung zu „Health in all Policies“.
- 2015: Die Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung mit den Sustainable Development Goals (SDG) (Nachhaltige Entwicklungsziele), die Nachhaltige Entwicklung mit Armutsbekämpfung und Gesundheit(sförderung) verknüpfen.
- 2016: Die Shanghai-Konferenz - und Erklärung über Gesundheitsförderung im Rahmen der Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung mit Gesundheit als politische Entscheidung und den strategischen Prioritäten: verantwortungsbewusste Regierungsführung, Maßnahmen in Städten und Gemeinden sowie Befähigung der Menschen zur Förderung ihrer Gesundheit (**Gesundheitskompetenz**) (**Gesundheitsförderung 3**)

Programme der Europäischen Union (EU) im Zusammenhang mit Öffentlicher Gesundheit/Public Health

Auch die Programme und einschlägigen Institutionen und Aktivitäten der Europäischen Union (EU) haben zur Entwicklung der Gesundheitsförderung in Deutschland beigetragen und bieten Grundlagen und finanzielle Ressourcen für die weitere Entwicklung. Dies gilt für die Aktionsprogramme der Gemeinschaft sowie für die Ziele und Aktivitäten zum Abbau gesundheitlicher Ungleichheiten in Europa, an denen auch Deutschland, insbesondere über EuroHealthNet und die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) beteiligt ist.

Das Dritte Aktionsprogramm der Union im Bereich der Gesundheit (2014-2020) verfolgt vier spezifische Ziele. Ziel 1 bezieht sich auf „Gesundheitsförderung, Prävention von Krankheiten und Schaffung eines günstigen Umfelds für eine gesunde Lebensführung unter Berücksichtigung des Grundsatzes Einbeziehung von Gesundheitsfragen in alle Politikbereiche“. Damit werden auch im Bereich der EU Gesundheitsförderung und Prävention prioritär genannt und wie auf der Ebene der Weltgesundheitsorganisation verknüpft mit dem HiAP-Ansatz (**Gesundheitsförderung und EU**).

Zahlreiche internationale, nationale und teilweise regionale Netzwerke nach dem Settingansatz/Lebensweltansatz

In den letzten 30 Jahren haben sich für die Settings Stadt, Quartier, Betrieb, Krankenhaus, Kindertageseinrichtung, Schule und Hochschule Projekte und Programme nach dem Settingansatz der Gesundheitsförderung verbreitet. Sie bieten Ansatzpunkte und Andockmöglichkeiten für die „Stärkung der Gesundheitsförderung in den Lebenswelten" nach dem Präventionsgesetz (**Settingansatz / Lebensweltansatz**, **Gesundheitsförderung und gesunde/soziale Stadt**, **Gesundheitsförderung und Betrieb**, **Gesundheitsförderung und Kindertageseinrichtungen** / **Gesundheitsförderung und Schulen** / **Gesundheitsförderung und Hochschulen**, **Gesundheitsförderung und Krankenhaus**, **Präventionsgesetz**). Festlegung und Weiterentwicklung von Gesundheitsförderung als Aufgabe der Gesetzlichen Krankenversicherung *(GKV) in § 20 SGB V*

Gesundheitsförderung (und Prävention) im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung ist derjenige Bereich der Bundesgesundheitspolitik, den sie gestalten kann und auf den sie sich bisher weitgehend konzentriert hat. Auf der Grundlage des § 20 SGB V hat sich seit 2000 die Gesundheitsförderung in Bezug auf Zuständigkeiten, Leistungsbereiche, Qualitätssicherung und Zielorientierung kontinuierlich ausgeweitet. Auf dieser Grundlage erfolgt die Weiterentwicklung im Rahmen des Präventionsgesetzes von 2016, das ebenfalls primär auf die GKV konzentriert ist, aber weitere Sozialversicherungen einbezieht (**Gesundheitsförderung 5: Deutschland**).

Gesetzliche Verankerung von Gesundheitsförderung als Aufgabe des ÖGD

Soweit im Grundgesetz (Art. 74) die staatliche Verantwortung für die Gesundheit nicht dem Bund zugeordnet ist (wie z. B. für die Sozialversicherung, den Arbeitsschutz, Maßnahmen gegen gemeingefährliche und übertragbare Krankheiten, den Verkehr mit Nahrungs- und Genussmitteln, den Strahlenschutz, die Luftreinhaltung oder die Lärmbekämpfung), sind die Länder gefordert. In den Landesgesetzen für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) werden die meisten für kommunale Gesundheitsförderung wichtigen Basisaufgaben den Gesundheitsämtern zugewiesen (siehe Abb.).

Infrastrukturelle Kernfunktionen des ÖGD in den Gesundheitsdienstgesetzen der Länder

Land	Gesundheitsbericht- erstattung	Vernetzung, Kooperation	Koordination, Planung
Baden-Württemberg	§§ 1,6, 11 ÖGDG	§§ 1, 7 ÖGDG	§§ 1, 7 ÖGDG
Bayern	Art. 10, 14, 15 GDVG	Art. 6, 9, 13, 14, GDVG	Art. 10 GDVG
Berlin	§§ 1,5,6 GDG	§§ 1, 7 GDG	§§ 1,6,8 GDG

Brandenburg	§§ 1, 9 BbGDG	§§ 1, 3 BbgGDG	§§ 5, 9 BbgGDG
Bremen	§§ 2, 9, 10, 11, 12 ÖGDG	§§ 1, 12, 13, 14 ÖGDG	§§ 1, 2, 12, 13, 18 ÖGDG
Hamburg	§§ 4, 5 HmbGDG	§§ 3, 6, 7a, 9, 22 HmbGDG	§§ 4, 5, 10 HmbGDG
Hessen	§ 13 HGöGD	§§ 1, 7, 10. 11 HGöGD	§§ 1, 4, 7, 13 HGöGD
Mecklenburg Vorpommern	§§ 1, 24 ÖGDG M-V	§§ 5, 16 ÖGDG M-V	§§ 1, 10 ÖGDG M-V
Niedersachsen	$ 8 NGöGD	§ 1 NGöGD	§ 4 NGöGD
Nordrhein-Westfalen	$$ 6, 7, 21, 24, 25, 27 ÖGDG	§§ 3, 4, 6, 23, 24 ÖGDG	§§ 7, 8 ÖGDG
Rheinland-Pfalz	§§ 1, 5, 10 ÖGdG	§§ 1, 5, 12 ÖGdG	§§ 1 ÖGdG
Saarland	§§ 1, 6 ÖGDG	§§ 7, 8, 10 ÖGDG	§§ 1, 7 ÖGDG
Sachsen	§ 1 SächsGDG	§ 7 SächsGDG	
Sachsen-Anhalt	§§ 1, 11, 12 GDG LSA	§§ 3, 7, 22 GDG LSA	§§ 3, 12 GDG LSA
Schleswig-Holstein	§§ 4, 6 GDG	§§ 2, 4 GDG	§§ 2, 5, 8 GDG
Thüringen	§ 1 ÖGD-Verordnung	§ 5 ÖGD-Verordnung	

Quelle: Joseph Kuhn, Stand Dezember 2015. In den ÖGD-Gesetzen gibt es zudem zahlreiche Mitwirkungspflichten, deren Umsetzung u.a. ebenfalls Gremien- und Netzwerkarbeit einschließt. Quelle: Kuhn, Trojan 2016.

Der Umfang der in die Gesundheitsförderung hineinreichenden Regeln ist aber weit komplexer (BZgA 2015, S.32 ff) (**Gesundheitsförderung und ÖGD Gesundheitsförderung 5: Deutschland**).

Kooperative und koordinative Strukturen

Die Koordinationsstrukturen für Gesundheitsförderung und Prävention auf der Landes- oder der kommunalen Ebene haben Initiierungs- und Management- und damit auch Steuerungsfunktionen für ihre Mitglieder. Die Umsetzung basiert auf Selbstverpflichtung. Sie kann nicht verordnet oder eingeklagt werden; umgesetzt werden kann nur, worüber Konsens erzielt wird.

Bundesweite Kooperationsnetzwerke steuern ihre Mitglieder durch gemeinsame Beschlüsse, aber auch durch wechselseitiges „Lernen am Modell“. Der 2003 von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit

initiierte Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (Geschäftsstelle Gesundheit Berlin-Brandenburg) wurde mit den Landesvereinigungen für Gesundheit, der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung (BVPG), Krankenkassen, der Unfallversicherung, dem Deutschen Institut für Urbanistik, kommunalen Spitzenverbänden, der Bundesagentur für Arbeit, dem Umweltbundesamt, Verbänden der Gesundheits- und Medizinberufe sowie Wohlfahrtsverbänden kontinuierlich auf- und ausgebaut.

Ziel des Verbundes mit derzeit 66 Kooperationspartnern ist es, die gesundheitliche Chancengleichheit zu fördern, sowohl durch die gesundheitsgerechte Gestaltung von Lebenswelten und Lebensbedingungen, als auch durch die Entwicklung individueller Ressourcen und die Stärkung und Teilhabe von Menschen in schwierigen **Lebenslagen**. Der Kooperationsverbund unterstützt die Abstimmung und Zusammenarbeit der Akteure sowie die Qualifizierung und Qualitätsentwicklung. In diesem Zusammenhang wurden „Kriterien guter Praxis der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung“ entwickelt und Beispiele Guter Praxis ausgewählt, beschrieben und verbreitet.

Mit dem *kommunalen Partnerprozess „Gesund aufwachsen für alle!“* soll der Austausch zwischen den Kommunen gefördert werden, insbesondere, um Integrierte kommunale Gesundheitsstrategien / Präventionsketten aufzubauen. Das Internetportal für kommunale Zusammenarbeit **www.inforo-online.de** ermöglicht (nach dem im Juni 2018 erfolgten Relaunch) den Austausch zwischen kommunalen Akteuren, Netzwerkkoordinatoren und Fachkräften der kommunalen Gesundheitsstrategien. Es wird gleichzeitig von dem *Bundesprogramm „Frühe Hilfen“*, dem Fachportal zur Suchtprävention sowie dem Projekt zur partizipativen Gesundheitsforschung genutzt, um die Vernetzung mit dem Gesundheitsbereich und den Aktivitäten zur gesundheitlichen Chancengleichheit zu erleichtern (**Frühe Hilfen**). Seit 2015 ist der kommunale Partnerprozess zu „Gesundheit für alle“ auf die gesamte Lebensspanne ausgedehnt.

Der Kooperationsverbund (und sein Beratender Arbeitskreis) haben für den Bereich der „Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit“ wichtige Grundlagen und intersektorale Kommunikations- und Kooperationsstrukturen auf der Bundesebene geschaffen. So haben sich aufgrund von Anregungen aus dem Beratenden Arbeitskreis des Kooperationsverbundes im Jahr 2013 die kommunalen Spitzenverbände und die GKV im Bereich Primärprävention und Gesundheitsförderung deutlich zur Zusammenarbeit in der Kommune bekannt und auch entsprechende konkrete Empfehlungen formuliert. Gemeinsame kommunale Gremien sollen dazu führen, dass Maßnahmen zur Gesundheitsförderung in der Kommune abgestimmt und gebündelt werden (Deutscher Städtetag u.a. 2013).

Über die Koordinierungsstellen Gesundheitliche Chancengleichheit (KGC) hat der Kooperationsverbund Strukturen in den Ländern geschaffen, an die die im Präventionsgesetz vorgesehene „Stärkung der Gesundheitsförderung in den Lebenswelten“ anknüpfen kann.

Nach § 20a SGB V soll mit Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in den Lebenswelten insbesondere der „Aufbau und die Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen“ gefördert werden (**Gesundheitsförderung und soziale Benachteiligung**, **Gesundheitsförderung 5: Deutschland**). Die KGC wurden seither deutlich ausgebaut. Themen und Arbeitsaufträge werden im Rahmen eines bundeseinheitlichen Aufgabenkatalogs in den jeweiligen Bundesländern festgelegt.

Gesundheitskonferenzen sind ein wichtiges Instrument institutionalisierter Koordination und Kooperation geworden. Auf Landesebene gibt es sie in unterschiedlichen Formen und mit unterschiedlichen Akzenten - in systematisch eingeführter Form bisher (2015) nur in 5 Bundesländern, in weiteren 9 wird an einzelnen Stellen damit experimentiert. Insgesamt waren 2014 ca. 130 kommunale Koordinations- und Kooperationsgremien bekannt (d.h. in ca. ein Drittel aller Kreise und kreisfreien Städte). Die Bezeichnungen variieren: kommunale GK (NRW, Baden-Württemberg), gemeindenahe / regionale GK (Bayern), bezirkliche GK (Berlin), Gesundheits- und Pflegekonferenzen (Hamburg), auch regionale oder Kreis-Gesundheitskonferenzen (**Gesundheitskonferenzen**). Schon vom Begriff her lassen Modelle integrierter Versorgung erwarten, dass auch Gesundheitsförderung und Prävention Teil der integrativen Bemühungen sind. Indikationsbezogene Integrationsmodelle zu Volkskrankheiten wie Herzkreislauf-Erkrankungen, Depression oder Rückenschmerz berücksichtigen häufiger einzelne tertiärpräventive Aspekte. Präventive oder gesundheitsfördernde Aspekte spielen auch in anderen Beispielen gelegentlich eine Rolle, z. B. in erweiterten Versorgungsprogrammen verschiedener Krankenkassen zur Frühgeburtenprävention für schwangere Frauen.

Umfassend präventiv und gesundheitsfördernd ausgerichtete Integrationsmodelle sind bisher aber nur bei den populationsbezogenen integrierten Versorgungsmodellen zu finden. Hierbei geht es um die Übernahme eines Anteils oder der gesamten Budgetverantwortung, indikationsübergreifend für die Versicherten der beteiligten Krankenkasse(n) einer bestimmten Region. In solchen Ansätzen wird, wenn auch bisher nur in Einzelfällen, Gesundheitsförderung und Prävention entsprechend dem erweiterten Chronic Care Modell berücksichtigt. Nur im Konzept einer solchen „Integrierten regionalen (Voll-) Versorgung“ bekommen Gesundheitsförderung und Prävention einen zentralen Stellenwert, der weit über das in der heutigen medizinischen Versorgung Übliche hinausreicht (**Gesundheitskonferenzen**, **Gesundheitsförderung 5: Deutschland**, **Gesundheitsförderung und soziale Benachteiligung**, **Frühe Hilfen**, **Präventionsketten/Integrierte Kommunale Gesundheitsstrategien**, **Gesundheitsförderung und integrierte regionale Versorgung**).

Gesundheitsziele(-prozess)
Gemeinsam verabschiedete Gesundheitsziele geben die Richtung für gemeinsames Handeln vor. Teilweise ist der Entwicklungsprozess der Zielfindung Aufgabe der Kooperati-

onsstrukturen (so z. B. in NRW, Sachsen-Anhalt). Im Idealfall folgt die Gesundheitsförderungspolitik dem Muster des Gesundheitspolitischen Aktionszyklus, wie es weitgehend in NRW der Fall ist. Es sind aber auch die Ziele einzelner wichtiger überregionaler Akteure dabei zu berücksichtigen, z. B. der GKV (MDS GKV 2015). Auf freiwilliger Basis gibt es seit vielen Jahren das „Forum Gesundheitsziele Deutschland", das bisher neun nationale Gesundheitsziele verabschiedet hat, zuletzt 2017 Gesundheit rund um die Geburt (gesundheitsziele.de). Bisher war aber unklar, ob und wie diese Ziele für die konkreten Handlungsebenen vor Ort wirksam werden. Es gab für niemanden irgendeine Verpflichtung, diese Ziele wirklich vorrangig umzusetzen. Weil im Präventionsgesetz die meisten Ziele explizit angesprochen werden, ist zukünftig jedoch größere Verbindlichkeit zu erwarten (**Gesundheitsziele**).

Das Fehlen von Verbindlichkeit war bisher eines der großen Probleme der Gesundheitsförderung und Prävention in Deutschland. Durch das Präventionsgesetz ist ein Prozess stärkerer Orientierung auf verbindliche Gesundheitsziele eingeleitet worden. Die Nationale Präventionskonferenz ist zuständig für die nationale Präventionsstrategie. Sie hat in dieser Verantwortung für bundeseinheitliche Rahmenempfehlungen im Februar 2016 erstmals gemeinsame Ziele verabschiedet: „gesund aufwachsen", „gesund leben und arbeiten" sowie „gesund im Alter" (**Gesundheitsziele**, **Gesundheitsförderung 5: Deutschland**).

Angebote der Aus-, Fort- und Weiterbildung

Im Bereich der Aus-, Fort-, und Weiterbildung der Gesundheitsförderung sind in den letzten 25 Jahren zahlreiche Angebote entstanden, die die Qualifizierung für Gesundheitsförderung auf allen Ebenen entwickelt haben, so dass inzwischen einschlägig ausgebildete Fachkräfte auf allen Qualifikationsebenen zur Verfügung stehen. Eine Vorreiter-Funktion hatten dabei die seit den 1990er Jahren entstandenen Master-Studiengänge in Public Health, denen zahlreiche weitere grundständige und Aufbau-Studiengänge, auch an Fachhochschulen folgten - vielfach auch mit Fokussierung auf einzelne Aspekte von Gesundheitsförderung und Prävention wie Sport oder Ernährung.

Der Europäische Qualifikationsrahmen (EFQR) der Kommission der Europäischen Gemeinschaft unterscheidet nach Kenntnissen, Fertigkeiten und Grad der Verantwortungsübernahme acht verschiedene Niveaus. Im nationalen deutschen Arbeitskreis (DQR) wurden die formalen Qualifikationen den Niveaus des EFQR zugeordnet. Um die Transparenz für Studieninteressierte und Anstellungsträger zu verbessern, wurde von einer Expertengruppe deutscher Hochschulen inzwischen ein nationaler Fachqualifikationsrahmen (FQR) entwickelt, der die erforderlichen Kompetenzen beschreibt und ordnet. Die Internationale Union für Gesundheitsförderung und Gesundheitserziehung (International Union for Health Promotion and Health Education - IUHPE) hat in einem EU-geförderten Projekt ein

Handbuch zu Kernkompetenzen professioneller Gesundheitsförderung entwickelt. Eine Kurzfassung wurde 2014 als „CompHP-Rahmenkonzept für die Gesundheitsförderung" von der BZgA herausgegeben und steht seither in deutscher Übersetzung zur Verfügung (**Aus- und Weiterbildung in Gesundheitsförderung und Prävention**, **Kernkompetenzen professioneller Gesundheitsförderung**, **Gesundheitsförderung 3: Entwicklung nach Ottawa**). Als bisher letzter Meilenstein der Professionalisierung der Gesundheitsförderung/Gesundheitswissenschaften wurde im März 2016 in Berlin der Fachbereichstag Gesundheitswissenschaften als Interessenvertretung für den Bereich der Gesundheitswissenschaften gegründet, dem sich bisher 26 Hochschulen aus Deutschland, Österreich und der Schweiz angeschlossen haben.

Gesundheitsförderungs- und Präventionsforschung

Besonders im Kontext der Wiederbelebung von Public Health in Deutschland entstanden erste größere Forschungsverbünde, die große Anteile an Projekten zu Prävention und Gesundheitsförderung enthielten. 2004-2012 folgte erstmalig eine große Forschungsinitiative zur Präventionsforschung mit 60 Einzelprojekten (Walter / Plaumann / Nöcker / Pawils 2015; KNP; **www.knp-forschung.de**). Unter den zahlreichen auf der (mit dem Jahr 2016 abgeschlossenen) Internetseite veröffentlichten Ergebnisse der Kooperation im Rahmen der KNP sind auch 2 primär forschungsbezogene Memoranden hervorzuheben: zu Forschungsförderung Prävention (I) und zu Themenfeldern und Methoden der Präventionsforschung (II). Auf das dritte eher politikbezogene Memorandum „Prävention und Gesundheitsförderung nachhaltig stärken - Herausforderungen auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene" (III) wird weiter unten eingegangen.

Seit 2015 fördert das BMBF unter dem Titel „Primärprävention und Gesundheitsförderung" insgesamt sieben regionale Forschungsverbünde (**www.gesundheitsforschung-bmbf.de/de/5375.php**). Insgesamt wurde die Diskussion um eine verbesserte Gesundheitsförderung und Prävention in den vergangenen 10-15 Jahren von diesen Forschungen stimuliert und zu einem erheblichen Teil mitgetragen (**Forschung zu Prävention und Gesundheitsförderung**, **Partizipative Gesundheitsforschung**).

Qualitätssicherungs-Initiativen

Die Anforderungen an Gesundheitsförderung und Prävention, wirksam Gesundheit zu verbessern und Ressourcen gezielt und wirtschaftlich einzusetzen, haben zu vielfältigen Initiativen für **Qualitätssicherung, Qualitätsentwicklung und Qualitätsmanagement** geführt. Für die GKV ist das zentrale Dokument für die Qualitätssicherung in der Primärprävention und Gesundheitsförderung der Leitfaden Prävention des GKV-Spitzenverbandes (2014). Das Präventionsgesetz (2015) fügt den schon seit 1999 in das SGB V aufgenommenen Qualitätsanforderungen weitere hinzu.

Für die Qualitätsentwicklung in den Lebenswelten bieten insbesondere die Ergebnisse des Kooperations- und Forschungsprojekts: Gesundheitsförderung in Lebenswelten - Entwicklung und Sicherung von Qualität (2014-2015) wichtige Grundlagen und Anknüpfungsmöglichkeiten. Der Gesamtprojektbericht belegt, dass Kindertageseinrichtungen, Schule und Pflege teilweise bereits über umfassende Qualitätsmanagementsysteme verfügen, die auf gesetzlichen Vorgaben beruhen. Dagegen haben Maßnahmen in der Kommune und im Quartier, insbesondere für ältere Menschen und Menschen mit Migrationserfahrung, bisher eher Projektcharakter (BZgA/Walter et al. 2015).

Seit 2016 hat der GKV-Spitzenverband die BZgA (nach § 20a Abs.3 SGB V) mit der „Entwicklung der Art und der Qualität krankenkassenübergreifender Leistungen, deren Implementierung und deren wissenschaftlicher Evaluation“ beauftragt (**Qualitätssicherung, Qualitätsförderung, Qualitätsmanagement**, **Gesundheitsförderung 5: Deutschland**).

Gutachten, Stellungnahmen, Positionspapiere und Entschließungen der wichtigen Akteure
Wie schon in den Abschnitten zu begrifflichen Klärungen und zu den Erfolgen ausgeführt, werden Gesundheitsförderung und ein Health in All Policies-Ansatz als gesamtgesellschaftliche Aufgabe inzwischen in allen Gutachten der wichtigen Akteure bestätigt. Ebenso wie die Notwendigkeit von verhaltensbezogenen Individualansätzen zur gesundheitsförderlichen Gestaltung von Lebenswelten überzugehen: Sachverständigenrat für die Begutachtung im Gesundheitswesen (SVR), Bundesrat, Gesundheitsministerkonferenz der Länder, Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung, Gesetzliche Krankenversicherung.

Damit sind Gesundheitsförderung und HiAP auf diesen Ebenen „angekommen“. Es wurde Bewusstsein geschaffen als Grundlage für Initiativen zur Umsetzung (**Gesundheitsförderung 5: Deutschland**).

Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention (Präventionsgesetz)
Das 2015 verabschiedete Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention schafft institutionelle Strukturen, die eine stärkere Zielorientierung und effektivere Koordinierung der beteiligten Akteure ermöglichen sollen. Im Zentrum steht die gemeinsame nationale Präventionsstrategie, die auf bundeseinheitlichen, trägerübergreifenden Rahmenempfehlungen basiert. Diese sollen gemeinsame Ziele, vorrangige Handlungsfelder und Zielgruppen, zu beteiligende Organisationen und Einrichtungen sowie Dokumentations- und Berichtspflichten festlegen. Die Nationale Präventionskonferenz erstellt (alle vier Jahre) einen Bericht über die Entwicklung der Gesundheitsförderung (Präventionsbericht), erstmals zum 1.Juli 2019.

Mit der nationalen Präventionsstrategie und den dafür geschaffenen Strukturen verbinden sich viele Hoffnungen, auch mit der Stärkung der Gesundheitsförderung in den Lebenswel-

ten. Durch das Gesetz werden die finanziellen Ressourcen erheblich erhöht, sie bleiben aber auf einem niedrigen Gesamtniveau. Das Gesetz ist auf die Sozialversicherung, insbesondere die GKV konzentriert. Es ist deshalb nicht als gesamtgesellschaftlicher Ansatz anzusehen.

Immerhin werden andere Sozialversicherungen (SPV, GUV, GRV) sowie der Arbeitsschutz mit eingebunden. Pflegekassen werden verpflichtet, die Gesundheitsförderung in Pflegeeinrichtungen zu stärken (**Gesundheitsförderung und Pflege**). Die Verabschiedung der Rahmenvereinbarungen auf Landesebene ist inzwischen mit Ausnahme von Berlin erfolgt., Sie sind überwiegend wenig verbindlich, insbesondere, was die erwünschte kassenübergreifende Zusammenarbeit angeht. Die Umsetzung ist noch am Anfang und sehr unterschiedlich in den Bundesländern, insofern können noch keine Bewertungen der Gesamtsituation vorgenommen werden.

Das Gesetz bietet aber dennoch erstmals für Deutschland klarere Zielorientierung, Strukturen der Handlungskoordinierung und eine bessere Ressourcenausstattung (**Präventionsgesetz**, **Gesundheitsförderung 5: Deutschland**).

Bilanz

Diese Erfolgsbilanz einer rund 30-jährigen Entwicklung hat zwar grundlegende und beachtliche Voraussetzungen für die weitere Entwicklung geschaffen. Sie wird aber von Fachleuten in Wissenschaft, Politik und Praxis als noch nicht befriedigend eingeschätzt, auch wenn zugestanden wird, dass Innovationen immer eine gewisse Anlaufzeit brauchen, um sich durchzusetzen. International wird dies thematisiert in der Forderung, „die Lücke der Implementierung in der Gesundheitsförderung schließen“. Diese Forderung war bereits Schwerpunkt der internationalen Gesundheitsförderungskonferenz in Nairobi 2009 und eines gleichnamigen Aktionsaufrufs.

Trotz dieser bedeutsamen Teil-Erfolge steht in Deutschland eine Reihe von Problemen der wünschenswerten gesundheitspolitischen Entwicklung und der nachhaltigen Verankerung von Gesundheitsförderung (und Prävention) entgegen.

Probleme bzw. Herausforderungen

Hinsichtlich der Verteilung der Ressourcen für Kuration einerseits und Prävention und Gesundheitsförderung andererseits besteht immer noch eine erhebliche Diskrepanz zwischen der rhetorischen und programmatischen Verbreitung und Akzeptanz des Gesundheitsförderungsprogramms und den tatsächlichen Investitionen und Infrastrukturen. Es gibt außerdem eine schwer überschaubare Vielfalt von Akteuren und Aktivitäten sowie Mängel an politischer Strukturbildung und klarer Aufgabenteilung. Als besonders schwierig hat sich das Handlungsfeld **gesundheitsfördernde Gesamtpolitik** und die damit zu-

sammenhängende und dafür notwendige intersektorale Kooperation herausgestellt. Dabei darf man sich nicht der Illusion hingeben, der Gesundheitssektor könne anderen Politiksektoren vorgeben, wie sie zu handeln haben. Aber: Es muss erreicht werden, die anderen Sektoren über Gesundheitsprobleme zu informieren, deren gesellschaftliche Relevanz aufzuzeigen, die Probleme „auf die Tagesordnung zu setzen" und vor allem alle relevanten Akteure und Partner (Partnerschaften) aus den anderen Sektoren zu einer Problemlösung und gegebenenfalls auch gegen konkurrierende Interessen zusammenzubringen, um so die „Health in All Policies"- und „Health Promotion Mainstreaming"-Strategien umzusetzen.

Das Gesundheits(förderungs)ressort ist ein gegenüber anderen Ressorts, wie z. B. Wirtschaft und Verkehr, aber auch gegenüber dem kurativen Bereich innerhalb des Gesundheitswesens selbst, nach wie vor eher durchsetzungsschwacher Bereich. Das Potential für größeren Einfluss ist allerdings noch nicht ausgeschöpft. Das zeigt unter anderem ein neues Gesetz des Bundeslandes Baden-Württemberg mit dem programmatischen Titel „Gesetz zur Stärkung der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit und der Vernetzung aller Beteiligten des Gesundheitswesens in Baden-Württemberg und zur Änderung anderer Gesetze", das mit Anfang 2016 inkraft getreten ist. Strukturelle Grundlage für „neue und bewährte Dialog- und Arbeitsformen" sind Gesundheitskonferenzen auf Landes- und Kreisebene sowie der Sektorenübergreifende Landesausschuss nach § 90 a des SGB V sowie ein Landesausschuss für Gesundheitsförderung und Prävention.

Eine umfassende und ausführliche Bilanz der Umsetzungsprobleme des „Leitkonzeptes Gesundheitsförderung" haben Trojan und Legewie erarbeitet. Auf dieser Grundlage wurden zuletzt 2010 die Hauptprobleme der Gesundheitsförderung in Deutschland auf allen drei Politikebenen folgendermaßen pauschal charakterisiert (siehe die folgende Abbildung).

Hauptprobleme der Gesundheitsförderung in Deutschland
(aus: Trojan 2010 auf Basis von Trojan und Legewie 2001)

1. Fehlen eines Gesamtkonzepts inkl. Gesundheitszielen und -plänen, teilweise durch föderale Zuständigkeitsverteilung bedingt.
2. Mangelhafte vertikale Kooperation zwischen den verschiedenen politischen Ebenen.
3. Erhebliche Probleme der horizontalen Kooperation auf allen Ebenen, die sich insbesondere dann zeigen, wenn Gesundheitsförderung auf die Zusammenarbeit mit anderen Politiksektoren angewiesen ist.

4. Restriktive und teilweise unklare Finanzierungsregelungen sowohl für öffentliche (Steuer-)mittel als auch für Beitragsmittel aus verschiedenen Bereichen der Sozialversicherung.
5. Schwache Position des Fachressorts Gesundheit innerhalb des politisch-administrativen Systems der Kommune.
6. Mangelnde Förderung der wichtigen innovativen Impulse aus Selbsthilfezusammenschlüssen, Gesundheitsberufen, Bildungssystemen und Forschung.

Wie ist diese Mängelliste aktuell, d.h. nach Verabschiedung des Präventionsgesetzes zu beurteilen?

Zunächst muss zugestanden werden, dass das neue Gesetz besonders hinsichtlich der beiden ersten und des vierten Punktes versucht, größere Klarheit und bessere Voraussetzungen für koordiniertes Handeln zu schaffen. Allgemein gesagt, bestehen die Probleme - wenn auch vermindert - auch nach der Verabschiedung des Präventionsgesetzes 2015 fort. Dies trifft besonders dann zu, wenn man als wichtigstes Ziel eine nationale intersektorale Gesamtstrategie der Gesundheitsförderung und Prävention akzeptiert (**Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik**). Sie können durch ein auf die Sozialversicherung konzentriertes Präventionsgesetz zwar nicht grundsätzlich „geheilt", jedoch in einigen Bereichen gemildert werden, nämlich für den eingeschränkten Bereich der Sozialversicherung, insbesondere der GKV-finanzierten Gesundheitsförderung und Prävention. Hier wurden gemeinsame Ziele verabschiedet und die Verknüpfung von Bundes- und Landesebene über die Landesrahmenvereinbarungen festgelegt. Was nach der erst beginnenden Umsetzung der Landesvereinbarungen erreicht wird,, lässt sich erst in einiger Zeit bewerten. Was auf der kommunalen Ebene und in den Lebenswelten letztendlich „ankommt", muss auch abgewartet werden. Die horizontale Kooperation soll durch das Präventionsgesetz ebenfalls gefördert werden, Ansätze sind über die Nationale Präventionskonferenz und die Verabschiedung der Bundesrahmenempfehlungen gemacht, allerdings auch hier primär für die Sozialversicherung/GKV. Wie weit die Integration der Länder- und kommunalen Ebene gelingt, steht noch nicht fest. Als weiterer eindeutiger Fortschritt ist festzuhalten, dass die Beitragsmittel für Sozialversicherung und Selbsthilfe ausgeweitet wurden. Interessant wird sein, was der erste Präventionsbericht 2019 zu all diesen Punkten aussagt; dabei wird sich zeigen, ob dieser Bericht, wie kritische Stimmen befürchten, eher „Hofberichterstattung" liefert oder ob er eine umfassende Bewertung und Bilanz bieten kann..

Auf einige besonders augenfällige Probleme wird im Folgenden näher eingegangen. Auf der Bundes- und Länderebene wird überwiegend mit dem Steuerungsmittel Geld (Finanzierung bestehender Unterstützungsstrukturen für Gesundheitsförderung) sowie mit dem eng damit verknüpften Steuerungsmittel Information (in Form von Aufklärung, Kongres-

sen, Forschungsförderung und Modellprojekten) Gesundheitsförderungspolitik gemacht (**Gesundheitsförderung 5: Deutschland**). Diese Ansätze haben sich zwar weiterentwickelt, sind aber immer noch vergleichsweise bescheiden ausgestattet. Die Aufteilung der Finanzierung und der Funktionen auf die verschiedenen politischen Ebenen (Bund, Länder, Kommunen) und die Sozialversicherungsträger (insbesondere Kranken- und Unfallversicherung) ist mängelbehaftet. Die Finanzierung vieler Aktivitäten der Gesundheitsförderung als (Modell-)Projekte ist noch prekär, wird aber gelegentlich durch Stiftungen und Sponsoren sinnvoll ergänzt (**Finanzierung**). Es gibt auch weiterhin Einzelaktivitäten von Einzelakteuren. Dies fördert immer noch eine als „Projektitis" bezeichnete Fehlentwicklung und erschwert **Nachhaltigkeit und nachhaltige Gesundheitsförderung**. Es gibt Hoffnungen, dies durch die verbesserte Koordinierung der Akteure durch das Präventionsgesetz zu reduzieren, allerdings auch Skepsis, dass dies wegen der Spielräume, die das Gesetz offen lässt, durchgängig gelingen wird.

Die Ottawa-Charta als „Leitbild" und „Grundwertepapier" der Gesundheitsförderung kann als Aufklärungs- und Emanzipationsprogramm für mehr (gesundheitliche) Selbstbestimmung gelesen werden. Ihr Leitbild sind die aufgeklärten und befähigten Bürger und Bürgerinnen, die in der Lage sind, ihr Gesundheitspotenzial durch Selbstbestimmung zu entfalten und auf die Determinanten einzuwirken, die ihre Gesundheit beeinflussen. Trojan und Legewie sehen als kardinales Dilemma der Gesundheitsförderung an, dass im Rahmen der Politik der Weltgesundheitsorganisation, aber auch auf anderen Ebenen, fälschlicherweise oft angenommen werde, diese Bürger und Bürgerinnen seien schon die Realität, wobei Leitbild und Realität verwechselt werden. Eine systematische, politisch geförderte **Partizipation** an der Gesundheits- und Gesundheitsförderungspolitik steht in Deutschland aber immer noch erst am Anfang. Gesundheitspolitik und Gesundheitsförderungspolitik sind bisher immer noch zu wenig Gegenstand breiter öffentlicher politischer Diskussion und zu sehr Angelegenheit von (oft intransparenten) Experten- und Politikgremien.

Eine Konzentration auf Appelle an die „Eigenverantwortung" der Bürgerinnen und Bürger für ihr Verhalten und ihre Gesundheit wird der Komplexität der **Determinanten von Gesundheit** nicht gerecht. Solche immer noch teilweise naiven Appelle gehen an dem Gesundheitsförderungsverständnis der Beeinflussung der individuellen, sozioökonomischen und politischen Determinanten der Gesundheit oft vorbei. Sie tendieren zur Individualisierung von Gesundheitsrisiken, zu Schuldzuweisungen und Victim-blaming (dem Opfer die Schuld geben), zur Vernachlässigung der Zusammenhänge von **sozialer Ungleichheit und Gesundheit** (Schmidt 2008). Diese Schwächen der traditionellen Gesundheitserziehung und Prävention sollten mit dem neuen Konzept der Gesundheitsförderung eigentlich überwunden werden, das Gesundheit sowohl in individueller als auch gesellschaftlicher Verantwortung sieht und durch die Ergebnisse der neueren sozialepidemiologischen For-

schung zu den sozialen Determinanten der Gesundheit bestätigt wird (**Determinanten der Gesundheit**, **Gesundheitsförderung 2: Entwicklung vor Ottawa 1986**).

Ein weiteres Problem besteht im tendenziellen *Zurückdrängen der Gesundheitsförderung (zugunsten der Prävention)* in Recht, Strukturen und Terminologie. Zwar wird die Notwendigkeit des Ausbaus sowohl von Gesundheitsförderung als ressourcenorientierter Strategie als auch von Prävention als risikoorientierter Strategie zur Verbesserung der Gesundheit, im Sinne sich ergänzender Ansätze, in den wissenschaftlichen und fachpolitischen Klärungsversuchen und Stellungnahmen in Deutschland zunehmend hervorgehoben. Auch wird immer mehr das Begriffspaar „Gesundheitsförderung und Prävention" verwendet. Es zeigt sich aber parallel dazu auch eine potenziell problematische Tendenz, nur von „Prävention" zu reden. Teilweise wird dann Gesundheitsförderung „stillschweigend mitgemeint". So hat es „Gesundheitsförderung" zwar immerhin in die vollständige Gesetzesbezeichnung geschafft („Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention"), in der Kurzform ist es aber das „Präventionsgesetz – PrävG".

Teilweise ist die Präferenz, von Prävention zu sprechen, jedoch auch Ausdruck dessen, dass die spezifische, krankheits- und risikoorientierte Prävention als politisch leichter vermittelbar, durchsetzungsfähiger und im Medizinsystem leichter zu verorten erscheint, als die unspezifische, „diffus komplexe", salutogene, ressourcenorientierte und gesamtpolitischhandlungsorientierte Gesundheitsförderung. Diese geht über den Rahmen des traditionellen Gesundheitswesens hinaus und erfordert eine anspruchsvolle intersektorale Zusammenarbeit und Kontextgestaltung, die sich über längere Zeiträume erstreckt.

Bei der Subsummierung von Gesundheitsförderung unter die Prävention besteht auch die Gefahr der Reduktion der über das Gesundheitswesen hinausgehenden Handlungsansätze auf das im Rahmen des Gesundheits- und Medizinsystems Machbare, d.h. eine Einengung auf eine „unterkomplexe" und vorrangig risikoorientierte Verhaltensprävention von (spezifischen) Krankheiten.

Als andauernde Herausforderung für die bisherige und zukünftige Umsetzung von Gesundheitsförderung und Prävention in Deutschland ist das *Fehlen einer gegentendenziellen Politik angesichts der strukturellen Dominanz ökonomistischer sowie medizinischer Sichtweisen* herausgestellt worden (Rosenbrock), die bisher nur punktuell durch neue Koalitionen, z. B. mit sozialen Bewegungen und Public Health-Expertinnen und -Experten, überwunden werden konnten.

Beim *Ökonomismus* (Vorrang wirtschaftlicher Interessen und Bestimmung der Präventions- und Gesundheitsförderungsinhalte durch den Markt) als politischer Grundhaltung werden die vermuteten Auswirkungen auf die privaten Investitionsentscheidungen zum ersten und oft ausschließlichen Beurteilungskriterium („Standort Deutschland"). In der

staatlichen und betrieblichen Gesundheitspolitik dominiert das ökonomische über das gesundheitliche Argument, das erst einmal Investitionen erfordert. Der Nutzen ist oft nicht in Geld auszudrücken oder liegt außerhalb des Interessensbereichs der Akteure oder kurzfristiger Planung. In diesen Zusammenhang gehört auch die zunehmend kommerziell betriebene marktorientierte Gesundheitsförderung, die unter dem Aspekt der **Sozialen Ungleichheit der Gesundheit** und der Zielsetzung gesundheitlicher Chancengleichheit kein geeignetes Steuerungsinstrument für Prävention und Gesundheitsförderung ist.

Die *Dominanz der Medizin* in der Prävention und Gesundheitsförderung äußert sich über die Definitionsmacht und die Aktivitäten der individuell kurativ orientierten klinischen Medizin. Da individuelle Prävention als kassenärztliches Leistungsfeld angesehen wird, dominieren Sichtweise und Leistungen des Kassenarztes bzw. der Kassenärztin. Neben ärztlicher Beratung handelt es sich dabei v.a. um Früherkennungsuntersuchungen zur individuellen Frühtherapie. Probleme der Primärprävention (und Gesundheitsförderung) werden häufig umthematisiert zu Problemen der Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen. Die noch vorhandene verbreitete Gleichsetzung von Gesundheitssicherung mit Medizin kann auch der Medikalisierung sozialer Probleme Vorschub leisten. Die Medikalisierung der Prävention verstärkt die Tendenz, gesellschaftliche Probleme in solche der individuellen Inanspruchnahme umzudefinieren und die zugrunde liegenden Probleme unbearbeitet zu lassen (**Medizinische Prävention**, **Prädiktive Medizin**).

Perspektiven

In diesem Abschnitt sollen zunächst zwei allgemeine strategische Programmpapiere aus Deutschland kurz angesprochen werden. Im Anschluss daran wird nacheinander auf die Perspektiven in den drei deutschsprachigen Ländern eingegangen.

Empfehlungen der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung

Aus einer Arbeitsgruppe des Runden Tisches im Gesundheitswesen entstand zunächst das deutsche Forum für Prävention und Gesundheitsförderung, das später in die jetzige Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. (BVPG) übergeleitet wurde, die 133 bundesweite Mitgliedsverbände und Kooperationspartner hat (Stand Juni 2018). Die BVPG hat sich immer wieder mit Stellungnahmen zu Wort gemeldet. Schon im Dezember 2009 wurden Empfehlungen für die 17. Legislaturperiode des Deutschen Bundestages veröffentlicht, die im Kern sechs Forderungen enthielten, die einem Programm nachhaltiger gesundheitsfördernder Politikgestaltung gleichkamen (**Gesundheitsförderung 5: Deutschland**). Im September 2013, kurz vor der Wahl zum neuen Bundestag positionierte sich die BVPG nach intensivem Abstimmungsprozess mit ihren Mitgliedern mit einer weiteren strategischen Veröffentlichung mit dem Titel „Potenzial Gesundheit“. Diese richtet sich an Entscheidungsträger in der Politik und umfasst Strategien zur Weiterentwicklung

von Gesundheitsförderung und Prävention in der 18. Legislaturperiode. Als Strategien werden empfohlen:

1. „Gesundheitsförderung und Prävention“ als gesamtgesellschaftliche Aufgabe gestalten.
2. Prioritäten zur Förderung individueller und gesellschaftlicher Gesundheit festlegen und Ziele definieren.
3. Strukturen und Ressourcen für Gesundheitsförderung und Prävention auf der Ebene von Bund, Ländern und Kommunen ausbauen und miteinander verbinden.
4. Die Qualität der Gesundheitsförderung und Prävention sichern, ihre Wirksamkeit fördern und sichtbar machen.

Hiermit wurden eigene frühere Empfehlungen der BVPG und die Empfehlungen von Trojan und Legewie (2001) auf der Basis eines Gutachtens für das Büro für Technikfolgenabschätzung nochmals pointierter und fokussierter in den politischen Prozess eingebracht. Gewicht bekommen diese Vorschläge vor allem durch die Vielzahl der in der BVPG zusammengeschlossenen Akteure, die insbesondere auch alle Landesvereinigungen für Gesundheit umfassen.

Memorandum „Prävention und Gesundheitsförderung nachhaltig stärken - Herausforderungen auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene“

Das dritte Memorandum der Kooperation für nachhaltige Präventionsforschung (KNP, publiziert 2015) richtete sich vor allem an Verantwortliche in Politik und Verwaltung auf allen politischen Ebenen. Die Vorschläge dieses Konsenspapiers von Expertinnen und Experten aus Forschung, Praxis und Politik zeigen dringende Gestaltungsbedarfe für eine zukunftsfähige Politik der Gesundheitsförderung und Prävention. Getragen von der grundlegenden Überzeugung, dass Prävention und Gesundheitsförderung Investitionen in die Zukunft sind, wurden sieben Empfehlungen formuliert (und begründet), die die wesentlichen handlungsleitenden Voraussetzungen für nachhaltige Gesundheitsförderung und Prävention enthalten:

1. Prävention und Gesundheitsförderung als politikfeldübergreifende Gestaltungsaufgabe
2. Nachhaltige Finanzierung von Prävention und Gesundheitsförderung
3. Übergreifende rechtliche Regelungen
4. Programmabstimmung und Koordinierung
5. Langfristige nationale Gesamtstrategie

6. Bildung interprofessioneller Allianzen
7. Nationales Kompetenzzentrum zur Entwicklung und Sicherung der Prävention und Gesundheitsförderung

Mit diesen Forderungen, die im Wesentlichen auch übereinstimmen mit älteren Strategiepapieren (Trojan und Legewie 2010, BVPG 2009 und 2013) sollten strukturbildende und stabilisierende Maßnahmen zur Sicherung der Nachhaltigkeit von Prävention und Gesundheitsförderung angestoßen werden. Neu ist die letzte strukturelle Forderung, nämlich die Bildung eines Nationalen Kompetenzzentrums zur Entwicklung und Sicherung der Prävention und Gesundheitsförderung.

Diese immer wieder auf dieselben Kernpunkte hinauslaufenden Empfehlungen der letzten 15 Jahre geben Auskunft darüber, was Desiderate einer optimalen nachhaltigen Gesundheitsförderungspolitik sind. Sie haben zweifellos den langjährigen Prozess bis zur Verabschiedung des Präventionsgesetzes beeinflusst und sind auch erkennbar in das Gesetz eingeflossen. Weil dies aber nur begrenzt der Fall ist, können und müssen sie auch weiterhin als „Leuchttürme“ bzw. als Orientierungshilfen für die zukünftige Entwicklung dienen. Immer noch gravierendster Mangel ist unseres Erachtens die fehlende gesetzliche Grundlage für Gesundheitsförderung und Prävention als intersektorale und ressortübergreifende gesamtgesellschaftliche Aufgabe oder - wie in der ersten Forderung des Memorandums formuliert - Prävention und Gesundheitsförderung als politikfeldübergreifende Gestaltungsaufgabe.

Mit diesem Manko ist zugleich die weitreichendste und grundlegendste Perspektive angesprochen, deren Realisierung den Kern des mit der Ottawa-Charta gemeinten Paradigmenwechsels ausmacht.

Abschließend werfen wir einen Blick auf die drei deutschsprachigen Länder, wobei wir darauf fokussieren, was für nachhaltige Gesundheitsförderung und Prävention die wichtigste Voraussetzung ist, nämlich die Verankerung von Strukturen und Prozessen in verbindlichen Rechtsnormen.

Österreich

Die Gesundheitsförderung in Österreich wurde vor allem durch das Gesundheitsförderungsgesetz von 1998, kurz Gesundheitsförderungsgesetz (GfG), auf ein stabiles Fundament gestellt. Mit der Umsetzung wurde zunächst der Fonds Gesundes Österreich (FGÖ) beauftragt, aktuell die Gesellschaft „Gesundheit Österreich GmbH“. Inhaltlich war die Ottawa-Charta (WHO 1986) eine wichtige Basis für dieses Gesetz (**Gesundheitsförderung 2: Entwicklung vor Ottawa 1986**).

Im Gesundheitsförderungsgesetz werden grundlegende Handlungsstrategien zur Erreichung folgender Ziele definiert:

1. Strukturaufbau für Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention unter Berücksichtigung und Einbindung bestehender Einrichtungen und Strukturen
2. Entwicklung und Vergabe von bevölkerungsnahen, kontextbezogenen Programmen und Angeboten in Gemeinden, Städten, Schulen, Betrieben und im öffentlichen Gesundheitswesen
3. Entwicklung zielgruppenspezifischer Programme zur Information und Beratung über gesunden Lebensstil, Krankheitsprävention sowie Umgang mit chronischen Krankheiten und Krisensituationen
4. Wissenschaftliche Programme zur Weiterentwicklung der Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention sowie der Epidemiologie, Evaluation und Qualitätssicherung in diesem Bereich
5. Unterstützung der Fortbildung von Personen, die in der Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention tätig sind
6. Abstimmung der Maßnahmen und Initiativen im Sinne dieses Bundesgesetzes mit bestehenden Aktivitäten im Bereich der Gesundheitsförderung

Mit der im Jahr 2006 erfolgten Gründung der *„Gesundheit Österreich GmbH (GÖG)“* per Bundesgesetz wurden auch Änderungen des Gesundheitsförderungsgesetzes vorgenommen. Der FGÖ und das Österreichische Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG) wurden als Geschäftsbereiche eingegliedert. Das Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen (BIQG) wurde als dritter Geschäftsbereich im Jahr 2007 gegründet.

Zentraler Bestandteil der letzten Gesundheitsreform von 2013 sind die sogenannten Rahmen-Gesundheitsziele. Diese basieren auf dem Konzept der „Health in All Policies“ (**Gesundheitsförderung 3: Entwicklung nach Ottawa**). Die 10 Rahmen-Gesundheitsziele wurden mit rund 40 Institutionen in einem partizipativen Prozess entwickelt und vom Ministerrat im Jahr 2012 beschlossen (siehe die Abbildung „Rahmen-Gesundheitsziele in Österreich“ **Gesundheitsförderung 6: Österreich**, Seite 120). Sie sollen richtungsweisend für die nächsten zwanzig Jahre sein. Für die Umsetzung wurden/werden in Arbeitsgruppen Strategien, Maßnahmen und Wirkungsziele erarbeitet. Ein Monitoring begleitet die Umsetzung.

Diese wenigen hier genannten politischen Schritte zeigen, dass in den letzten Jahren wichtige Schritte in Richtung Stärkung der Gesundheitsförderung, Kooperation der Akteurinnen und Akteure und breiter Umsetzung einer gesundheitsorientierten Gesundheitspolitik

in Österreich stattgefunden haben. Auch in der Gesundheitsförderungsforschung ist in den letzten fünf Jahren ein deutlicher Aufwärtstrend zu beobachten, und es gibt eine wachsende Zahl an Aus- und Weiterbildungsangeboten. Im Hinblick auf die Finanzierung eines soliden Ausbaues der Gesundheitsförderung wurde mit der Errichtung der Landesgesundheitsförderungsfonds der Grundstein für eine abgestimmte Steuerung eines erheblichen Geldvolumens für die Gesundheitsförderung in Österreich gelegt.

Um das Gesundheitssystem auf dieser Basis kontinuierlich weiterzuentwickeln, bedarf es einerseits nach wie vor des politischen Willens, andererseits aber auch noch weiterer Verbreiterung und Vertiefung der Wissensbasis durch wissenschaftliche Forschung, Dokumentation und Evaluation sowie der Aus-, Weiter- und Fortbildung einer großen Zahl qualifizierter Fachkräfte und des Wissenstransfers von Forschung in Praxis und Politik.

Schweiz

Nachdem ein erster Versuch eines eigenen Gesetzes Ende der 70ger-Jahre abgelehnt worden war, gab es als die beiden ersten wichtigen Meilensteine das „Konzept Gesundheitsförderung und Prävention 86“ und 1994 die Revision des Krankenversicherungsgesetzes (KVG). Mit dem KVG wurden die Artikel 19 und 20 verabschiedet, die in der Schweiz erstmals rechtliche Grundlagen für die Gesundheitsförderung legten und zur festen Etablierung einer nationalen Stiftung führten, der heutigen Stiftung „Gesundheitsförderung Schweiz“.

Der folgende politische Prozess zur festen Institutionalisierung von Gesundheitsförderung und Prävention mittels eines Gesetzes war allerdings weniger erfolgreich: 2005 kam eine vom Bundesrat eingesetzte Fachkommission „Prävention + Gesundheitsförderung“ zum Schluss, dass eine gesetzliche Grundlage die Gesundheitsförderung und die Prävention in der Schweiz insbesondere durch eine bessere Koordination stärken würde. Nach einem achtjährigen Prozess wurde das geplante Gesetz (PrävG) im November 2012 in den Räten knapp abgelehnt. Ersatzweise verabschiedete der Bundesrat daraufhin 2013 die Strategie Gesundheit2020, die gesundheitspolitische Prioritäten für die Schweiz festlegt. Diese Neuregelung soll Prävention und Gesundheitsförderung wirkungsvoller im schweizerischen Gesundheitssystem etablieren und die Schwerpunkte auch für die Bereiche Gesundheitsförderung und Prävention skizzieren. Derzeit wird an der Konkretisierung und Umsetzungsvorbereitung von drei prioritären Zielen gearbeitet: Nichtübertragbare Krankheiten, psychische Gesundheit und Sucht.

Zwar lässt sich in der Bilanz feststellen, dass in der Schweiz seit den 1990er-Jahren eine ansehnliche Entwicklung stattgefunden hat. Von einer **gesundheitsfördernden Gesamtpolitik** ist sie aber noch weit entfernt. Zudem ist der relative Stellenwert der Gesundheitsförderung im Vergleich zur Kuration und Rehabilitation trotz beachtlicher Strukturent-

wicklung nach wie vor gering (Anteil für Prävention und Gesundheitsförderung an den Gesamtausgaben im Gesundheitswesen nach wie vor bei rund 2 Prozent **Gesundheitsförderung in der Schweiz**).

Deutschland

Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVR) hatte in seinem Gutachten 2000/2002 sehr klar für eine Optimierung des Gesundheitssystems durch Gesundheitsförderung und Prävention Stellung bezogen. Er hat diese Stellungnahme erneuert, ergänzt und spezifiziert in den SVR-Gutachten 2005 (Kapitel 4: Strategien der Primärprävention, partizipative Entwicklung gesundheitsförderlicher Settings), 2007 (Kapitel 6: Primärprävention in vulnerablen Gruppen) sowie im Sondergutachten 2009 (Kapitel 3.3: Programme zur nicht-medizinischen Prävention und Gesundheitsförderung). Dass es sich dabei um eine gesamtgesellschaftliche und politische Aufgabe handelt, ist in vielen Stellungnahmen der wichtigen Akteure auf Bundes- und Länder ebene seit Jahren immer wieder betont worden (**Gesundheitsförderung 5: Deutschland**). Das nach mehr als 10-jährigem Anlauf 2015 zustandegekommene Präventionsgesetz lässt sich als Ausdruck eines in Politik und Gesellschaft gewachsenen Bewusstseins für die Notwendigkeit wirksamer Prävention und Gesundheitsförderung verstehen. Es kann aber nur als „kleine Lösung“ betrachtet werden, weil es sich doch weitgehend auf die Aufgaben der Krankenkassen (und - Fortschritt! - einiger anderer Sozialversicherungszweige) beschränkt - vielleicht beschränken musste, da für eine umfassende Einigung zwischen den ansonsten für Gesundheit zuständigen Ländern und dem Bund zum damaligen Zeitpunkt keine Chance gesehen wurde.

Positiv hervorzuheben sind eine Erhöhung der finanziellen Ressourcen (absolut jedoch weiterhin auf niedrigem Niveau) und die Bemühungen um bessere Koordination und Kooperation. Hohe Erwartungen werden an Präventionskonferenz, Nationale Präventionsziele, die Etablierung einer nationalen Präventionsstrategie sowie die Bundes- und Landes-Rahmenvereinbarungen geknüpft. Dass dies alles wirklich zu einer besseren Zielorientierung und Handlungskoordination (insbesondere auch von Sozialversicherungsträgern und aus Steuermitteln finanzierten Diensten der öffentlichen Gesundheit) führt, lässt sich zwar berechtigt hoffen, wird sich jedoch erst im Lauf der weiteren Umsetzung des Gesetzes zeigen.

Die Erfahrung der letzten 30 Jahre hat leider gezeigt, dass ein langer Atem notwendig ist, um in der deutschen Gesundheitspolitik in Konkurrenz zur „Reparaturmedizin“ und dem kurzfristigen Kostenmanagement immerhin bescheidene Ansätze der Gesundheitsförderung (und Prävention) nachhaltig zu verankern. Die Aufgabe, die Kluft zu verringern zwischen einem über weite Strecken doch eher unverbindlich formulierten „Präventionsgesetz“ und seiner Umsetzung in tatsächliche Gesundheitsförderungspolitik wird auch in

Zukunft große Anstrengungen erfordern. Dabei gilt es jedoch auch zu beachten, dass die Ottawa-Charta eher ein Leitbild als ein konkretes Politik-Programm darstellt. Dass ein solches Leitbild 1 : 1 in Politik umsetzbar sei, wäre eine zu vermessene, eine unrealistische Erwartung. Die weitere Diskussion muss also auch berücksichtigen, welche Sachzwänge unter heutigen gesellschaftlichen und politischen Bedingungen eine stärkere Umsetzung verhindern, und wie wir mit diesen mehr oder weniger sachlich begründbaren Zwängen in Zukunft umgehen sollen und können.

Literatur:

Altgeld T/Kickbusch I, Gesundheitsförderung, in: Public Health. Gesundheit und Gesundheitswesen. 3. Auflage, München 2012, 187-197;

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.), Qualitätssicherung von Projekten zur Gesundheitsförderung in Settings - Ein Kooperationsprojekt zwischen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 42, Köln 2013;

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.), Gesamtprojektbericht Kooperations- und Forschungsprojekt. Gesundheitsförderung in Lebenswelten - Entwicklung und Sicherung von Qualität, Köln 2015;

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.), Health Literacy/Gesundheitsförderung - Wissenschaftliche Definitionen, empirische Befunde und gesellschaftlicher Nutzen, in: Gesundheitsförderung konkret, Band 20, Köln 2016;

Brach, C et al, Ten attributes of health literate health care organizations. Institute of Medicine, New York 2012;

Franzkowiak P/Wenzel E, Gesundheitsförderung - Karriere und Konsequenzen eines Trendbegriffs, in: Psychosozial 42, (12), 1990, 30-42;

Franzkowiak P/Sabo P (Hg.), Dokumente der Gesundheitsförderung, Mainz 1993;

Franzkowiak P/Luetkens, C/Sabo P, Dokumente der Gesundheitsförderung II. Internationale und nationale Dokumente und Grundlagentexte zur Entwicklung der Gesundheitsförderung von 1992 bis 2013, Duisburg 2013;

Hurrelmann K/Laaser U/Richter M, Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention, in: Handbuch Gesundheitswissenschaften, 6. Aufl age, Weinheim 2016;

Geene, R/Reese, M, Handbuch Präventionsgesetz. Neuregelung der Gesundheitsförderung, Frankfurt am Main 2016

GKV-Spitzenverband (2017): Leitfaden Prävention. Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung der §§ 20 und 20a SGB V GKV-Spitzenverband, Berlin (https://www.gkv-spitzenverband.de/kranken versicherung/praevention_selbsthilfe_beratung/praevention_und_bgf/leitfaden_praevention//leitfaden_praevention.jsp)

Göpel, E/Gesundheitsakademie (Hg.), Nachhaltige Gesundheitsförderung, Frankfurt a. M. 2010, 125-136;

Hurrelmann K, Gesundheitssoziologie, Weinheim und München 2006;

Hurrelmann K/Richter M, Gesundheits- und Medizinsoziologie, Weinheim 2013;

Hurrelmann K/Laaser U, Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention, in: Handbuch Gesundheitswissenschaften, 2. Auflage, Weinheim 2016;

Kickbusch I/Hartung S, Die Gesundheitsgesellschaft. Konzepte für eine gesundheitsförderliche Politik, Bern 2014;

Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (Hg.), Gute Praxis für gesundheitliche Chancengleichheit - Die Good Practice-Kriterien und Praxisbeispiele, 2016;

Kuhn J, Trojan A, Daten bereitstellen, Vernetzen, Koordinieren: Der Beitrag des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, in: Brandhorst A/Luthe E-W/Hildebrandt H (Hg.), Kooperation und Integration - das unvollendete Projekt des Gesundheitswesens. Wiesbaden 2016;

Landesgesetz Baden-Württemberg zur Stärkung der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit und der Vernetzung aller Beteiligten des Gesundheitswesens. http://gesundheitsdialog-bw.de/zukunftsplangesundheit/grundlagen/landesgesundheitsgesetz/

Leanza, M, Die Zeit der Prävention. Eine Genealogie, Weilerswist 2017;

Pelikan J/Dietscher C, Warum sollten und wie können Krankenhäuser ihre organisationale Gesundheitskompetenz verbessern? In: Bundesgesundheitsblatt 58, 2015, 989-995;

Rosenbrock R, Primäre Prävention, Bausteine für eine systematische Gesundheitssicherung, Berlin 2007;

Rosenbrock R/Gerlinger T, Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung, Bern 2014;

Ruckstuhl B, Gesundheitsförderung. Entwicklungsgeschichte einer neuen Public Health Perspektive. Mit Zeitzeugeninterviews, Weinheim 2011;

Schmidt B, Eigenverantwortung haben immer die Anderen: Der Verantwortungsdiskurs im Gesundheitswesen. Bern 2008;

Schwartz FW et al (Hg.), Public Health. Gesundheit und Gesundheitswesen. 3. Aufl ., München 2012;

Stahl T et al, Health in All Policies. Prospects and Potentials. Ministry of Social Affairs and Health, Finnland 2006;

Stöckel S/Walter U (Hg.), Prävention im 20. Jahrhundert - Historische Grundlagen und aktuelle Entwicklungen in Deutschland, Weinheim 2002;

Trojan A/Legewie H, Nachhaltige Gesundheit und Entwicklung, Frankfurt a. M. 2001;

Trojan A, Das Konzept der Gesundheitsförderung in der Praxis: Aufgabe der Weltgesundheitsorganisation, der Gesetzlichen Krankenversicherung, des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, der Kommune, des Arbeitgebers oder nur des Individuums?, in: Stöckel S/Walter U (Hg.), Prävention im 20. Jahrhundert, Weinheim 2002, 250-265;

Trojan A, Konzepte einer nachhaltigen gesundheitsfördernden Politikgestaltung, in: Göpel E/ Gesundheitsakademie, Nachhaltige Gesundheitsförderung, Frankfurt a. M. 2010, 125-136;

Trojan, A/ Kuhn J/Reisig V, Gesundheitsförderung in Städten und Gemeinden. Entwicklungsstand und Perspektiven für das Setting „Kommune" nach Verabschiedung des Präventionsgesetzes, in: Zeitschrift für Gesundheitsförderung und Prävention, Prävention und Gesundheitsförderung, 2016) http://link.springer.com/article/10.1007/s11553-016-0557-y

Waller H, Gesundheitswissenschaft, Stuttgart 2006;

Walter U, Wahrnehmung rechtlicher präventiver Regelungen und Implikationen für ein übergreifendes Präventionsgesetz, in: Das Gesundheitswesen 66, 2004, 69-75;

Walter, U et al, Teilbericht 3: Rechtliche Regelungen zu Prävention, Gesundheitsförderung und Qualitätssicherung sowie ihre Wahrnehmung, in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.), Gesamtprojektbericht Kooperations- und Forschungsprojekt. Gesundheitsförderung in Lebenswelten - Entwicklung und Sicherung von Qualität, Köln 2015, 30-37;

Walter U, Plaumann M, Nöcker G, Pawils S (Gast-Hg.), Prävention und Gesundheitsförderung wirksam und nachhaltig gestalten - Ergebnisse des BMBF-Förderschwerpunkts Präventionsforschung 2004-2013, in: Das Gesundheitswesen (Suppl. 1), 2015;

Walter U./Nöcker G/Pawils S/Robra BP/Trojan A/Franz M/Grossmann B/Schmidt TA/Lehmann H/ Bauer1 U/Göpel E/Janz A/Kuhn J/Naegele G/Müller-Kohlenberg H/Plaumann M/Stender KP/ Stolzenberg R/Süß W/Trenker M/Wanek V/Wildner M, Memorandum: Prävention und Gesundheitsförderung nachhaltig stärken - Herausforderungen auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene, in: Gesundheitswesen; 77(05), 2015

Internetadressen:

www.bundesgesundheitsministerium.de
www.bvpraevention.de (Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V.)
www.bzga.de
www.euro.who.int/en/who-we-are/policy-documents
www.gesundheitsfoerdernde-hochschulen.de (Basiswissen Gesundheitsförderung/Historische Entwicklung)
www.gesundheitsziele.de
www.gkv-spitzenverband.de
www.knp-forschung.de
www.svr-gesundheit.de (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen)
www.who.int/healthpromotion/en

Verweise:

Aus- und Weiterbildung in Gesundheitsförderung und Prävention, Determinanten von Gesundheit, Finanzierung der Gesundheitsförderung, Forschung zur Gesundheitsförderung, Frühe Hilfen, Gesundheitliche Chancengleichheit, Gesundheitsberatung, Gesundheitsbezogene Gemeinwesenarbeit, Gesundheitsbildung, Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik / Healthy Public Policy, Gesundheitsförderung 1: Grundlagen, Gesundheitsförderung 2: Entwicklung vor Ottawa 1986, Gesundheitsförderung 3: Entwicklung nach Ottawa, Gesundheitsförderung 4: Europäische Union, Gesundheitsförderung 5: Deutschland, Gesundheitsförderung 6: Österreich, Gesundheitsförderung 7: Schweiz, Gesundheitsförderung und Betrieb, Gesundheitsförderung und Gesunde / Soziale Stadt / Kommunalpolitische Perspektive, Gesundheitsförderung und Integrierte Versorgung, Gesundheitsförderung und Kindertageseinrichtungen, Gesundheitsförderung und Krankenhaus, Gesundheitsförderung und Pflege, Gesundheitsförderung und soziale Benachteiligung / Gesundheitsförderung und gesundheitliche Chancengleichheit, Gesundheitskonferenzen, Gesundheitspolitik, Gesundheitswissenschaften / Public Health, Gesundheitsziele, Kernkompetenzen professioneller Gesundheitsförderung, Lebenslagen und Lebensphasen, Medizinische Prävention, Nachhaltigkeit und nachhaltige Gesundheitsförderung, Öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD) und Gesundheitsförderung, Partizipative Gesundheitsforschung, Partnerschaften für Gesundheit, Prädiktive Medizin und individualisierte Medizin, Prävention und Krankheitsprävention, Präventionsgesetz, Präventionskette / Integrierte kommunale Gesundheitsstrategie, Qualitätssicherung, Qualitätsentwicklung, Qualitätsmanagement, Salutogenetische Perspektive, Selbsthilfe, Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeförderung, Settingansatz / Lebensweltansatz, Soziale Ungleichheit und Gesundheit/Krankheit

Gesundheitsförderung im Kindesalter

Antje Richter-Kornweitz

(letzte Aktualisierung am 08.06.2015)

Gesundheitsförderung im Kindesalter richtet sich auf die Förderung des sozialen, psychischen und physischen Wohlbefindens von Kindern. Im Mittelpunkt stehen die Stärkung von Ressourcen und die Senkung von Belastungen bei Mädchen und Jungen. Grundlage dafür sind die Empfehlungen der Ottawa-Charta der WHO und deren Weiterentwicklungen (**Gesundheitsförderung 1** und **Gesundheitsförderung 2**). Entsprechend zielt sie darauf, Kinder zu gesundheitsförderlichem Verhalten zu befähigen und gesundheitsgerechte Rahmenbedingungen zu schaffen.

Gesundheitsförderung im Kindesalter sollte alters- und geschlechtsspezifisch gestaltet sein und einen Soziallagenbezug haben. Sie berücksichtigt die eigenen Vorstellungen, die Mädchen und Jungen von ihrer Gesundheit haben, und ihren kulturellen Hintergrund. Gesundheitsfördernde Angebote werden an der jeweiligen spezifischen Personengruppe und an deren Lebenswelt (**Settingansatz**) ausgerichtet sowie an Qualitätskriterien, die eine umfassende Beteiligung möglich machen.

Gesundheitsförderung im Kindesalter orientiert sich an der aktuellen Datenlage zur Gesundheit von Mädchen und Jungen. Neben den Schuleingangsuntersuchungen trägt dazu wesentlich der Kinder- und Jugendgesundheitssurvey des Robert Koch-Instituts (KiGGS) mit bundesweit repräsentativen, umfassenden Erkenntnissen bei. Er steuert Daten zur körperlichen und seelischen Gesundheit von Mädchen und Jungen verschiedener Altersgruppen bei, zu ihrer sozialen Lage und Lebenssituation sowie zu Gesundheitsverhalten und Gesundheitsversorgung. Aus ergänzenden Teilstudien liegen außerdem umfassende Daten zu Umweltbelastungen, zum Ernährungs- und Bewegungsverhalten und zur psychischen Gesundheit vor. Zur Einschätzung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität für bis zu Zehnjährige wurden Eltern um eine subjektive Einschätzung der Gesundheit ihrer Kinder gebeten.

Die genannten Studien belegen, dass der größte Teil der Kinder in Deutschland gesund ist. Allerdings belegen die Daten auch, dass bei ca. 20 Prozent aller Mädchen und Jungen gesundheitliche Auffälligkeiten zu beobachten sind, die oft kumulativ auftreten. Dabei ist eine Verschiebung des Krankheitsspektrums zu beobachten, die von den akuten zu über-

wiegend chronisch-körperlichen Erkrankungen und von körperlichen zu psychischen Erkrankungen verläuft.

Die Ergebnisse zeigen darüber hinaus, dass die Chancen für eine gute Entwicklung von Lebensbeginn an sehr verschieden sind. Der Gesundheitszustand von Mädchen und Jungen wird in hohem Maß vom sozioökonomischen Status ihrer Familien geprägt. Ein niedriger sozioökonomischer Status geht einher mit einer geringeren gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Das Risiko für einen nur mittelmäßigen bis sehr schlechten allgemeinen Gesundheitszustand ist bei Jungen und Mädchen mit niedrigem sozioökonomischen Status um das 3,4 - bzw. 3,7-Fache erhöht im Vergleich zu Kindern mit hohem sozioökonomischen Status.

Dies trifft besonders auf Kinder von langzeitarbeitslosen Eltern, von Alleinerziehenden und aus Familien mit Migrationshintergrund zu, die von materieller Armut mehr als andere Altersgruppen betroffen sind. Diese führt zur Unterversorgung in zentralen Lebensbereichen, deren Folgen die körperliche, psychische und soziale Entwicklung von Kindern belasten. Dabei wirken vor allem lang andauernde Armutsphasen sowie die mit Langzeitarmut oft verbundene Verkettung und intergenerationelle Weitergabe der Belastungen negativ auf die kindliche Entwicklung und verfestigen ungleiche Gesundheits- und Bildungschancen.
Gesundheitsförderung im Kindesalter muss diese Situation und die damit verbundenen besonderen Bedürfnisse von Mädchen und Jungen aus Familien mit niedrigem sozioökonomischem Status beachten. Besondere Risiken für ihre Gesundheit liegen im Bereich der Ernährung (Über- und Untergewicht, Adipositas, Essstörungen), der Zahngesundheit und der psychischen Auffälligkeiten (u.a. infolge des unausgewogenen Verhältnisses von Risiko- zu Schutzfaktoren).

Das thematische Spektrum von Angeboten zur Gesundheitsförderung im Kindesalter sollte die Ergebnisse der aktuellen Studien zur Kindergesundheit berücksichtigen. Einen möglichen Orientierungsrahmen bieten die im Gesundheitszieleprozess „Gesund aufwachsen“ entwickelten Vorschläge für die Bereiche Bewegung, Ernährung, Lebenskompetenzen. Auch die Empfehlungen des 13. Kinder- und Jugendberichtes können als konzeptioneller Rahmen dienen. Dort werden die gesundheitsrelevanten Entwicklungsthemen für eine lebensphasenspezifische Gesundheitsförderung exemplarisch benannt. Nach der Förderung von sicherer Bindung und Autonomiestreben im frühen Kindesalter steht im Alter von drei bis sechs Jahren die Förderung der Sprache und der kommunikativen Möglichkeiten im Vordergrund. Außerdem die Förderung von Achtsamkeit, was u.a. die Förderung des sozialen Lernens sowie die Entwicklung altersgerechter Handlungskompetenzen und Selbstwirksamkeitsüberzeugungen (Selbstwirksamkeit) beinhaltet. Vorrangige Entwicklungsaufgaben von Kindern bis zu zwölf Jahren liegen in der Aneignung der sozialen Umwelt und ihrer aktiven Gestaltung. Darin liegen Potenziale zur Stärkung des Selbstwertge-

fühls und der Identität. Aufgabe von Gesundheitsförderung im Kindesalter ist außerdem eine geschlechtersensible Förderung von Mädchen und Jungen unter Beachtung der unterschiedlichen Bedeutung von Körperlichkeit für ihre Identitätsentwicklung. Die einzelnen Entwicklungsthemen sind in allen Lebensphasen eng miteinander verknüpft. Die Förderung von Sprache, von Freude an gesunder Ernährung und Bewegung sind beispielsweise übergreifende Themen, die parallel verlaufende Entwicklungsprozesse und nachfolgende -schritte positiv beeinflussen. Der 13. Kinder- und Jugendbericht benennt in diesem Kontext zwölf Leitlinien und fünf dringliche Ziele für ausgewählte Bereiche der Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter (s. Abb. 1) und formuliert darauf aufbauend umfassende Empfehlungen an die Kinder- und Jugendhilfe und an die Politik auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene.

12 Leitlinien	5 Ziele
1. Stärkung der Lebenssouveränität	**1.** Frühe Förderung der Entwicklung von Kindern
2. Gesellschaftsbezug	**2.** Ernährung und Bewegung
3. Lebenswelt- und Kontextbezug	**3.** Sprache/Kommunikation
4. Förderung positiver Entwicklungsbedingungen	**4.** Schulbezogene Gesundheitsförderung
5. Befähigungsgerechtigkeit	**5.** Psychosoziale Entwicklung im Jugend- und jungen Erwachsenenalter
6. Bildungsgerechtigkeit	
7. Inklusion	
8. Achtsamer Körperbezug, kommunikativer Weltbezug, reflexiver Bezug	
9. Lebensverlaufsperspektive	
10. Interprofessionelle Vernetzung	
11. Von einer Anbieter- zu einer Akteursperspektive	
12. Gesundheitsförderung und Prävention als gesamtgesellschaftliche Aufgabe	

Abb. 1: Leitlinien und Ziele (Quelle: Deutscher Bundestag 2009, S. 250ff.)

Auf den weiteren Verlauf der kindlichen Entwicklung und auf die Bewältigung von Belastungen wirkt vor allem die Verfügbarkeit von personalen und sozialen Ressourcen (**Resilienz und Schutzfaktoren**). Diese können auf verschiedenen Ebenen identifiziert

werden, d.h. als individuelle Persönlichkeitsmerkmale, Merkmale des engeren familiären Umfeldes sowie des außerfamiliären Stützsystems. Entsprechend richtet sich Gesundheitsförderung im Kindesalter nicht nur auf die individuelle körperliche und psychische Gesundheit, sondern auch auf die Stärkung sozialer Ressourcen in Familie und Lebenswelt. Das Ziel ist, gesundheitsrelevantes Verhalten alltagsnah zu vermitteln und die Rahmenbedingungen zu entwickeln, die ein gesundheitsgerechtes Verhalten erst ermöglichen.

Ein Vorgehen nach diesem Ansatz ist gekennzeichnet durch sektorenübergreifende, interprofessionelle Vernetzung und Zusammenarbeit von Berufsgruppen wie z.B. den Fachkräften aus dem Kinder- und Jugendärztlichem Dienst und den Frühen Hilfen, der Kinder- und Jugendhilfe, den Krankenkassen, den Bildungs- und Betreuungsinstitutionen in Settings wie Kita und Schule oder Stadtteil und Nachbarschaft. Kennzeichnend ist auch der Dialog mit Eltern in einem vertrauensvollen und offenen Klima, mit einer durch Respekt, Wertschätzung und Ebenbürtigkeit gekennzeichneten Haltung zum Gegenüber. Nur so kann es gelingen, das Orientierungswissen zu vermitteln, das Eltern den Zugang zu verschiedenen Hilfesystemen der Kinder- und Jugendhilfe und des Gesundheitssystem erleichtert und ihnen die Weitergabe von alltagsgerechtem Gesundheitswissen und gesundheitsrelevanten Einstellungen und Verhaltensweisen innerhalb der Familie ermöglicht.

Gesundheit wird im Alltag hergestellt und auch dort vermittelt. Gesundheitsförderung im Kindesalter orientiert sich daher an dem Setting, in dem sie realisiert werden soll und entsprechend werden praxisfeldbezogene und alltagsgerechte Ansätze für Kindertageseinrichtungen, Schulen, Familie, Stadtteile oder Nachbarschaften entwickelt. Sie berücksichtigen Lebens- und Arbeitsprinzipien in der jeweiligen Lebenswelt und ermöglichen die Beteiligung und Mitarbeit aller Gruppen im Setting. Einrichtungen können dazu eigene Konzepte entwickeln oder auch in einem Netzwerk mitarbeiten und dessen Ressourcen für die Umsetzung im eigenen Setting nutzen.

Die Zusammenführung der Aktivitäten im gesamten Setting Kommune leistet der Strukturansatz „Präventionskette“. Als integrierte kommunale Gesundheitsförderungs- und Präventionsstrategie zielt eine Präventionskette darauf, allen Heranwachsenden positive Lebens- und Teilhabebedingungen zu eröffnen. Ziel ist, bestehende Ressourcen zu bündeln und sie insbesondere für Mädchen und Jungen sowie Familien zu eröffnen, deren Zugang dazu eingeschränkt ist. Eine Präventionskette stellt dabei kein „weiteres Netzwerk“ dar, sondern basiert auf der Zusammenführung kommunaler Netzwerke zur Förderung, Unterstützung, Beratung, Bildung, Betreuung, Partizipation und Schutz von Kindern, Jugendlichen und ihren Familien. Die Sicherung von Übergängen für das Kind und seine Familie zwischen Angeboten, Institutionen, Settings und über die Biografie von Kindheit und Jugend gehört dabei zu den wesentlichen Teilzielen.

Zu den Merkmalen einer Präventionskette gehört die übergreifende und lebensphasenorientierte Zusammenarbeit aller verantwortlichen öffentlichen und gesellschaftlichen Akteure und Institutionen, die dazu beitragen können, ein gemeinsam gesetztes Präventionsziel zu erreichen - sowie die umfassende Beteiligung von Kindern, Jugendlichen und ihren Familien. Das Konzept folgt der Philosophie von der „Priorität der Partizipation" und misst dem Kindeswillen der Heranwachsenden hohe Bedeutung bei. Kennzeichnend sind, neben der Kindzentriertheit, die explizite Lebensweltorientierung und der Wechsel von der Risiko- zur Ressourcenperspektive.

In diesem Strukturansatz gilt Gesundheit als ein Organisationsziel im Setting Kommune. Das Vorgehen gleicht dabei einem Lernzyklus, bei dem es darauf ankommt, zielgerichtet, geplant, systematisch und vor allem bedarfsorientiert vorzugehen. Zur Ermittlung des Bedarfs und themenspezifischer Angebote werden Mädchen und Jungen und ihre Familien und/oder die Fachkräfte der jeweiligen Institutionen durch geeignete Beteiligungsverfahren in die Maßnahmenentwicklung, -planung und -durchführung einbezogen. Zur Qualitätssicherung sollten dabei Prinzipien des Empowerments, der Partizipation, der Niedrigschwelligkeit und Zielgruppenorientierung eingebunden werden. Hinweise auf weitere relevante Qualitätskriterien einer „Guten Praxis" sind unter den angegebenen Internetadressen zu finden.

Literatur:

Bundesministerium für Gesundheit (Hg.), Nationales Gesundheitsziel - Gesund aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung, Bundesministerium für Gesundheit, Berlin 2010;

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung/Robert Koch-Institut, Erkennen - Bewerten - Handeln: Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland, Berlin und Köln 2008

Deutscher Bundestag, 13. Kinder- und Jugendbericht. Mehr Chancen für gesundes Aufwachsen - Gesundheitsbezogene Prävention und Gesundheitsförderung in der Kinder- und Jugendhilfe, Drucksache 16/12860, Berlin 2009, Download unter http://www.bmfsfj.de/BMFSFJ/Service/Publikationen/publikationen,did=128950.html

Lampert T / Müters / Stolzenberg H·/ Kroll LE, Messung des sozioökonomischen Status in der KiGGS-Studie. Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1), in: Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 2014, 57(7), Download unter http://edoc.rki.de/oa/articles/reXPIrLy4LMJM/PDF/28B0RAYr9XdWs.pdf

Richter-Kornweitz A, Utermark, K, Werkbuch Präventionskette. Herausforderungen und Chancen beim Aufbau von Präventionskette in Kommunen. Landesvereinigung für Gesundheit und Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Hannover 2013, Download unter www.gesundheit-nds.de/CMS/ images/stories/ PDFs/Werkbuch-Praeventionskette_Doppelseite.pdf

Robert Koch-Institut, Die KiGGS Basispublikationen, in: Bundesgesundheitsblatt, Band 50, Heft 5/6, Mai/Juni 2007, und unter: http://www.kiggs.de/

Internetadressen:

www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/:good-practice-kriterien
www.quint-essenz.ch

Verweise:

Gesundheitsförderung 1: Grundlagen, Gesundheitsförderung 2: Entwicklung vor Ottawa 1986, Resilienz und Schutzfaktoren, Settingansatz / Lebensweltansatz

Gesundheitsförderung und Betrieb

Rolf Rosenbrock, Susanne Hartung

(letzte Aktualisierung am 06.08.2015)

Als Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) bezeichnet man systemische Interventionen in privaten und öffentlichen Betrieben, durch die gesundheitsrelevante Belastungen gesenkt und Ressourcen vermehrt werden sollen. Die primärpräventiven und gesundheitsförderlichen Effekte werden durch gleichzeitige und aufeinander bezogene Veränderungen der Ergonomie, der Organisation, des Sozialklimas und des individuellen Verhaltens erzielt (**Settingansatz**).

Sowohl die Problemerfassung als auch die gesundheitsförderlichen Aktionen werden partizipativ angegangen. Dem dienen (aktivierende) Belegschaftsbefragungen, Betriebsversammlungen und v.a. Gesundheitszirkel. Die Initiative zu BGF kann von einem oder mehreren betriebsinternen oder -externen Akteuren ausgehen, der bzw. die eine i. d. R. hierarchie- und ressortübergreifende Koalition im Betrieb zusammenbringen. Darin sind mindestens die Geschäftsleitung, die Belegschaftsvertretung und der betriebliche Arbeitsschutz vertreten.

Projekte der BGF werden von einem Steuerungskreis begleitet. Dieser beschließt über Infrastruktur, Budget, Verantwortlichkeiten und Verfahren. Nach Projektbeginn wird zunächst ein *Gesundheitsbericht* erstellt, der neben abteilungs- und gruppenbezogenen Daten zu Arbeitsunfähigkeit auch Ergebnisse von Gefährdungsanalysen (§§ 4 und 5 Arbeitsschutzgesetz [ArbSchG]) und aus Belegschaftsbefragungen enthält. Ein solcher Überblick über das Beanspruchungsgeschehen im Betrieb dient neben der Sensibilisierung auch der kriteriengeleiteten Auswahl vorrangiger Interventionsschwerpunkte. In moderierten *Gesundheitszirkeln* werden danach von jeweils betroffenen Beschäftigten diskursiv Belastungen und Ressourcen in und aus der Arbeit thematisiert und im Rahmen der Projektvereinbarungen so weit wie möglich günstig verändert. Dieses Verfahren „rotiert“ durch die Betriebsteile und wird auf diese Weise zur betrieblichen Routine. In Klein- und Mittelunternehmen kommen pragmatisch reduzierte Versionen dieses Ansatzes zum Tragen.

BGF integriert auf diese Weise Kriterien der gesundheitsgerechten bzw. -förderlichen Gestaltung von Arbeitssituationen in Wahrnehmung, Entscheidungen und Handeln aller betrieblichen Akteure. Dadurch verändert sich die Betriebskultur. BGF ist hingegen nicht gleichzusetzen mit der systematischen Berücksichtigung gesundheitsbezogener Kriterien

und Verfahren in unternehmerischen (Gesamt-)Managementsystemen. Dies stellt eine zur BGF komplementäre Entwicklung dar. Verfahren und Wirkungen von BGF können auch Ergebnis einer konsequenten und partizipativen Umsetzung des (erweiterten) Arbeitsschutzes nach ArbSchG sein. Ein Zusammenfließen dieser drei (Betriebliche Gesundheitsförderung, Betriebliches Gesundheitsmanagement, Betrieblicher Arbeitsschutz bzw. Betriebliche Prävention) heute noch weitgehend getrennten Verfahren erscheint denkbar.

	Erläuterung	**Vorteile**	**Nachteile**
Betriebliche Prävention	Identifikation und Abbau von Schadensursachen für die Gesundheit bei der Arbeit. Ansatzpunkte sind Individuen/ Verhalten und Kontext/Verhältnisse. Unterscheidung nach Zeitpunkt der Intervention möglich (primär, sekundär, tertiär).	Objektivierung und Messung von Schadenseinflüssen möglich. Zuordnung von Verantwortlichkeiten für Maßnahmen möglich.	Multikausale Einflüsse auf Gesundheit sowie die subjektive Bewertung von Einflüssen werden nicht erfasst.
Betriebliche Gesundheitsförderung (im Sinne der Ottawa-Charta)	Befähigung zur aktiven Teilhabe von Betroffenen bei der Gestaltung der Lebenswelt Betrieb; Ressourcenorientierung.	Abbau sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheiten. Förderung von Fähigkeiten und Potenzialen. Subjektive Bewertungen gewinnen Bedeutung für Veränderungsprozesse.	Heterogene Begriffsverwendung im Hinblick auf den Bezugskontext bzw. die Interventionsebene (Individuum, Organisation, Gesellschaft). Widersprüche zur betrieblichen Logik und Verfahrensweise.
Betriebliches Gesundheitsmanagement	Verankerung von Gesundheit als betriebliches Ziel unter Inanspruchnahme von Managementstrategien	Zielorientierung, strategische Planung, Kennzahlenbasierung, Verantwortungserklärung und Anschlussfähigkeit an andere betriebliche Managementsysteme.	Gefahr eines Experten- und Top-down-Überhangs; Illusion der „Machbarkeit“ von Veränderungsprozessen. Vernachlässigung von Subgruppen, die nicht im Fokus betrieblicher Inte-

			ressenlagen stehen. Paradoxe Effekte (Gesundheitsförderung als Ausbeutungsstrategie).
Gesundheitsfördernde Organisationsentwicklung	Veränderung der Organisation durch Etablierung neuer Strukturen und Prozesse unter dem Leitbild von Gesundheit auf der Basis eines breiten Konsens und diskursiver Prozesse auf allen Ebenen (Verbindung von Top-down und Bottom-up).	Nachhaltigkeit durch hohen Rückhalt aller betrieblichen Subgruppen (Entscheidungsträgerinnen und -träger, Expertinnen und Experten, Betroffene). Ausgewogenheit von Bedarfsorientierung, Beteiligung und Befähigung sowie Betriebsinteressen.	Zeit- und Ressourcenaufwand für Kommunikations- und Abstimmungsprozesse. Hohe Anforderungen an Allparteilichkeit und Moderationskompetenz.
Arbeitsweltbezogene Gesundheitsförderung	Konzertiertes Zusammenwirken aller gesellschaftlichen Akteure, Sektoren und Ebenen zugunsten der Verwirklichung eines ausgewogenen Verhältnisses von Arbeit und Gesundheit.	Die Beschränkungen einer organisationsimmanenten Logik werden überschritten. Synergien durch die Zusammenarbeit von Betrieben und externen gesellschaftlichen Akteuren werden geschaffen. Soziale Benachteiligung im Sektor Arbeit wird verringert.	Verantwortungsklärung und Koordination aller beteiligten Institutionen und Organisationen im Sinne eines konzertierten Netzwerkansatzes sind erforderlich.

Abb. 1: Begriffe im Kontext Arbeit und Gesundheit (Quelle: Faller 2010, 25)

Im Zuge von BGF-Projekten kommen immer wieder erstaunlich viele, v.a. auch realistische Vorschläge für gesundheitsförderliche Veränderungen zutage. Ihre Umsetzung führt zu geringeren Belastungen, höherer Transparenz, besserer Kommunikation, gegenseitiger Unterstützung und höherer Wertschätzung. Solche Veränderungen betreffen auch Themen des „klassischen“ Arbeitsschutzes, gehen aber erheblich über ihn hinaus, v.a. im Hinblick

auf psychosozial vermittelte Belastungen und Ressourcen. Dabei erleben die Beschäftigen, dass ihre Vorstellungen von der Gestaltung ihrer Arbeitssituation zu realen Veränderungen führen (**Empowerment**).

Als Folgen gelungener BGF finden sich höhere Arbeitszufriedenheit, bessere Produktivität, größere Innovationsoffenheit und - zeitstabil - erheblich weniger krankheitsbedingte Abwesenheit. Setzt BGF regelmäßig bei hoch belasteten, in der Regel statusniedrigen Beschäftigtengruppen an, wird auch ein Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen geleistet (**soziale Ungleichheit und Gesundheit**).

Entwicklung und Verbreitung der BGF verdanken sich in Deutschland wesentlich den gesetzlichen Krankenkassen, die solche Projekte seit 1989 in Umsetzung ihres gesetzlichen Präventionsauftrages (Gesundheitsreformgesetz § 20 SGB V) initiiert, entwickelt und begleitet haben. Wesentliche Impulse kamen auch aus den **Gesundheitswissenschaften** und dem betrieblichen Arbeitsschutz sowie - verstärkt seit Inkrafttreten des Arbeitsschutzgesetzes und des Sozialgesetzbuches VII im Jahre 1996 - von Berufsgenossenschaften, vom staatlichen **Arbeitsschutz** (z.B. INQA - bundesdeutsche Initiative Neue Qualität in der Arbeit) und auch von privaten Beratungsunternehmen. Nach anfänglicher Zurückhaltung wird BGF nachhaltig von den Gewerkschaften unterstützt und oft von Betriebsräten initiiert.

Als Politikprogramm und aus Sicht von Public Health darf die BGF mittlerweile als etabliert gelten. Ihre Grundsätze werden international u.a. von der WHO und der Europäischen Union propagiert und unterstützt (Luxemburger Deklaration in der EU vom November 1997; Programm „Quality in Work“).

BGF verbindet Grundsätze der italienischen Arbeitermedizin aus den 1970er-Jahren sowie des skandinavischen Arbeitsschutzes mit modernen Konzepten der systemischen Intervention. BGF zielt mit Hilfe der Mobilisierung von Betroffenenkompetenz in erster Linie auf die Veränderung von Zwängen und Anreizen aus der technischen und sozialen betrieblichen Umwelt, die entweder direkt die Gesundheit belasten oder gesundheitsriskantes Verhalten begünstigen. Interventionen zur gesundheitsförderlichen Verhaltensmodifikation sollen nur im Zusammenhang mit solchen strukturbezogenen Veränderungen angegangen werden. Darin unterscheidet sich dieser Ansatz von der v.a. in den USA verbreiteten Praxis der arbeitsplatzbezogenen Gesundheitsförderung. Dort wird oft ausschließlich die Veränderung des persönlichen und privaten Risikoverhaltens (v.a. Rauchen, Ernährung, Bewegung, Stressverarbeitung) in den Blick genommen.

Obwohl Evaluationen zeigen, dass sowohl der Betrieb als auch die Beschäftigten von BGF gleichermaßen profitieren, ist die Verbreitung des Modells in Deutschland auf nur wenige hundert Unternehmen relativ gering. Das hat mehrere Gründe: BGF ist von keinem Akteur

erzwingbar und beschränkt sich deshalb auf Betriebe, in denen ein entsprechender Konsens zwischen den betrieblichen Akteuren, Verantwortlichen und Entscheidungsträgern („stakeholders") besteht oder herstellbar ist. BGF bezeichnet zudem einen komplexen Prozess, der aufgrund interner oder externer, ökonomischer oder betriebspolitischer Entwicklungen jederzeit gestört werden oder abbrechen kann.

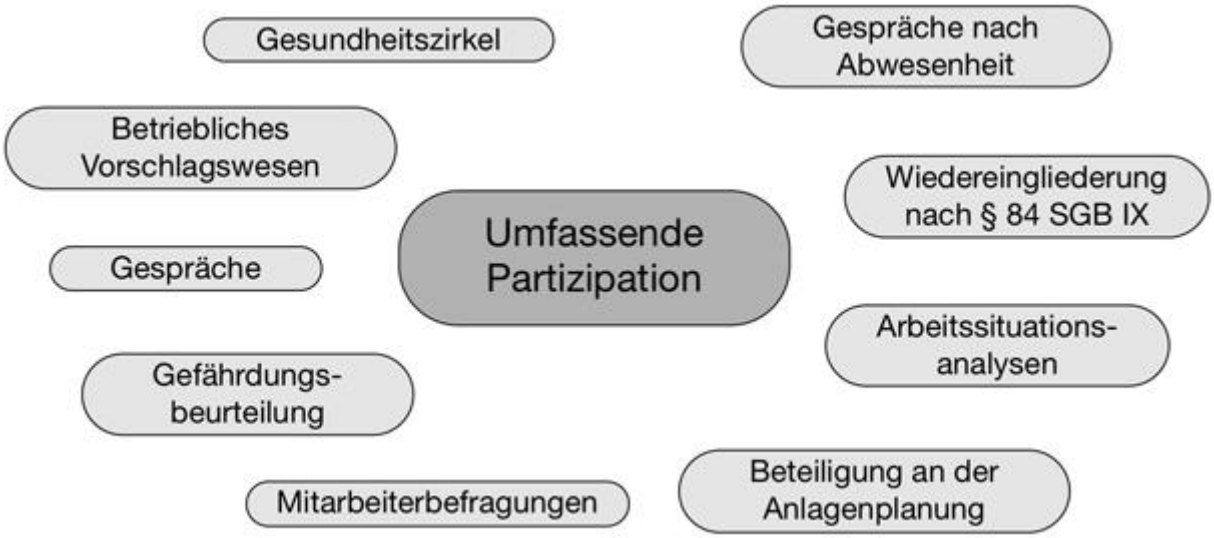


Abb. 2: Instrumente der Partizipation im Rahmen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements (Quelle: Pelster 2010, 177)

Voraussetzung für den Erfolg von BGF ist die Bereitschaft aller Beteiligten, ihr bisheriges Rollenverständnis und -verhalten zu hinterfragen und ggf. zu ändern. Vor allem von Arbeitgebern bzw. Managern fordert BGF die Bereitschaft, Probleme der Gesundheit der Beschäftigten nicht nur negativ als Minimierung krankheitsbedingter Abwesenheit, sondern als positive, mit Partizipation zu bewältigende und anfänglich auch mit Kosten verbundene Gestaltungsaufgabe zu begreifen. Dies setzt u.a. eine längerfristige Perspektive (z.B. im Hinblick auf Personalentwicklung) voraus, deren Entwicklung durch derzeit vorherrschende betriebswirtschaftliche Kurzfristorientierungen (im Interesse des „shareholder value") häufig behindert wird.

Erfolgreich sind Projekte, in denen die Beteiligten auf Basis eines gemeinsamen Verständnisses der Zusammenhänge zwischen Gesundheit einerseits und Produktivität, Arbeitszufriedenheit etc. andererseits dem sonst im Betrieb oft eher nachrangigen Thema Gesundheit größere Schubkraft verleihen („Themenverbindung"). BGF ist kein Ersatz für betriebliche Interessenvertretung. In der Praxis treten sowohl synergetische als auch konflikthafte bzw. blockierende Beziehungen zwischen BGF und betrieblicher Mitbestimmung sowie der Arbeitsplatzsicherung auf. Die breitere Anwendung des BGF-Konzepts auf kleine und mittlere Unternehmen stößt bislang auf methodische und organisatorische Hindernisse.

Unter der Bezeichnung BGF finden sich nicht nur Interventionen des hier skizzierten Typs anspruchsvoller **Organisationsentwicklung**, sondern auch zahlreiche Versuche modisch aufbereiteter, im Kern aber traditioneller Gesundheitserziehung. Außerdem werden einzelne Elemente des Konzepts der BGF häufig dazu missbraucht, die sozialen und gesundheitlichen Kosten betrieblicher Umstrukturierungen symbolisch zu verbrämen. Bei der Auswahl und Beurteilung von Projekten und Partnern in der BGF ist es deshalb notwendig, präzise Fragen nach Konzept und Instrumenten zu stellen.

BGF und **Schulische Gesundheitsförderung** sind die derzeit erfolgreichsten Felder praktischer Umsetzung des **Settingansatzes in der Gesundheitsförderung**. Das liegt v.a. daran, dass Betrieb und Schule als Herrschaftszusammenhänge effektivere Möglichkeiten der Regulierung von Technik, Organisation und Verhalten bieten als spontanere und diffusere soziale Gebilde.

Literatur:

Badura B/Hehlmann T, Betriebliche Gesundheitspolitik. Der Weg zur gesunden Organisation, 2. Aufl., Berlin, Heidelberg, New York 2010;

Bamberg E/Ducki A/Metz AM (Hg.), Handbuch Betriebliche Gesundheitsförderung, Göttingen 1998;

Bertelsmann Stiftung/Hans Böckler Stiftung (Hg.), Zukunftsfähige betriebliche Gesundheitspolitik, Gütersloh 2004;

Faller G (Hg.), Lehrbuch betriebliche Gesundheitspolitik, Bern 2010;

Lenhardt, U/Rosenbrock R/Elkeles T, Betriebsproblem Rückenschmerz, Weinheim 1997;

Meggeneder O/Pelster K/Sochert R, Betriebliche Gesundheitsförderung in kleinen und mittleren Unternehmen, Bern 2005;

Pelster K, … und die Nachhaltigkeit, in: Faller G (Hg.), Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung, Bern 2010, S. 171-178;

Sochert R, Gesundheitsbericht und Gesundheitszirkel, Bremerhaven 1998

Internetadressen:

www.dnbgf.de (Deutsches Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung)
www.enwhp.org (Europäisches Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung)
www.inqa.de (Initiative für eine neue Qualität in der Arbeit)

Verweise:

Empowerment/Befähigung, Gesundheitsförderung und Schule, Gesundheitswissenschaften / Public Health, Organisationsentwicklung als Methode der Gesundheitsförderung, Settingansatz / Lebensweltansatz, Soziale Ungleichheit und Gesundheit/Krankheit

Gesundheitsförderung und Familien – Familiäre Gesundheitsförderung

Raimund Geene

(letzte Aktualisierung am 27.06.2018)

Familiäre Gesundheitsförderung umfasst alle Aspekte der *Ressourcenstärkung von Familien*. Diese zu erkennen, zu bündeln und passgenau bereit zu stellen, ist eine wichtige Qualitätsanforderung an alle gesundheitlichen und sozialen Dienstleistungen rund um die Familie. Insbesondere die Träger kommunaler Netzwerke wie Präventionsketten, kommunale Gesundheitskonferenzen, Bündnisse für Familien oder Frühe Hilfen-Netzwerke erhalten durch das Konzept der familiären Gesundheitsförderung einen strukturierten Erkenntnisrahmen für eine gesundheitsförderliche Arbeit mit, bei und für Familien.

Mit familiärer Gesundheitsförderung wird darauf abgezielt, die Gesundheit der einzelnen Familienmitglieder weniger individuell, sondern vorwiegend *systemisch* über die Familie als soziales System mit eigenen Systemlogiken und (rituellen, habituellen ...) Handlungsformen zu fördern, indem die *Rahmenbedingungen* für familiäres Leben gesundheitsförderlich ausgestaltet werden. Dabei werden familiäre und kindliche *Lebensphasen* und *Lebenslagen* nutzerorientiert, d.h. aus Perspektive der Familien, dargestellt mit dem Ziel der Benennung von *Potenzialen gesundheitsförderlicher Strukturen* (*Verhältnisprävention*) als auch - auf dieser Grundlage - Möglichkeiten der *Verhaltensprävention*.

Als Familie werden dabei alle intergenerativen Haushaltsformen bezeichnet, unabhängig von sozialen oder biologischen Eingrenzungen (wie biologische oder soziale Elternschaft, Ein- oder Mehrelternschaft, Einzel- oder Geschwisterkinder etc.). Auch wenn in diesem Leitbegriff insbesondere der Fokus auf gesundes Aufwachsen und Leben mit Kindern gelegt wird, ist familiäre Gesundheitsförderung prinzipiell nicht auf die Lebensphase von Eltern mit zu betreuenden Kindern beschränkt, sondern umfasst vielmehr die gesamte Lebensspanne und alle Lebenslagen, was u.a. für den Bereich pflegender Angehöriger hohe Relevanz besitzt. Im Idealfall ist die Familie dabei ein Ort, der Menschen emotionalen Beistand gibt, in dem sie sich geliebt und angenommen fühlen können und in ein unterstützendes System eingebunden werden, das auch in Belastungssituationen schützen kann.

Familien prägen zwar maßgeblich die Gesundheit ihrer Mitglieder, sie bilden jedoch kein eigenständiges Setting im Sinne des Settingansatzes der WHO. Auch im Präventionsgesetz werden sie nicht als **Lebenswelten** aufgeführt, denn sie sind in ihrer Autonomie grundgesetzlich geschützt (Artikel 6 GG) und können entsprechend mit Methoden des Settingansatzes nicht „bearbeitet" werden. Familien selber sind aber eingebettet in Lebenswelten gemäß § 20a des SGB V wie **Kitas**, **Schulen**, Familienzentren und **Kommune**. Vielmehr wird „Gesundheitsförderung in der Familie", so die Gesetzesbegründung des **Präventionsgesetzes**, indirekt über die Lebenswelten Kita und Schule sowie „insbesondere durch die enge Zusammenarbeit mit den verschiedenen Disziplinen und Sektoren wie etwa der Familienbildung in der Lebenswelt Kommune/Stadtteil" unterstützt.

In der Kommune hält vor allem die Kinder- und Jugendhilfe zahlreiche Angebote vor, Familien strukturell zu unterstützen und ein gesundes Aufwachsen zu fördern. Dazu zählen der Rechtsanspruch auf einen Kita-Platz seit 2013 sowie das Bundeskinderschutzgesetz 2012, das **Frühe Hilfen** als flächendeckende Netzwerke und Regelleistungen einführte. Auch das **Präventionsgesetz** 2015 skizziert zusätzliche Angebote für Familien wie ärztliche Präventionsberatungen oder Präventionskurse auch für Kleinkinder und ihre Eltern. Durch das in der Gesetzesbegründung formulierte „Ziel der Steigerung der gesundheitlichen Elternkompetenz" wurde den Krankenkassen ein Teilbereich der familienbezogenen Leistungen aufgetragen, der jedoch nur schwer vom Auftrag zur sonstigen Elternkompetenzförderung der Jugendhilfe abzugrenzen ist. Bislang mangelt es noch an Umsetzungsbeispielen, die mit den Frühen Hilfen verknüpft sein sollten. Insgesamt gibt es bislang im Gesundheitswesen nur wenige konkrete Zuständigkeiten und handelnde Akteure für familiäre Unterstützungsstrukturen. Modellprogramme wie die Familiengesundheitspflege sind bislang nur marginal entwickelt. Das Handlungsfeld der familiären Gesundheitsförderung ist konzeptionell wie praktisch insgesamt erst wenig ausgestaltet.

Nachfolgend werden entlang von Lebensphasen und Lebenslagen besondere Präventionsbedarfe, aber auch Potenziale für Gesundheitsförderung identifiziert, die abschließend tabellarisch zusammen geführt werden.

Familiäre Lebensphasen: Familiäre Gesundheitsförderung kann zunächst *vertikal* entlang der Lebensphasen konzipiert werden. In den Bundesrahmenempfehlungen der Nationalen Präventionskonferenz nach SGB V, **§ 20d** wird dies als Lebenslauforientierung mit den Handlungsbereichen Aufwachsen, Arbeiten und Altern ausgewiesen.

Die Lebensphase rund um die Geburt ist im 2017 vom BMG veröffentlichten Gesundheitsziel ausdifferenziert worden (**Gesundheitsziele**). Hier werden Potenziale zur salutogenetischen Ausrichtung und der Förderung familienfreundlicher Rahmenbedingungen benannt. Als Versorgungsleistungen umfasst dies u.a. vernetzte und niedrigschwellige Unterstützungsangebote, Minderung von Ausgrenzungs- und Armutsfolgen sowie Förderung

konfliktarmer Übergänge und familiäre Selbsthilfeförderung. Eine vertiefende Betrachtung bietet das 10-Phasen-Modell (Geene et al., 2016), in dem von präkonzeptioneller Phase bis zum Ende des 1. Lebensjahres die jeweiligen physiologischen, psychologischen und sozialen Bewältigungsaufgaben identifiziert und entsprechende Strategien zur Ressourcenstärkung familienspezifisch abgeleitet werden können.

Fremdbetreuung in Kitas und später Schulen *(sekundäre Sozialisation)* kann als Entlastung und Unterstützung erlebt werden, wenn Kinder und Eltern sich wertgeschätzt und wohl fühlen. Kitas und Schulen können aber auch problemverschärfend erlebt werden, wenn Diskrepanzen mit den habituellen Regeln der Familie entstehen. Kitas und Schulen sind gut geeignet für den Settingansatz der Gesundheitsförderung. Der im SGB V, **§ 20a** benannte Regelablauf skizziert eine Form der Organisationsentwicklung, durch den sich die Beteiligten als kollektiv und individuell selbstwirksam erleben sollen, so dass sie ihren Alltag als eine Quelle der Gesundheit empfinden.

Ähnliche Möglichkeiten bieten außerschulische Freizeit- und Sportangebote *(tertiäre Sozialisation)*. die Kinder- und Jugendalter überlappen und für Übergange zwischen diesen Lebensphasen bedeutsam sind. Hier eröffnen sich neue Lebenswelten, die ggf. auch Kontrapunkte setzen können, insofern sie einen Wunsch der Kinder und Jugendlichen nach eigenständiger, von den Eltern abgegrenzter sozialer bzw. Ich-Identität bedienen. Im weiteren Lebensverlauf können Fragen spätjugendlicher Adoleszenz, Trennungs- und Neuformierungsprozesse, Mehrgenerationenleben, Seniorenbetreuung und Angehörigenpflege aufgegriffen und im Rahmen von **kommunalen Präventionsketten** adressiert werden.

Belastete Lebenslagen von Familien: Horizontal betrachtet zeigen sich Belastungsfaktoren von Familien, denen mit Belastungssenkung und Ressourcenstärkung begegnet werden sollte. Maßnahmen der familiären Gesundheitsförderung befinden sich in einem doppelten Dilemma: Sie betreffen eher Symptome und können Ursachen kaum lösen; zudem erhöhen sie durch Thematisierung die Stigmatisierungsgefahr.

Benachteiligungen u.a. wegen sozialer Lage, Herkunft oder Alter stellen Belastungsfaktoren dar und korrelieren mit familiären Adversionsrisiken wie elterlichen Konflikten, psychischen und Suchterkrankungen, belastenden Wohnverhältnissen, geringen sozialen Unterstützungen und chronischen Belastungen, die sich im Sinne einer Negativspirale gegenseitig verstärken können. Solche Risiken korrelieren hoch mit späteren Gesundheitsproblemen der Kinder, wenngleich sich etwa ein Drittel der hochbelasteten Kinder als „resilient“ entwickelt (**Resilienz**). Beispielhaft werden nachfolgend sechs Belastungsfaktoren kurz dargestellt. Sie werden jeweils um mögliche Ansätze familiärer Gesundheitsförderung ergänzt.

Ein überlagerndes Thema ist Kinder- bzw. Familienarmut, die in bzw. durch die Phase der Erstgeburt (Familienwerdung) kulminiert. Familiäre Gesundheitsförderung orientiert hier auf Begrenzung von Armut, z.B. durch rechtliche, politische und moralische **Anwaltschaft**, durch Vermittlung günstigen Wohnraums sowie Handlungswissen über Fördermöglichkeiten sowie auf Reduktion von Armutsfolgen im Sinne einer Pufferfunktion durch verbesserte Ressourcenallokationen, insb. finanzielle (z.B. durch Kindergrundsicherung) sowie soziale Unterstützung (z.B. durch Patenmodelle, Selbsthilfeförderung, Familien- und/oder Kindererholung oder berufliche (Re-)Integration).

Das Risiko für Familienarmut ist besonders hoch bei Alleinerziehenden. Familiäre Gesundheitsförderung kann bei Elternkonflikten unterstützen (z.B. in Familienzentren, Familienberatung) oder ansetzen in spezifischen Settings von Alleinerziehenden (z.B. Mutter-Vater-Kind-Heime nach SGB VIII, § 18) sowie zur Verbesserung von Rahmenbedingungen (z.B. Bedarfssensibilisierung in kinderbezogenen Settings mit dem praktischen Ziel einer Sicherstellung von Kita-, Hort- oder Schulbetreuungszeiten auch in Randzeiten) und zur Stärkung sozialer Netzwerke. Wegen des fließenden Übergangs der Familienformen, der geringen Selbstidentifikation mit der Statuspassage des Alleinerziehens und der Stigmatisierungsgefahr dieser Zuschreibung empfiehlt sich eine unspezifische Ansprache mit spezieller Adressierung auf die belasteten Familien (adressatenspezifische Gesundheitsförderung und primäre Prävention), z.B. über Sozialräume und spezifische Qualitätsmerkmale (z.B. obligatorische Einbeziehung der Kinder/parallele Kinderbetreuung).

Eine gravierende Belastung stellt für Familien eine elterliche Erkrankung dar. Als weit verbreitet gelten psychische und Suchterkrankungen. Der Präventionsbedarf bezieht sich einerseits auf erkrankte Eltern(teile) mit primärpräventiven Angeboten sowie auf sekundärpräventive Therapien, Ausstiegshilfen oder (ggf. punktuelle) Vermeidungsstrategien, andererseits auf mitbetroffene Familienmitglieder zur Verminderung von Formen der Co-Erkrankungen.

Prävention von Frühgeburtlichkeit sowie Frühe Hilfen, Sozialpädiatrische Zentren und Frühförderung sind von besonderer Bedeutung, wenn Kinder körperliche, geistige und/oder auch seelische Entwicklungsverzögerungen oder auch Behinderungen aufweisen. Eine frühe Form solcher Erkrankungen können Schrei-, Schlaf- und Fütterprobleme (sog. „Regulationsstörungen“) darstellen, die etwa jedes 5. Kind betreffen und sich bei jedem zweiten davon chronifizieren. Sie bedürfen frühzeitiger Unterstützung u.a. durch Hebammen sowie Babysprechstunden.

Im weiteren Kindheitsverlauf treten - verstärkt wahrgenommen auch durch verfeinerte Diagnostik sowie ein zunehmend verbessertes Betreuungs- und Versorgungsangebot - Formen der „Neuen Morbidität“ auf wie psychische Erkrankungen, ADHS, Allergien sowie Übergewicht und Adipositas. Angezeigt sind hier alltagsnahe und lebensweltbezogene Be-

wegungs- und Ernährungsangebote und übergreifende Maßnahmen (etwa familiengerechte Grünflächen, Spiel- und Sportplätze sowie Marktsteuerung durch Subventionierung gesunder Lebensmittel und Ampelkennzeichnung von Lebensmitteln, Zuckersteuer u.ä.). In der frühen Kindheit werden Still- und Bindungsförderung zur Prävention eines metabolischen Syndroms empfohlen.

Eine stark vernachlässigte Gruppe sind Kinder, die nicht bei ihren Eltern leben können, und im weiteren Lebensverlauf hochgefährdet sind. Bislang werden *Pflegefamilien* und *Kinderheimgruppen* noch kaum adressiert, wenngleich stationäre Einrichtungen der Jugendhilfe durch das PrävG seit 2016 zur Gesundheitsförderung verpflichtet sind. Es fehlt hier jedoch bislang an Konzepten sowie entsprechenden Praxiserfahrungen, die durch Modellprojekte mit Krankenkassen (gemäß § 20g SGB V) ermittelt werden sollten.

Typen und Arten der familiären Gesundheitsförderung: Sowohl die lebensphasen- als auch die lebenslagenbezogene Analyse familiärer Ressourcen und Belastungsfaktoren belegt die eingangs dargestellte Anforderung, dass weniger die Familien selber (Familie ist kein Setting im engeren Sinn des WHO-Settingansatzes) als vielmehr die Rahmenbedingungen familiären Lebens mit Maßnahmen der Gesundheitsförderung adressiert werden sollten. Eine Umsetzung sollte in diesem Sinne abgestimmt als Mehr-Ebenen-Strategie erfolgen. Dies kann kommunal erfolgen, idealer Weise gestützt von bevölkerungsweiten sowie auf die einzelnen Familien abzielenden Maßnahmen der Verhaltens- und der Verhältnisprävention. Dabei sind Maßnahmen der Verhältnisprävention als komplexe Interventionen deutlich aufwändiger, jedoch auch erfolgversprechender. Eine Reduktion auf Gesundheitsverhalten kann zu gegenteiligen Effekten führen, weil die sozial bereits benachteiligten Familien durch weitere moralische Verpflichtungen zusätzlich belastet und bei Nichterfüllen stigmatisiert werden können. Beispiele für Bausteine bietet die nachfolgende Tabelle.

	Information, Aufklärung, Beratung ***Gesundheitshandeln/Verhaltensprävention***	**Beeinflussung des Kontextes/der Bedingungen** ***Verhältnisprävention***
Einzelne Familien/ Familienmitglieder	» I., z.B. » Schwangerschaftskonfliktberatung » Geburtsvorbereitung und -beratung » Ärztliche Präventionsempfehlung » Information zu Frühen Hilfen » Präventionskurs zur Steigerung gesund-	II., z.B. präventiver Hausbesuch Begleitung durch Familienhebammen Niedrigschwellige Unterstützung durch Familienpatinnen und -paten

	heitlicher Elternkompetenz » Beratung zur Kindersicherheit	Maßgeschneiderte Übergänge (Transitionen) gemäß spezifischen familiären Wünschen & Bedarfen Individuelle Wohnraumvermittlung bzw. -bereitstellung
Setting	» III., z.B. » (Elterneinbeziehende) Sexualaufklärung in Jugendeinrichtungen » Sucht- und Drogenberatung in Familienzentren » Flyer zu familienbezogenen Sportangeboten in Kitas, Schulen oder Jobcentern » Beratung zu Übergängen » Peer-Angebote in Jugend- und Freizeiteinrichtungen	IV., z.B. Netzwerke Frühe Hilfen Präventionsketten Familiäre Selbsthilfeförderung Community-Aufbau von Familien in belasteten Stadtteilen (z.B. türkische Familientreffs oder Eltern-AGs) Angebote mit Blick auf vulnerable Gruppen (z.B. Alleinerziehende, suchtbelastete Familien, schwangere Prostituierte) Gesundheitsförderung als Organisationsentwicklung in Kitas Leitbildentwicklung ‚gute gesunde Schule‘ Transitionskonzepte von Geburtshilfe, Kitas und Schulen
Bevölkerung	» V., z.B. » Aufklärung durch Kernbotschaften, z.B. » „Stillen tut gut“ » „Mit Kindern rauchfrei Auto fahren“ » „Fahrradhelme für Kinder und Eltern“	VI., z.B. Aktionsprogramm Frühe Hilfen Kommunaler Partnerprozess Bündnisse für Familien Multimodale Kampagnen zur Stillförderung Familiäre Bewegungskampagnen (z.B. Trimm-Dich-Kampagne)

Tab 1. Eigene Darstellung in Anlehnung an Rosenbrock & Gerlinger, 2014, S. 73

Um Familien mit familiärer Gesundheitsförderung wirksam zu unterstützen, sollten Maßnahmen stets kontextuell eingebunden sein, möglichst koordiniert im Rahmen einer Dachkampagne. Das strategische Ziel ist ein übergreifendes Bündnis für Familien- und Kindergesundheit im Sinne des **Advocacy-Ansatzes**, getragen von den einzelnen Familien, den Fachkräften und einer unterstützenden Politik, wenn sie als Teil der expliziten **Gesundheitspolitik** mit einer familienstützenden Gesamtpolitik (‚implizite Gesundheitspolitik') zusammenwirkt.

Literatur:

BMG Bundesministerium für Gesundheit, Gesundheit rund um die Geburt, Gesundheitsziel des Kooperationsverbundes gesundheitsziele.de, Bonn 2017

Geene R/ Reese M, Handbuch Präventionsgesetz - Neuregelungen der Gesundheitsförderung in Deutschland, Frankfurt 2016.

Geene R/ Thyen U/ Quilling E/ Bacchetta B, Familiäre Gesundheitsförderung, in: Präv Gesundheitsf 11, 2016, 222-229

Kolip P / Lademann J, Familie und Gesundheit, in: Hurrelmann, Klaus/Razum, Oliver (Hg.). Handbuch Gesundheitswissenschaften. 5., vollst. überarb. Aufl. Weinheim 2012, 517-540

NPK Nationale Präventionskonferenz, Bundesrahmenempfehlungen, verabschiedet am 19. Februar 2016 auf der 2. Sitzung der Nationalen Präventionskonferenz, Berlin 2016

RKI Robert-Koch-Institut (Hg.), Gesundheit in Deutschland, Gesundheitsberichterstattung des Bundes, gemeinsam getragen von RKI und Destatis, Berlin 2015

Rosenbrock R/ Gerlinger T, Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung, 3., vollst. überarb. Aufl., Bern 2014

Internetadressen:

BMG Bundesministerium für Gesundheit (2017). Gesundheit rund um die Geburt. Gesundheitsziel des Kooperationsverbundes gesundheitsziele.de. Bonn: BMG.

Fischer J/ Geene R (Hg.), Netzwerke in Frühen Hilfen und Gesundheitsförderung - Neue Perspektiven kommunaler Modernisierung, Weinheim 2017

Geene R, Gesundheitsförderung und Frühe Hilfen, Impulspapier des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen, Köln 2017, Online unter:
https://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/Publikation_NZFH_Impulspapier_Gesundheitsfoerderung_und_Fruehe_Hilfen.pdf [24.03.2018]

Verweise:

Anwaltschaft - Vertretung und Durchsetzung gesundheitlicher Interessen, Frühe Hilfen, Gesundheitsbezogene Gemeinwesenarbeit, Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik / Healthy Public Policy, Gesundheitsförderung und Kindertageseinrichtungen, Gesundheitsförderung und Schule, Gesundheitsziele, Präventionsgesetz, Präventionskette / Integrierte kommunale Gesundheitsstrategie, Resilienz und Schutzfaktoren, Settingansatz / Lebensweltansatz

Gesundheitsförderung und Gesunde – Soziale Stadt – Kommunalpolitische Perspektive

Christa Böhme, Klaus-Peter Stender

(letzte Aktualisierung am 15.02.2015)

Kommunen - zentrale Akteure für Prävention und Gesundheitsförderung

Die Zunahme von chronischen Krankheiten, die in der öffentlichen Wahrnehmung immer deutlicher hervortretenden Zusammenhänge zwischen Armut und Gesundheit sowie die Krise des Gesundheits- und Krankenversicherungssystems haben die Diskussion um den Stellenwert von Prävention und Gesundheitsförderung allgemein und die Potenziale der Städte und Gemeinden hierfür im Speziellen neu entfacht. Steuerung und Koordination der lokalen Akteure sowie eine Gesundheitsförderung, die auf soziale Benachteiligung und besondere Lebenslagen Rücksicht nimmt und an den Lebenswelten der Menschen ansetzt (Setting, Gemeindeorientierung, gesundheitsbezogene Gemeinwesenarbeit), rücken als die gegenwärtig relevanten Gesundheitsförderungs- und Präventionsaufgaben der Kommune zunehmend ins Blickfeld.

Kommunen sind zentrale Akteure der Gesundheitsförderung. Sie übernehmen auf der Grundlage der Landesgesundheitsgesetze für den öffentlichen Gesundheitsdienst Aufgaben für die Förderung von Gesundheit. Diese Aufgaben sind aber nur zum Teil explizit auf Gesundheit ausgerichtet; vielfach wird Gesundheit lediglich implizit thematisiert. So haben beispielsweise Stadtentwicklungsvorhaben, Verkehrsplanungen, die Einrichtung von Kindertagesstättenplätzen, Bildungsangebote oder Fragen der Wirtschaftsförderung auch Auswirkungen auf Gesundheit. Daher sind Prävention und Gesundheitsförderung nicht allein Aufgabe der kommunalen Gesundheitsämter, auch andere Ämter (Sport, Jugend, Soziales, Bildung, Umwelt, Stadtentwicklung, Wirtschaft) sind hierin involviert. Neben der Kommunalverwaltung sind zudem Akteure aus dem wirtschaftlichen und dem zivilgesellschaftlichen Bereich an der Gesundheitsförderung beteiligt. Auch hier ist das Spannungsfeld nicht gering: Diese Bereiche sind sektoral organisiert, die Gesundheitsförderung setzt aber auf Integration und Zusammenarbeit über Grenzen hinweg. Ihr Aktionsfeld ist das Gesamtsystem „Kommune“. Deshalb ist Intersektoralität zugleich Ziel wie auch ständige Achillesferse. Die besondere Herausforderung ist die Entdeckung und Nutzung der vor-

handenen Ressourcen in der Stadt und deren Organisation im Hinblick auf gesundheitsbezogene Ziele.

Kommunen haben also eine aktive, gestaltende Rolle im Hinblick auf Prävention und Gesundheitsförderung, gleichzeitig gehören sie aber auch zu den ersten Gewinnern einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik. Dabei obliegt die Förderung von Gesundheit jedoch nicht den kommunalen Akteuren allein, sondern ist auch abhängig von Entscheidungen und Planungen auf Bundes- und Länderebene.

Die Bedeutung der Kommunen für Gesundheit ist durch den **Setting- oder Lebensweltansatz** auch konzeptionell gewachsen. In der Lebenswelt Kommune können Bürgerinnen und Bürger zur Stärkung gesundheitsbezogener Kompetenzen und Schaffung gesundheitsfördernder Rahmenbedingungen alltagsnah und zielgruppengerecht erreicht und beteiligt werden. „Kommune“ wird dabei als ein umfassendes System begriffen, in dem Subsysteme wie Kindertagestätten, Schulen, Quartiere, Sportvereine oder Betriebe verankert und organisiert sind. Das geplante Bundespräventionsgesetz greift auch die Lebenswelt des Wohnens als Handlungsfeld ausdrücklich auf. Auch die Gesetzlichen Krankenkassen haben die kommunale Ebene als Interventionsort für Gesundheit entdeckt: „*Die Kommune bildet ein besonders geeignetes Setting der Gesundheitsförderung, weil die kom-munale Lebenswelt von hoher gesundheitlicher Relevanz für die dort lebenden Menschen ist und sozial benachteiligte und gesundheitlich belastete Menschen hier ohne Stigmatisierung in ihren alltäglichen Lebenszusammenhängen erreicht werden können. Hier lassen sich auch solche Zielgruppen erreichen, die über die Einrichtungen, wie Kita, Schule, Betrieb, in der Regel nicht erreicht werden, wie z. B. Arbeitslose und ältere Menschen*.“ (Leitfaden Prävention, Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von §§ 20 und 20a SGB V vom 21.06.2000 in der Fassung vom 10.12.2014).

Bereits 1998 hatte die Kommunale Gemeinschaftsstelle (KGSt) in ihrem Bericht „Ziele, Leistungen und Steuerung des kommunalen Gesundheitsdienstes“ gefordert, dass Gesundheit stärker als Teil einer kommunalen Gesamtpolitik begriffen und realisiert werden müsse. Rhetorisch ist das Einvernehmen mithin groß, dass Kommunen die geeigneten Orte für Prävention und Gesundheitsförderung sind, weil sie einen Gesamtansatz realisieren können, der die Gesundheit von Bürgerinnen und Bürgern lebensphasenbegleitend von Geburt an bis ins hohe Alter fördert.

Das Spannungsfeld der Chancen für Gesundheit auf der einen und der wirtschaftlichen Tristesse in vielen Städten und Gemeinden auf der anderen Seite ist jedoch beachtlich. Ein beträchtlicher Teil der Kommunen ist in seiner Handlungsfreiheit durch Steuereinbußen und anwachsende Sozialausgaben in der Grundsicherung bedroht, nicht wenige Kommunen können ihre Selbstverwaltung nur noch begrenzt wahrnehmen. Pressemitteilungen

des Deutschen Städtetages sehen Kommunen bereits regelmäßig auf der „Intensivstation“ liegen. Vor diesem Hintergrund sind die Anstrengungen der „Gesunden Städte“ besonders zu würdigen.

Gesunde Städte

Eine „Gesunde Stadt“, so führt die WHO aus, ist eine Stadt, in der Gesundheit und Wohlergehen der Bürgerinnen und Bürger bei Entscheidungsprozessen auf geeignete Weise mit abgewogen werden (**Health Impact Assessment**). Jede Stadt kann in diesem Sinne eine „Gesunde Stadt“ sein, wenn sie sich der Gesundheit erkennbar und verantwortlich verpflichtet fühlt und in Kooperation mit vielen Akteuren in der Kommune Strukturen und Prozesse für deren nachhaltige Verbesserung entwickelt und erprobt.

Zur Umsetzung dieses Leitkonzepts gründete das Europabüro der WHO im Jahr 1986 das internationale Healthy Cities Network. Mittlerweile haben die Gesunden Städte eine kleine Erfolgsstory geschrieben. Standen am Anfang zehn Städte, die sich an diesem internationalen Experiment der Förderung der Gesundheit durch Städte beteiligten, sind es nach Angaben der WHO allein in Europa in mehr als 30 Ländern mittlerweile (2014) über 1.400 Städte und Gemeinden, die in nationalen Gesunde-Städte-Netzwerken organisiert sind. Weltweit werden die „Gesunden Städte“ wohl in die Tausende gehen.

Im Jahr 1989 haben elf Kommunen das bundesdeutsche Gesunde-Städte-Netzwerk ins Leben gerufen, dem heute (Stand: 2014) 75 Städte und Kreise und damit über 20 Prozent der Bevölkerung Deutschlands angehören. Die dem Netzwerk beigetretenen Kommunen belegen durch einen Stadtratsbeschluss, dass sie Gesundheit verstärkt in den Mittelpunkt ihrer Kommunalpolitik stellen werden. Eine besondere Bedeutung hat dabei das 9-Punkte-Programm zum Beitritt in das Netzwerk**:**

- Zustimmung durch den Rat der Stadt,
- Einrichtung einer Geschäftsstelle und Benennung einer zuständigen Person,
- Entwicklung einer ressortübergreifenden gesundheitsfördernden Politik, z.B. durch Informationen der Politikbereiche sowie durch Gesundheitsförderungskonferenzen,
- Gesundheitsförderung als Entscheidungskriterium bei öffentlichen Planungen etablieren,
- Rahmenbedingungen für Bürgerbeteiligung: Empfehlung für die Schaffung geeigneter Unterstützungs- und Koordinierungsstrukturen,
- Gesundheits- und Sozialberichterstattung,
- Teilnahme an Netzwerkaktivitäten (z.B. Mitgliederversammlung, Symposium),
- Informationstransfer ins Netzwerk,

- alle vier Jahre Erfahrungsberichte über die kommunale Arbeit und spätestens alle vier vier Jahre Befassung der zuständigen politischen Gremien in der Kommune.

Die Gesunden Städte profitieren untereinander von dem Austausch der Erfahrungen. Die Städte, die die Gesunde-Städte-Konzeption engagiert und Erfolg versprechend umsetzen, entwickeln Aktivitäten für „mehr Gesundheit". Dazu gehören Infrastrukturen, Instrumente, Ansätze sowie gute und funktionierende Beispiele:

- Gesundheitsberichterstattung, die gesundheitliche Probleme und Potenziale aufdeckt, analysiert, bewertet und der Öffentlichkeit zur Verfügung stellt.
- Gesundheitskonferenzen als Kooperations- und Partizipationsinstrumente, in denen unterschiedliche Institutionen einer Kommune von Ärztinnen/Ärzten, Arbeitgeberinnen/-gebern, Bildungseinrichtungen über Gewerkschaften, Initiativen, Krankenkassen, Selbsthilfegruppen bis hin zu Stadtämtern und Wohlfahrtseinrichtungen die Themen Gesundheitsförderung und Prävention behandeln und zielgerichtet umsetzen.
- Kommunale Gesundheitsrahmenkonzepte als Gesundheitsentwicklungspläne, in denen Stadtämter oder öffentliche Einrichtungen Rahmenbedingungen und Projekte für die Verbesserung der gesundheitlichen Lage abstimmen, die sie verantwortlich fördern bzw. zukünftig fördern wollen, und Ziele, Umsetzungsschritte und -zeitpläne, Ressourcen, Verantwortlichkeiten sowie die Evaluation konkret verabreden.
- Gesundheitshäuser als Orte der Gesundheit, offen für alle Bürgerinnen und Bürger - die sich zu Fragen von Gesundheit, Soziales und Selbsthilfe informieren und beraten wollen oder dort selber aktiv werden, und mit einer Vielzahl von Akteuren und Angeboten: u.a. Abteilungen des Gesundheits- und Sozialamtes, Beratungsangebote für alte oder chronisch kranke Menschen, Informations- und Kontaktstellen für Selbsthilfegruppen, Freiwilligenagenturen und Volkshochschulen.
- Stadtteilgesundheitsbüros als niedrigschwellige Anlaufstellen für Bürgerinnen und Bürger zur Mitgestaltung der Stadtteile sowie mit gesundheitsfördernden Angeboten für einzelne Zielgruppen, häufig in Verbindung mit Aktivitäten der sozialen Stadtteilentwicklung.
- Gesundheitsförderungsaktivitäten in Schulen und Kindergärten zu Themen wie Schulhofumgestaltung, Aufbau von Schulkiosken bzw. Mittagstischen, Förderung von Bewegungsangeboten.
- Bessere Angebote für chronisch kranke Menschen: u.a. Informationen in Broschüren oder im Internet, abgestimmte Zusammenarbeit von Krankenhaus und ambulantem Hilfesystem.

» Aktivierende Öffentlichkeitsarbeit: u.a. Gesundheitsmärkte, Gesundheitswochen, Gesunde Städte-Zeitungen, „gesunde und zukunftsfähige“ Kantinen.

Soziale Stadt und gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung

Die Ergebnisse zahlreicher sozial- und kommunalwissenschaftlicher Studien weisen seit den 1990er-Jahren auf Tendenzen zunehmender Segregation mit der Folge einer fortschreitenden sozialen und stadträumlichen Fragmentierung hin. Auslöser waren und sind v.a. wirtschaftliche und politische Restrukturierungsprozesse, die - stark verkürzt - mit den Stichworten Globalisierung, Deindustrialisierung, Bedeutungszunahme von Informationstechnik und wissensbasierten Dienstleistungsbranchen sowie Deregulierung umrissen werden können. Zu den Folgen dieses Strukturwandels gehören u.a. verstärkte Spaltungstendenzen der Gesellschaft in Bezug auf Arbeitsmarktzugang und Beschäftigung, Einkommen, Konsummuster und Lebensstile.

Diese Entwicklungen finden ihren räumlichen Niederschlag in der Fragmentierung der Stadt aufgrund kleinräumiger Segregationsprozesse mit der Folge von Auf- und Abwertungen einzelner Wohngebiete. Durch selektive Wanderungen und den arbeitsmarktbedingten Abstieg benachteiligter Bevölkerungsgruppen entsteht eine neue Form sozialräumlicher Ungleichheit, wobei sich die „Verlierer“-Räume der wirtschaftlichen und staatlichen Restrukturierung zu Orten sozialer Ausgrenzung entwickeln können, die von gesamtgesellschaftlichen und gesamtstädtischen Prozessen abgekoppelt sind. Diese Gebiete sind vielfach durch eine Mischung komplexer, miteinander zusammenhängender Probleme charakterisiert. Dazu gehören neben sozialen, ökonomischen, infrastrukturellen und (städte-)baulichen auch gesundheitliche Problemlagen und Benachteiligungen (**soziale Ungleichheit**).

Vor diesem Hintergrund rief die Arbeitsgemeinschaft der für Städtebau, Bau- und Wohnungswesen zuständigen Minister und Senatoren der 16 Bundesländer (ARGEBAU, seit 1999 Bauministerkonferenz) Ende des Jahres 1996 eine „Gemeinschaftsinitiative Soziale Stadt“ ins Leben. Diese hatte das Ziel, einzelsektorale Versuche der Problemlösung, die angesichts der komplexen Situationen vor Ort als unzureichend betrachtet wurden, hinter sich zu lassen und stattdessen integrierte Ansätze zur Entwicklung der benachteiligten Stadtteile zu erproben. Einige Länder leiteten eigene Programme in diesem Bereich ein. Im Jahr 1999 wurde das Bund-Länder-Programm Soziale Stadt mit dem übergeordneten Ziel gestartet, die „Abwärtsspirale“ in benachteiligten Stadtteilen aufzuhalten und die Lebensbedingungen vor Ort umfassend zu verbessern. Kernelemente des Programms sind ein dezidierter Gebietsbezug, Ressourcenbündelung (materiell und im Sinne von Know-how), umfangreiche Aktivierung und Beteiligung von Akteuren auch außerhalb von Politik und Verwaltung sowie für die Programmumsetzung notwendige Management- und Organisationsformen.

Trotz komplexer sozial- und umweltbedingter Gesundheitsrisiken und -belastungen in den Gebieten ist das Handlungsfeld „Gesundheitsförderung“ erst im Laufe der Programmumsetzung stärker in den Blickpunkt geraten. Unterstützung leistet hier unter anderem der Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen, der seinen Mitgliedern die Kooperation mit dem Programm Soziale Stadt empfiehlt. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung sowie die Landesvereinigungen für Gesundheit haben sich im Rahmen des bundesweiten Kooperationsverbundes „Gesundheitliche Chancengleichheit“ um eine stärkere Sozialraumorientierung und eine Verknüpfung mit dem Programm Soziale Stadt bemüht. Ausdruck dieser Anstrengungen sind unter anderem die Arbeitshilfe „Aktiv werden für Gesundheit“ als praxisnahe Sammlung von Werkzeugen zur Planung, Umsetzung und Bewertung von Gesundheitsförderung im Quartier, die Zusammenstellung und Veröffentlichung von guten Beispielen stadtteilbezogener Gesundheitsförderung sowie diverse bundes- und landesweite Veranstaltungen zum Thema. Zudem förderte das Bundesministerium für Bildung und Forschung im Rahmen des Programms „Gesundheitsforschung: Forschung für den Menschen“ (Schwerpunkt Präventionsforschung) von 2006 bis 2012 mehrere Forschungsvorhaben zum Thema „Gesundheitsförderung im Stadtteil“. Die Akademie für Raumforschung und Landesplanung hat jüngst das Positionspapier „Umwelt- und Gesundheitsaspekte im Programm Soziale Stadt - Ein Plädoyer für eine stärkere Integration“ herausgegeben.

Dort, wo umfassende Ansätze gesundheitsfördernder Stadtteilentwicklung - sei es im Rahmen des Programms Soziale Stadt oder außerhalb der Programmkulisse - erprobt wurden und werden, haben sich sechs Qualitätselemente für den Erfolg als zentral herausgestellt:

- Stadtteilbezogene Berichterstattung: Die Analyse der spezifischen gesundheitlichen Lage im Quartier ist notwendige Grundlage für die Entwicklung qualitätsgerichteter Maßnahmen zur stadtteilbezogenen Gesundheitsförderung. Hierfür erscheint es sinnvoll, indikatorenbasiert Daten zu umweltbezogenen und sozialen Gesundheitsbelastungen, zum Gesundheitszustand der Stadtteilbevölkerung sowie zu Gesundheitsversorgung und Gesundheitspotenzialen aufzubereiten und diese Daten um qualitative Einschätzungen von Vor-Ort-Akteuren und der Bewohnerschaft zu ergänzen.
- Integrierte Entwicklungs- und Handlungskonzepte sind wichtige Instrumente, um eine gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung systematisch voranzubringen. Es verschafft zum einen Orientierung und zum anderen - soweit das Konzept politisch beschlossen ist - Planungssicherheit. Bei seiner Erstellung bietet sich die Chance, mit den Stadtteilakteuren und der Quartiersbewohnerschaft in einen Dialog über Entwicklungsaufgaben und Maßnahmenschwerpunkte im Gebiet zu treten.

- Ressortübergreifende Zusammenarbeit: Gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung tangiert je nach Größe und Ausdifferenzierung der Kommunalverwaltung eine Reihe von verschiedenen Fachressorts. Hierzu zählen v.a. die Bereiche Gesundheit, Jugend und Familie, Umwelt, Sport, Soziales, Bildung sowie Stadtentwicklung. Für den Aufbau und die Weiterentwicklung der gesundheitsfördernden Stadtteilentwicklung ist daher eine ressortübergreifende Kooperation der Kommunalverwaltung erforderlich.
- Gesundheitsbezogene Netzwerke im Stadtteil: Die Bildung von gesundheitsbezogenen Netzwerken für den Stadtteil ist häufig der Auftakt für Aktivitäten zur stadtteilbezogenen Gesundheitsförderung. Ziel der Netzwerkarbeit ist eine kooperative Gesundheitsförderung im Sinne eines von möglichst vielen Gesundheitsakteuren gemeinsam getragenen Aktionsbündnisses im Stadtteil (Träger der Gesundheits- und Gemeinwesenarbeit, Schulen, Kinderbetreuungseinrichtungen, Sportvereine, Selbsthilfegruppen, Ärztinnen und Ärzte, Hebammen, Krankenkassen, kommunale Ämter).
- Lokale Koordinierungsstelle für Gesundheitsförderung: Ein wichtiger Motor für die komplexe Steuerungs- und Koordinierungsaufgabe eines gesundheitsfördernden Stadtteilentwicklungsprozesses auf der Quartiersebene und im intermediären Bereich ist eine lokale Koordinierungsstelle für Gesundheitsförderung. Ähnlich wie das Quartiersmanagement im Rahmen des Programms „Soziale Stadt“ soll die lokale Koordinierungsstelle zum systematischen Aufbau von selbsttragenden sowie nachhaltig wirksamen Strukturen im Quartier beitragen. Zentrale Aufgaben liegen in den Bereichen Koordination und Moderation, Netzwerkarbeit, Projektentwicklung, Aktivierung und Beteiligung, Öffentlichkeitsarbeit sowie Berichtswesen.
- Stadtteilspezifische Projektentwicklung und -umsetzung: Das potenzielle Spektrum der Handlungsfelder für eine gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung ist breit und reicht von klassischen Gesundheitsthemen wie Ernährung, Bewegung und Sport, Stressbewältigung, Suchtprävention über Gewaltprävention, Unfallprävention, Schwangerschaft und Elternschaft bis hin zu eher baulichen Bereichen wie Wohnen und Wohnumfeld, Umwelt und Verkehr. Welche Handlungsfelder bei der Projektentwicklung und -umsetzung schwerpunktmäßig in den Blick genommen werden, muss sich an den jeweiligen örtlichen Bedarfslagen im Stadtteil orientieren.

Literatur:

Akademie für Raumforschung und Landesplanung (Hrsg.) (2014): Umwelt- und Gesundheitsaspekte im Programm Soziale Stadt - Ein Plädoyer für eine stärkere Integration. Hannover (Positionspapier aus der ARL 97);

Bär G/Böhme C/Reimann B, Kinder- und jugendbezogene Gesundheitsförderung im Stadtteil, Difu-Arbeitshilfe, Berlin 2009;

Böhme, C/ Kliemke C/Reimann B/ Süß W (Hg.), Handbuch Stadtplanung und Gesundheit, Bern 2012;

Boos-Krüger A/Pallmeier H, Gesundheitsförderung in der Sozialen Stadt, in: Alisch M (Hg.), Lesen Sie die Packungsbeilage. Sozialraumorganisation und Gesundheitsinformation, Opladen 2009;

Bundestransferstelle Soziale Stadt beim Deutschen Institut für Urbanistik im Auftrag des Bundesministeriums für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung (BMVBS), vertreten durch das Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (BBR), Statusbericht zum Programm Soziale Stadt, Berlin 2008;

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (2010): Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. Ansatz - Beispiele - Weiterführende Informationen. 4. Auflage. Köln;

Gesundheit Berlin (Hg.), Aktiv werden für Gesundheit - Arbeitshilfen für Prävention und Gesundheitsförderung im Quartier, Heft 1-5, Berlin 2008;

Reimann B/Böhme C/Bär G, Mehr Gesundheit im Quartier. Prävention und Gesundheitsförderung in der Stadtteilentwicklung. Edition Difu, Bd. 9, Berlin 2010;

Stender KP, Gesundheitsförderung im Rahmen der Integrierten Stadtteilentwicklung, in: Gesundheitsförderung in den Quartieren der Sozialen Stadt, hrsg. von Gesundheit Berlin e.V. 2009, S. 91-96;

Trojan A/Süß W/Lorentz C/Nickel S/Wolf K, Quartiersbezogene Gesundheitsförderung. Umsetzung und Evaluation eines integrierten lebensweltbezogenen Handlungsansatzes, Weinheim/Basel 2013.

Internetadressen:

www.gesunde-staedte-netzwerk.de
www.knp-forschung.de
www.gesundheitliche-chancengleichheit.de
www.gesundheitsziele.de
www.staedtebaufoerderung.info/StBauF/DE/Programm/SozialeStadt/soziale_stadt_node.html
www.stadtteilarbeit.de
www.svr-gesundheit.de (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen)

Verweise:

Health Impact Assessment (HIA) / Gesundheitsverträglichkeitsprüfung, Settingansatz / Lebensweltansatz, Soziale Ungleichheit und Gesundheit/Krankheit

Gesundheitsförderung und Hochschule

Thomas Hartmann, **Stephanie Schluck**, **Ute Sonntag**

(letzte Aktualisierung am 19.06.2018)

Der **Settingansatz** gilt seit der Ottawa-Charta der *World Health Organization* (WHO) von 1986 als Kernstrategie der Gesundheitsförderung und die *Vernetzung* gilt als zentrales Handlungsprinzip. Vor diesem Hintergrund sind settingbezogene Netzwerke der Gesundheitsförderung auf internationaler und nationaler (Bundes-, Landes-, kommunaler) Ebene entstanden. Neben *Regionen*, *Städten*, *Schulen* und *Krankenhäusern* wurden auch Hochschulen von der WHO offiziell im Jahr 1997 als Setting der Gesundheitsförderung im Rahmen des *Healthy Cities Project* deklariert. Bereits 1996 fand in Lancaster (Vereinigtes Königreich) die erste internationale Konferenz der *Health Promoting Universities* statt. Es folgten im Jahr 2005 Edmonton/AB (Kanada) mit der Verabschiedung der Edmonton-Charta, 2007 Cuidad Juárez (Mexiko), 2009 Pamplona (Spanien) und 2015 Kelowna/BC (Kanada) mit der Okanagan-Charta als neuester Programmatik für Hochschulen.

In Deutschland begannen in der ersten Hälfte der 1990-Jahre die niedersächsischen Hochschulen im Forschungsverbund Gesundheitswissenschaften Niedersachsen, die Gesundheitsförderung in den Hochschulen zu etablieren. Darauf aufbauend und wegen des Interesses aus weiteren Bundesländern gründete sich 1995 der bundesweite Arbeitskreis Gesundheitsfördernde Hochschulen (AGH). Er wird seitdem von der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V. (LVG & AFS) koordiniert und seit den 2000er von der Techniker Krankenkasse unterstützt. Eine Mitgliedschaft im AGH im engeren Sinne gibt es nicht. Eine Mitwirkung ist jederzeit niederschwellig möglich. Derzeit sind über 400 Personen aus unterschiedlichen Statusgruppen und Hierarchieebenen von mehr als 100 Hochschulen und hochschulnahen Institutionen über einen E-Mail-Verteiler miteinander vernetzt. Die Zielsetzung des AGH ist, Hochschulen auf die zehn Gütekriterien für eine gesundheitsfördernde Hochschule (s. Abb. 1) und deren Erläuterungen zu orientieren sowie Anregungen zur Umsetzung zu geben.

1. Eine gesundheitsfördernde Hochschule arbeitet nach dem Settingansatz.

2. Eine gesundheitsfördernde Hochschule orientiert sich am Konzept der Salutogenese und nimmt Bedingungen und Ressourcen für Gesundheit in den Blick.

3. Eine gesundheitsfördernde Hochschule integriert das Konzept der Gesundheitsförderung in ihre Hochschulpolitik (z.B. Leitbild, Führungsleitlinien, Zielvereinbarungen, Dienstvereinbarungen oder andere Vereinbarungen).

4. Eine gesundheitsfördernde Hochschule berücksichtigt Gesundheitsförderung als Querschnittsaufgabe bei allen hochschulinternen Prozessen und Entscheidungen sowie in Lehre und Forschung.

5. Eine gesundheitsfördernde Hochschule beauftragt eine hochschulweit zuständige Steuerungsgruppe, in der die relevanten Bereiche der Hochschule vertreten sind, mit der Entwicklung von gesundheitsförderlichen Strukturen und Prozessen.

6. Eine gesundheitsfördernde Hochschule betreibt ein transparentes Informationsmanagement und formuliert Ziele und Maßnahmen auf der Grundlage einer regelmäßigen Gesundheitsberichterstattung in Form von verständlichen, transparenten und zugänglichen Informationen und Daten. Die gesundheitsfördernden Maßnahmen werden während und nach der Umsetzung im Sinne einer Qualitätssicherung evaluiert.

7. Eine gesundheitsfördernde Hochschule führt gesundheitsfördernde Maßnahmen durch, die sich sowohl an einer Verhaltens- als auch Verhältnisdimension orientieren und partizipativ ausgerichtet sind.

8. Eine gesundheitsfördernde Hochschule verpflichtet sich dem Prinzip der Nachhaltigkeit. Dies bedeutet, dass bei der Gesundheitsförderung gleichermaßen soziale, ökologische, ökonomische und kulturelle Aspekte einschließlich der globalen Perspektive zu berücksichtigen sind.

9. Eine gesundheitsfördernde Hochschule integriert Gender Mainstreaming, Cultural Mainstreaming sowie die Gleichbehandlung von Menschen mit chronischen Erkrankungen und Menschen mit Behinderungen als wesentliche Teile in das gesundheitsfördernde Konzept.

10. Eine gesundheitsfördernde Hochschule vernetzt sich sowohl mit anderen Hochschulen als auch mit der Kommune/Region.

Abb. 1: Gütekriterien für eine gesundheitsfördernde Hochschule. Die Gütekriterien mit Erläuterungen sind in einem zweijährigen Diskussionsprozess entstanden und wurden auf der Jubiläumsveranstaltung „10 Jahre Arbeitskreis Gesundheitsfördernde Hochschulen" am 10.06.2005 an der Universität Bielefeld verabschiedet. Quelle: **www.gesundheitsfoerdernde-hochschulen.de**.

Der AGH ist der größte Vernetzungsverbund gesundheitsfördernder Hochschulen in einem Land weltweit. Im Gegensatz zu den ursprünglichen Vorgaben der WHO haben sich die gesundheitsfördernden Hochschulen nicht als Teilprojekt der *Healthy Cities* verstanden. Ansätze zur Entwicklung eines Konzepts zur „Regional Health University", wie sie von der *Organisation for Economic Cooperation and Development* (OECD) 1977 proklamiert wurden, sind als „Hochschulen für Gesundheit in regionaler Verantwortung" ein potenzielles Entwicklungsmodell gesundheitsfördernder Hochschulen (vgl. Abb. 1, Kriterium 10). Dessen praktische Umsetzung ist in Deutschland bisher ausgeblieben. Weitere Schnittstellen bestehen, trotz institutionell übergreifender Problemlagen (z.B. die Lärmbelastung in Bildungsstätten), bisher auch in der Bildungskette nicht. Für die „*Healthy Schools*" bzw. die gute, gesunde Schule wurde die nationale Vernetzungsstruktur bereits wieder eingestellt (**Gesundheitsförderung und Schule**). Die *gesunden Kindertageseinrichtungen*, die kein offizielles Setting im Sinne der WHO darstellen, verfügen bislang über kein nationales Netzwerk (**Gesundheitsförderung und Kindertageseinrichtungen**).

Eine umfangreiche Internetpräsenz, regelmäßige Arbeitskreistreffen, Fachtagungen und nationale sowie internationale Aktivitäten im Verbund mit wechselnden Hochschulen und Akteuren haben zu einer ständigen Erweiterung des Netzwerkes und seiner Aufgaben geführt. Eine umfassende Bestandsaufnahme der Maßnahmen, Projekte und Prozesse zur Organisationsentwicklung einer gesundheitsfördernden Hochschule liegt nicht vor. Auskunft zum Umsetzungsstand von Gesundheitsförderung in den Managementprozessen der Hochschulen gibt eine empirische Befragung, die in 2018 veröffentlicht wurde. Im Wesentlichen folgen die Hochschulen in ihren Aktivitäten und Einrichtungen (z.B. Hochschulsport, Mensen, Wohnheime) dem allgemeinen gesellschaftlichen Diskurs zu gesundheitsbezogenen Lebensstilfragen. Dies betrifft Handlungsfelder wie den Nichtraucherschutz, die Alkoholprävention, die Ausweitung sportlicher Aktivitäten sowie Angebote für eine ausgewogene Ernährung. Auf der Organisationsebene der Hochschule ist es der Aufbau eines betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM) durch die Einstellung von Koordinatorinnen/en (**Gesundheitsförderung und Betrieb**). Dies führt so auch an Hochschulen zu einer Erweiterung des Angebots über den gesetzlichen Arbeitsschutz hinaus auf ressourcenorientierte Handlungsfelder wie die betriebliche Gesundheitsförderung (BGF). Im tra-

ditionellen Verständnis zielen die meisten Maßnahmen auf die Statusgruppe der administrativ-technisch Beschäftigten an Hochschulen. Für die wissenschaftlich Beschäftigten liegt seit 2017 eine erste Bestandsaufnahme ihrer gesundheitlichen Lage vor, die zu einer stärkeren Berücksichtigung im BGM führen soll. Durch gezielte Projektförderung ist an ausgewählten Hochschulen mittlerweile ein Gesundheitsmanagement für Studierende aufgebaut worden. Ziel bleibt es, ein gemeinsames Gesundheitsmanagement für die gesamte Organisation Hochschule und alle Statusgruppen zu etablieren.

In Deutschland gibt es je nach Quellenlage ca. 420 Hochschulen in staatlicher, privater oder sonstiger Trägerschaft. Die zwei wichtigsten Hochschularten sind die Universitäten und Fachhochschulen. Größe der Hochschulen, Präsenzpflicht, ihre fächerspezifische und personelle Zusammensetzung sowie ihre Traditionen sind äußerst unterschiedlich. Ausweislich des Statistischen Bundesamtes sind im Wintersemester 2017/18 in Deutschland ca. 2,8 Millionen Studierende eingeschrieben und ca. 700.000 nicht-wissenschaftliche und wissenschaftliche Beschäftigte tätig. Der Anteil der Studierenden an den im Setting Hochschule arbeitenden, lehrenden sowie lernenden und forschenden Personen beträgt i.d.R. um die 80 Prozent, der des nicht-wissenschaftlichen und wissenschaftlichen Personals jeweils rund 10 Prozent. Durch die Föderalismusreform unterliegen Hochschulen seit 2007 weitestgehend der spezifischen Gesetzgebung der 16 Bundesländer.

Im Juli 2015 ist nach über zwölfjähriger Diskussion das **Präventionsgesetz** (Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention) in Kraft getreten. Das Artikelgesetz (hier: SGB V, §20a-f) hat für zwei Förderbereiche (§20a/ §20b) eine nationale und eine länderspezifische Komponente. Die Umsetzung wird von den Sozialversicherungen, insbesondere den gesetzlichen Krankenkassen (GKV), verantwortet. Auf der bundespolitischen Ebene ist die Strukturbildung mit der Nationalen Präventionskonferenz, der Nationalen Präventionsstrategie, mit den Bundesrahmenempfehlungen und dem Nationalen Präventionsforum gesetzlich vorgegeben. Durch die Stärkung des Lebensweltansatzes unter Berücksichtigung „*des Studierens*“ (§20a) sind die Hochschulen und fast drei Millionen Studierende im Präventionsgesetz direkt angesprochen. Für BGF (§20b) verbleibt die seit den 2000er bereits eingeübte Praxis der Projektförderung für Hochschulen. Die Zielgruppe der Studierenden hat auf nationaler Ebene im Sinne des Lebensverlaufs unter „Gesund aufwachsen“ Einzug in die Bundesrahmenempfehlungen erhalten. Diese sind Grundlage für die länderspezifische Komponente, die in die Landesrahmenvereinbarungen unter Beteiligung gesundheitsbezogener Akteure münden soll. Es zeichnet sich nach drei Jahren ab, dass die Dachmarke „Gesund aufwachsen“ für Studierende und Auszubildende nicht funktioniert und es mit „Gesund in Ausbildung und Studium“ für diesen Lebensabschnitt einer eigenen Benennung bedürfte. Des Weiteren wurde in dem Ende 2017 neu erstellten Leit-

faden Prävention der GKV die Lebenswelt Hochschule im Vergleich zu Schule und Kindertageseinrichtung nicht gesondert berücksichtigt.

Studierende gelten im Allgemeinen als eine eher gesunde Bevölkerungsgruppe. Der Anteil der Studierenden eines Altersjahrgangs ist auf über 50 Prozent angewachsen. Bei der 21. Sozialerhebung des Deutschen Studierendenwerks gaben 11 Prozent der Befragten an, gesundheitlich beeinträchtigt zu sein. Die Einführung der neuen Studienstrukturen und deren Folgen hat Gesundheit von Studierenden zum Thema gemacht. Die Studierenden als Zielgruppe für Gesundheitsförderung stellen Hochschulen vor besondere Herausforderungen. Eine hohe Fluktuation, ein spezieller Rhythmus von Präsenz, Mehrfachbeanspruchungen durch Studium, Familie, Job, (chronische) gesundheitliche Beeinträchtigungen und /oder zu pflegende Angehörige sind nur einige Beispiele. Studien zeigen, dass besonders Prüfungen, Studienorganisation und Mehrfachbeanspruchungen die Gesundheit negativ beeinflussen. Auf der Basis einer Gesundheitsberichterstattung (University Health Report) für Studentinnen und Studenten können im Rahmen des studentischen Gesundheitsmanagements (SGM) spezifische Handlungsfelder für die jeweilige Hochschule abgeleitet werden. Ein Ziel gesundheitsförderlicher Rahmenbedingungen muss es sein, die Studierenden in der Lebenswelt Hochschule zu entlasten und ihre Gesundheitssouveränität zu stärken.

Die Gesundheitsförderung hat sich als eigenständige Disziplin in Lehre und Forschung an den Hochschulen in Deutschland etabliert (**Aus- und Weiterbildung in Gesundheitsförderung und Prävention**). In Wechselwirkung damit steht die Entwicklung der Hochschule zu einer gesunden Organisation und dem Potenzial, Gesundheitsförderung in die Region zu transferieren. Die gesundheitsfördernden Hochschulen haben sich zu einem eigenständigen Forschungs- und Handlungsfeld entwickelt. Sie sind zudem als multifaktorielles Schlüsselsetting diejenige Lebenswelt, in der durch Forschung, Lehre und Praxistransfer wissenschaftliche Erkenntnisse und wichtige Impulse zur Weiterentwicklung des Settingansatzes gegeben werden. Bestenfalls können sogar Absolventinnen/en unterschiedlichster Fachrichtungen diese gesundheitsbezogenen Erfahrungen in ihr späteres Berufsfeld übertragen

Literatur:

Bundesministerium für Bildung und Forschung (Hg.), Die wirtschaftliche und soziale Lage der Studierenden in Deutschland 2016. 21. Sozialerhebung des Deutschen Studentenwerks durchgeführt vom Deutschen Zentrum für Hochschul- und Wissenschaftsforschung, Berlin, 2017, Download unter www.studentenwerke.de/sites/default/files/se21_hauptbericht.pdf

Faller G, Gesund lernen, lehren und forschen: Gesundheitsförderung an Hochschulen, in: Faller G (Hg.): Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung, 3. Aufl., Bern, Hogrefe, 2017, 391-401

Gusy B / Lohmann K / Wörfel F, Gesundheitsmanagement für Studierende - eine Herausforderung für Hochschulen. In: Badura B / Ducki A / Schröder H / Klose J / Meyer M, (Hg.) Fehlzeiten-Report 2015. Berlin Heidelberg, Springer, 2015, 249-258

Hartmann T / Seidl J, Gesundheitsförderung an Hochschulen, Veröffentlichungen zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement der Techniker Krankenkasse. Hamburg: Techniker Krankenkasse (Hg.), Band 20, 2. Aufl., 2012

Hartmann T / Sonntag U (Hg.), „Setting Gesundheitsfördernde Hochschulen", Schwerpunktheft der „Prävention und Gesundheitsförderung" mit 16 Fachartikeln, Jg. 5 (3), 2010, 177-288

Hartmann T / Greiner K / Baumgarten K, Auf dem Weg zu einer gesundheitsfördernden Hochschule. Personal- und Organisationsentwicklung in Einrichtungen der Lehre und Forschung, 2017, 12: 118-125

Hartmann T / Baumgarten K / Hildebrand C / Sonntag U, Gesundheitsfördernde Hochschulen. Das Präventionsgesetz eröffnet neue Chancen für die akademische Lebenswelt. Präv Gesundheitsf 2016, 11: 243-250

Krämer A / Sonntag U / Steinke B / Meier S / Hildebrand C (Hg.), Gesundheitsförderung im Setting Hochschule, Wissenschaftliche Instrumente, Praxisbeispiele und Perspektiven, Juventa, Weinheim/München 2007

Lesener T / Gusy B, Arbeitsbelastungen, Ressourcen und Gesundheit im Mittelbau. Ein systematisches Review zum Gesundheitsstatus der wissenschaftlich und künstlerisch Beschäftigten an staatlichen Hochschulen in Deutschland. Gewerkschaft Erziehung und Wissenschaft, (Hg.) Hochschule und Forschung 2017, Download unter www.gew.de/aktuelles/detailseite/neuigkeiten/gesundheit-fuer-den-akademischen-mittelbau

Michel S / Sonntag U / Hungerland E / Nasched M / Sado F / Bergmüller A, Gesundheitsförderung an deutschen Hochschulen, Ergebnisse einer empirischen Untersuchung, Conrad Verlag für Gesundheitsförderung, Grafling, 2018

Schluck S / Sonntag U, Gesundheitsfördernde Hochschule, in: Kohlmann C-W / Salewski C / Wirtz M A (Hg.), Psychologie in der Gesundheitsförderung, Hogrefe Verlag, Bern, 2018, 535-547

Seibold C / Loss J / Nagel E, Gesunde Lebenswelt Hochschule - ein Praxishandbuch für den Weg zur Gesunden Hochschule, Veröffentlichungen zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement der Techniker Krankenkasse, Band 23, 2010

Techniker Krankenkasse, Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen (Hg.), Gesundheitsmanagement für Studierende duz spezial, Berlin, 2018, Download unter www.gesundheitsfoerdernde-hochschulen.de/Inhalte/O1_Startseite/duzSpecial_M03_TK_23.03.18.pdf

Techniker Krankenkasse (Hg.), TK-CampusKompass - Umfrage zur Gesundheit von Studierenden. Hamburg, 2015, Download unter

https://www.tk.de/resource/blob/2026642/98c5db0cb414660246cc42b77ea3ada2/tk-campuskompass-data.pdf

Techniker Krankenkasse, Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen (Hg.), Gesundheitsfördernde Hochschulen, duz spezial, Berlin, 2013, Download unter www.gesundheitsfoerdernde-hochschulen.de/Downloads/2013_DUZ_Spezialausgabe.pdf

Tsouros A / Dowding G / Thompson et al (Hg.), Health Promoting Universities - Concept, Experience and Framework for Action, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen 1998;

World Health Organization - Regional Office for Europe, Health Promoting Universities Project: Criteria and Strategies for a new WHO European Network, WHO Copenhagen/Geneva 1997. Download unter http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0012/101640/E60163.pdf

Internetadressen:

www.gesundheit-nds.de/images/pdfs/Okanagan-Charter_2015.pdf (Okanagan-Charta)
www.gesundheitsfoerdernde-hochschulen.de/ (Website des Arbeitskreises Gesundheitsfördernde Hochschulen)
www.hs-fulda.de/index.php?id=4457 (Website Gesundheitsfördernde Hochschule Fulda)
www.uni-paderborn.de/universitaet/gesunde-hochschule/ (Website Gesunde Hochschule Paderborn)
www.uhreport.de/ (Website des University Health Reports)

Verweise:

Aus- und Weiterbildung in Gesundheitsförderung und Prävention, Gesundheitsförderung und Betrieb, Gesundheitsförderung und Kindertageseinrichtungen, Gesundheitsförderung und Schule, Präventionsgesetz, Settingansatz / Lebensweltansatz

Gesundheitsförderung und Integrierte Versorgung

Helmut Hildebrandt, Alf Trojan

(letzte Aktualisierung am 04.01.2017)

Mit integrierter Versorgung ist das Bemühen angesprochen, enge Grenzen einzeldisziplinärer, auf einzelne medizinische Versorgungsbereiche beschränkter Patientenbehandlung patientenorientiert zu überwinden. Die Notwendigkeit hierfür wird zumeist begründet mit der Zunahme komplexer chronischer Erkrankungen und den daraus resultierenden Bedarf nach einer abgestimmten und koordinierten Versorgung über mehrere Professionen und Institutionen hinweg. International wird vonseiten der WHO für integrated health services die Definition verwendet: „health services that are managed and delivered so that people receive a continuum of health promotion, disease prevention, diagnosis, treatment, disease management, rehabilitation and palliative care services, coordinated across the different levels and sites of care within and beyond the health sector, and according to their needs throughout the life course". WHO (2016,S. 2) Diese Definition findet sich in dem im April 2016 verabschiedeten „Framework on integrated, people-centred health services".

In Deutschland wird als integrierte Versorgung (abgekürzt „IV") sozialrechtlich eine neue sektorenübergreifende und selektivrechtliche Versorgungsform bezeichnet, die seit der Gesundheitsreform im Jahr 2000 gesetzlich verankert ist. Sie fördert eine stärkere Vernetzung der verschiedenen Fachdisziplinen und Sektoren (z. B. Hausärzte, Fachärzte, Pflege, Krankenhäuser, Rehabilitation), um die Qualität und Transparenz in der Patientenversorgung zu verbessern und gleichzeitig die Gesundheitskosten im Griff zu halten. Krankenkassen können demnach einzeln oder in Partnerschaften mit einzelnen oder Gruppen von Leistungserbringern bzw. deren Managementgesellschaften Kooperationen eingehen.

Der Rahmen für entsprechende Verträge war bis Mitte 2015 durch die §§ 140 a-d, SGB V („Integrierte Versorgung") festgelegt. Seit der im Gesundheitsmodernisierungsgesetz von 2004 verankerten Anschubfinanzierung hatte die integrierte Versorgung deutlich an Auftrieb gewonnen. Mit deren Auslaufen seit 2008 sind neue Verträge stark zurückgegangen. Mit dem Versorgungsstärkungsgesetz von 2015 wurden die Regelungen der §§ 140 a-d vereinfacht und auf dessen ersten Abschnitt, den jetzigen § 140a, begrenzt, wobei dieser die Überschrift „Besondere Versorgung" erhalten hat. Integrierte Versorgung ist danach dann ein Teilausschnitt dieser „Besonderen Versorgung".

Die beabsichtigte innovationsfördernde Einführung dieses Paragrafen ist überwiegend für „kleinteilige“ Kooperationen vor allem des stationären und rehabilitativen Versorgungssektors genutzt worden. Nach Schätzung des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen existierten im Jahr 2011 rund 6.400 IV-Verträge der Krankenkassen mit Akteuren der Versorgung, die insgesamt ein Ausgabenvolumen von ca. 1,4 Mrd. Euro umfassen.

Präventive oder gesundheitsfördernde Aspekte spielen dabei gelegentlich eine Rolle, z.B. in erweiterten Versorgungsprogrammen verschiedener Krankenkassen zur Frühgeburtenprävention für schwangere Frauen. Während solche Teillösungen für ein bestimmtes Krankheitsbild auch als *indikationsbezogene* Versorgungsmodelle („IV light“) bezeichnet werden, gelten *populationsbezogene* Versorgungsmodelle als „IV full-size“. Hierbei geht es um die Übernahme eines Anteils oder der gesamten Budgetverantwortung, indikationsübergreifend für die Versicherten der beteiligten Krankenkasse(n) einer bestimmten Region.

Nur im Konzept einer solchen „Integrierten regionalen (Voll-)Versorgung“ bekommen Gesundheitsförderung und Prävention einen zentralen Stellenwert, der weit über das in der heutigen medizinischen Versorgung Übliche hinausreicht. Die konzeptionelle Grundlage hierfür ist das „Chronic Care“ - Modell (Wagner et al. 1996, Glasgow et al. 2001). Obwohl in dieses Modell das Gemeinwesen und seine Ressourcen bereits einbezogen worden waren, wurde kritisiert, dass es in zu hohem Maße kurativ bzw. Anbieter-fixiert sei und die Interventionsbedarfe im Umfeld der Betroffenen vernachlässige.

Als Reaktion darauf wurde von Barr et al. (2003) eine Verknüpfung des Chronic Care-Modells mit dem Konzept der Health Promotion (Ottawa Charta) (**Gesundheitsförderung 1**) vorgeschlagen und dies als „erweitertes Chronic Care -Modell“ bezeichnet. In diesem Modell mischen sich primär- bis tertiärpräventive Elemente und Gesundheitsförderung bei krankheitsgefährdeten und chronisch kranken Menschen. Neben dem aktivierten Patienten wurde dort auch die aktivierte Community als Teil der integrierten Versorgung hervorgehoben. Die Interventionen innerhalb des Medizinsystems wurden ergänzt und verknüpft mit Interventionen im Gemeinwesen (**Gemeindeorientierung**, **gesundheitsorientierte Gemeinwesenarbeit**).

Dieses 2003 vorgeschlagene Modell erfasst die komplexen Anforderungen in besserem Maße als das ursprüngliche Chronic Care-Modell von Wagner et al., bleibt aber auch seinerseits hinter heutigen Anforderungen und Möglichkeiten zurück, insbesondere bzgl. der Nutzung neuer technischer Kommunikationsmöglichkeiten.

Eine Gruppe von Forschern der International Foundation for Integrated Care hat dieses Modell daher nochmals erweitert und zu einem „Integrated Chronic Care-Modell“ weiterentwickelt (ICCM; zusammengefasst durch Goodwin und Hildebrandt 2014, s. Abb.1)

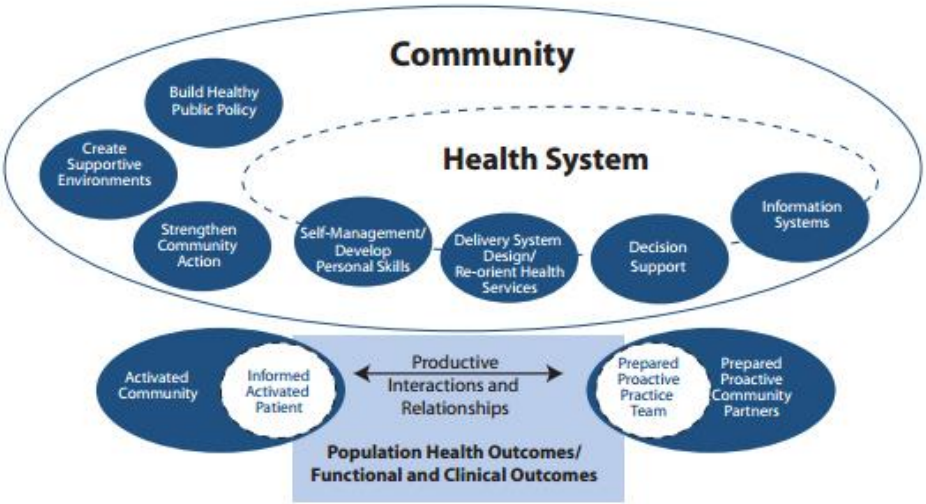


Abb. 1: Erweitertes Integrated Chronic Care Model, Quelle: Goodwin, Hildebrandt (IFIC) 2014

Zusätzlich zu den beiden Interventionsebenen des Gesundheitswesens und der Community (Ebene 1 und 2 in Abb. 2) tritt in dieser letzten Erweiterung des ursprünglichen Modells als dritte die Mesoebene des Haushalts und der Peers hinzu. Auf dieser Ebene werden zur Überwachung von Alltagsprozessen in der Häuslichkeit verschiedene Aspekte einbezogen und genutzt: der Effekt des Peer-to-Peer-Trainings und der Kommunikation in **sozialen Medien**, der Einfluss von körperlichem Training, die Unterstützung durch Mobile Health, wie z.B.. Smartphones, „wearable textile devices“ (in die Kleidung integrierte oder implantierbare Überwachungsgeräte) sowie der Einbau von „smart meters“ (intelligenten Messgeräten).

In der folgenden Abbildung 2 werden die wichtigsten Elemente des Modells und ihr Bezug zur Ottawa-Charta systematisch dargestellt (relevante Konzeptbezüge zur Gesundheitsförderung: kursiv).

Funktionselemente des Integrated Chronic Care-Modells (ICCM) und ihr Bezug zu den Aktionsbereichen der Ottawa-Charta (kursiv hervorgehoben)	
...1. auf der Ebene des Gesundheitssystems, d.h. der traditionellen Gesundheitsversorgung	
Gestaltung der Leistungserbringung (*Neuorientierung der Gesundheitsdienste)*	Versorgung stärker auf die Bedürfnisse von Chronikern ausrichten (auf chronische Versorgung vorbereitete interdisziplinäre Versorgungsteams), Neukonzipierung von Versorgungsabläufen, z. B; Chroniker-Sprechstunde oder Case Management; Delegation ärztlicher Leistungen an andere Berufsgruppen; Einführung von Gruppensprechstunden (entsprechend kanadischen Erfahrungen)
Angebot von Entscheidungshilfen sowohl für Ärzte wie auch für Patienten	Gegenseitige Unterstützung von Haus- und Fachärzten unter Nutzung und lokaler Anpassung von Leitlinien; Konsilien zu spezifischen Problemstellungen in Kooperation mit Fachexperten; Angebot von Video- bzw. Broschüren- bzw. internetgestützten Informationsangeboten für Patienten / Telefonhotlines / Einholen einer zweiten Meinung für Chroniker
Informationssysteme / Telemedizin	Erinnerungs- und Unterstützungssysteme, Terminplanung, Informationsbereitstellung, Leistungsmessung, Therapiepläne und telemedizinische Technologien zur Überwachung von Krankheitsbildern; Zugriffsoption auf die zentrale Patientenakte für Patienten und Angehörigen
***Aktivierung, Stärkung von Selbstmanagement und persönlichen Fähigkeiten* (self management / personal skills)**	Ausrichtung des Versorgungssystems auf die Entwicklung von *Gesundheitskompetenz* bei den Patienten, u.a. durch aufbereitete Informationen zu Möglichkeiten der *Prävention (Ernährung, Bewegung, Rauchstopp)*, das Angebot von Selbst- und Verlaufskontrollen; Kontakt- und Austauschmöglichkeiten mit anderen Patienten (*Selbsthilfe*, soziale Foren, Gruppensprechstunden)
... 2. auf der Ebene der Haushalte, Familien, der direkten Nachbarschaft und der Gleichbetroffenen	
Mobile Gesundheitsdienstleistungen und	Mobile digitale Gesundheitsdienstleistungen u.a. von Apps

technische Assistenzsysteme zur Erhaltung von Selbständigkeit und häuslicher *Autonomie* (Mobile Health / Ambient Assisted Living)	und „wearable textile devices“ wie z.B. Kleidung oder Schuhe mit eingebauter Bewegungssensorik; zum Erhalt der Häuslichkeit eingesetzte technische Unterstützungstechnologien unter Nutzung von Sensorik zur Aufdeckung eventueller Abweichungen von normalen Routinen und damit Hilfebedarfen / Verknüpfung dieser Sensorik mit stufenweise ansteigender Unterstützung
Förderung von *Gesundheitskompetenz* und Trainingsangeboten durch *Peer-Trainer* (Health literacy / peer-to-peer, developing personal skills)	Fortführung der personalen Informationsangebote auch in den Kontext der jeweiligen lokalen bzw. regionalen Nachbarschaften, *Förderung des Wissens und der Kompetenz zum Erhalt der eigenen Gesundheit, Etablierung von CDSM-Programmen* (Chronic Disease Self-Management), in denen Chroniker nach einem genau definierten Konzept andere Chroniker trainieren
... 3. auf der kommunalen bzw. regionalen und Quartiersebene	
Aufbau einer *unterstützenden Umwelt (Gesundheitsförderliche Lebenswelten schaffen)*	Aufbau *gesundheitsfördernder Maßnahmen im Lebensumfeld* (Soziales, Verkehr, Städtebau, Natur), u.a. seniorengerechte Umgestaltung von Gehwegen, Leitsystemen, öffentlichem Transport etc.
Stärkung der kommunalen Aktivitäten und Initiativen (Gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen unterstützen)	*Arbeit mit kommunalen Gruppen*, um Prioritäten und Ziele zur Erreichung der Gesundheit in der Gemeinschaft zu vereinbaren.

Abb.2: Elemente der ICCM und ihr Bezug zu den Aktionsbereichen der Ottawa-Charta (Quelle: Goodwin und Hildebrandt 2014; eigene Darstellung)

Das Ziel des Integrated Chronic Care-Modells besteht darin, den Patienten zu aktivieren und zum Selbstmanager seiner Erkrankung machen, wobei auch Angehörige und das soziale Umfeld aktiv einbezogen werden sollen. Eine aktuelle Studie aus den USA zeigt, dass Patienten umso höhere Kosten verursachen (zwischen 8% und 21%), je niedriger ihre Aktivierungswerte sind (Hibbard/ Greene 2013). Weitere wichtige Elemente sind, den Arzt und das multidisziplinäre Team zu schulen und als Coach und Unterstützer für verbesserte Gesundheitskompetenz des Patienten zu gewinnen, „Peer-to-peer“-Ansätze aufzubauen und systemisch in die gesamte Region zu intervenieren, bspw. in Kooperation mit Kommunen, Wohlfahrtsverbänden oder Vereinen. Gleichzeitig sollen dabei Sport und Training sowie Mobile Health Lösungen - so weit wie möglich und solange das Kosten-Nutzen-Verhältnis überzeugt - genutzt und in den Therapieprozess integriert werden.

Das Integrated Chronic Care-Modell empfiehlt die Etablierung von regionalen Entwicklungsagenturen, die sich ihrerseits mit lokalen Netzen von insbesondere Primärversorgungsleistungserbringern, regionalen zivilgesellschaftlichen Initiativen und kommunalen Gremien verknüpfen. Nach einer vorübergehenden Anfangsinvestition rentieren sie sich für die Krankenkassen aus der produzierten Ergebnis-Verbesserung. Die Entwicklungsagenturen werden finanziell am Erfolg beteiligt und haben daher ein eigenes wirtschaftliches Interesse an dem erzeugten Nutzen und insofern einen nachhaltigen Anreiz für kontinuierliche Optimierungen und Effizienzsteigerungen.

Als erstes, am weitesten entwickeltes und bekanntestes Model of Good Practice gilt in Deutschland die integrierte Versorgung im „Gesunden Kinzigtal". 2005 wurde die Gesellschaft Gesundes Kinzigtal GmbH. gegründet. Gesellschafter sind das Ärztenetz "Medizinisches Qualitätsnetz - Ärzteinitiative Kinzigtal" (MQNK) und die OptiMedis AG aus Hamburg. Die Ärzte des MQNK und die Gesundheitswissenschaftler der OptiMedis AG wollen - gemeinsam mit der AOK und LKK Baden-Württemberg - im Rahmen eines komplexen integrierten Versorgungsmodells Gesundheit und Krankenversorgung im Kinzigtal verbessern. Grundmaximen dafür sind (Selbstdarstellung im Internet) :

- „Wir investieren in die Gesundheit und die Qualität der Versorgung.
- Wir bieten Vorsorge- und Gesundheitsprogramme an.
- Wir koordinieren die Vernetzung unserer Leistungspartner."

Die zentrale Rolle von „Gesundheit fördern" wird schon in diesen drei Grund-Maximen deutlich.

Der Integration von Prävention und Gesundheitsförderung in die gesundheitliche Basisversorgung basiert auf einer großen Zahl von Programmen, wie z.B. Starkes Herz - Gezielt gegen Herzschwäche, Gesundes Gewicht - Jetzt gehe ich es an, Rauchfreies Kinzigtal, Gute Aussichten - Vorsorgeangebote für Kinder, Im Gleichgewicht - Meinen Blutdruck im Griff, Starke Muskeln - Feste Knochen, Beweglich bleiben - Rheuma frühzeitig behandeln, Starker Rückhalt - Mein gesunder Rücken, Besser gestimmt - Die Depression im Griff, „Ärzte-PlusPflege", Gut beraten - Hilfe, Rat und Unterstützung in kritischen Zeiten, Psycho Akut, Sozialer Dienst, Disease-Management-Programme (DMP), Befreiende Töne - Im Einklang mit Musik. Die Spannbreite dieser Programm-Angebote zeigt, dass das Modell Kinzigtal auf einem weitgefassten sozio-psycho-somatischen Gesundheitsverständnis gegründet ist (**Gesundheit**). Die Programme werden durch Vorträge, Schulungen, Zielvereinbarungen von Ärzten und Patienten, Coaching, Case Management und andere methodische Ansätze umgesetzt.

Mitte 2011 wurde das Programm um einen neuen Bereich erweitert, der sich in besonderem Maße zusammen mit den Kommunen des Kinzigtals, den Wohlfahrtsverbänden und

den Vereinen der Region um die Verhältnisprävention bemüht. 2012 kam ein weiterer Bereich hinzu, der sich der Gesundheitsförderung für Betriebe und Arbeitnehmer verpflichtet hat und insbes. kleinere und mittelgroße Betriebe in ihrem betrieblichen Gesundheitsmanagement unterstützt, insbesondere im Bereich von Vorsorgeaktivitäten sowie in der Wiedereingliederung von erkrankten Arbeitnehmern und in der Weiterentwicklung von Führungsqualitäten (aktuell Kooperation mit 13 Betrieben mit zusammen ca. 4.000 Arbeitnehmern). Mit der jüngsten Gründung, der „Gesundheitswelt Kinzigtal" wurde sowohl Betrieben und deren Mitarbeitern wie aber auch den Mitgliedern und der Gesamtbevölkerung ein Zentrum für Gesundheitskompetenz und ärztlich begleitete Bewegungs- und Krafttrainingsangebote zur Verfügung gestellt (Einzug Ende 2015). Mit den Kommunen wird zudem die Versorgungssicherheit im Kinzigtal weiterentwickelt. Gemeinsam mit den Bürgermeistern und den lokalen Arztpraxen wird die Situation in der Region erfasst und diskutiert.

In dem Modell Kinzigtal werden die Prinzipien des Chronic Care Modells im umfassenden Sinne umgesetzt. Orientiert am Grundsatz der Salutogenese stehen der Erhalt der Gesundheit durch Vorsorge und Stärkung der positiven Ressourcen des Patienten im Vordergrund, um in naher oder ferner Zukunft weniger krank oder pflegebedürftig zu werden. Zwar handelt es sich bei vielen Programmen um Tertiärprävention, jedoch hat auch die primäre Prävention einen erheblichen Stellenwert. Teilweise wird die primäre Prävention in Selbstdarstellungen als eine von drei tragenden Säulen bezeichnet. Es gibt zahlreiche Angebote für Gesunde und jene, die ihre Gesundheit bewusst fördern wollen (Kostenübernahme der Früherkennungsuntersuchung U10 und U11, Rauchfreies Kinzigtal; zahlreiche Ernährungs- und Bewegungsangebote, vergünstigte Tarife in Sport- und Fitness Studios sowie kooperierenden Sport-, Tanz- oder Gesangsvereinen).

Indikationsbezogene Integrationsmodelle zu Volkskrankheiten wie Herzkreislauf-Erkrankungen, Depression oder Rückenschmerz berücksichtigen gelegentlich durchaus tertiärpräventive Aspekte; umfassend präventiv und gesundheitsfördernd ausgerichtete Integrationsmodelle sind bisher aber nur bei den *populationsbezogenen integrierten* Versorgungsmodellen zu finden. Wenn diese Gesundheitsförderung und Prävention entsprechend dem erweiterten Chronic Care Modell berücksichtigen, ist Gesundheitsförderung (im Sinne der Ottawa-Charta) in der Mitte der Regelversorgung angekommen. Zwar ist das hier geschilderte Modell guter Praxis in seiner umfassenden Anlage in Deutschland derzeit noch ein Unikat, aber es gibt eine Reihe von Modellen, die in der einen oder anderen Ausprägung diesem nahe kommen (vgl. www.deutsche-aerztenetze.de).

Gesundes Kinzigtal hat in vielfältigen Evaluationen Gesundheitsgewinne in der versorgten Region und ökonomische Vorteile gegenüber der üblichen Krankenversorgung nachweisen können (vgl. Siegel 2014, Schulte et al 2014, Köster et al 2014); die Perspektive für eine weitere Verbreitung dieser Art von Integrierter Versorgung ist deshalb positiv einzu-

schätzen. In einer Public Health-orientierten Bestandsaufnahme werden als Qualitätskriterien für die Beurteilung weiterer Regionen unter anderem Patienten-Autonomie und -Beteiligung einerseits und Anreize für Prävention, Gesundheitsförderung andererseits vorgeschlagen. Dies stimmt optimistisch für den Stellenwert dieser zentralen Konzepte der Ottawa-Charta in zukünftigen Modellen der integrierten regionalen Versorgung. Rückenwind bekommt eine optimistische Einschätzung auch durch die Weltgesundheitsorganisation (WHO), die sich der Entwicklung einer „Global Strategy on People-centred and Integrated Health Services“ verschrieben hat (vgl. WHO 2016, auch Groene et al 2016).

Literatur:

Barr V et al, The Expanded Chronic Care Model: An Integration of Concepts and Strategies from Population Health Promotion and the Chronic Care Model. Healthcare Quarterly, 7(1),2003

Berwick DM / Nolan TW / Whittington J. (2008) The triple aim: care, health, and cost. Health Affairs 2008 May/June; 27(3), 2008, 759-69

Gensichen J et al (Hg.), Die Zukunft ist chronisch: das Chronic Care-Modell in der deutschen Primärversorgung. Übergreifende Behandlungsprinzipien einer proaktiven Versorgung für chronische Kranke. Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, 100, 2006, 365-374

Geraedts M, Integrative und personenzentrierte Gesundheitsversorgung aus der Perspektive des Gesundheitssystems. Gesundheitswesen 76, 2014, e74-e78
Glasgow R et al., "Does the Chronic Care Model also Serve as a Template for Improving Prevention?" The Milbank Quarterly 79(4), 2001, 579-612.

Goodwin N / Hildebrandt H, The Integrated Chronic Care Model. Discussion on the 14th International Conference on Integrated Care, Brüssel, April 2014

Groene O, Hildebrandt H, Ferrer L & Stein V.: People-Centred Population Health Management in Germany. In: Eurohealth - Quarterly of the European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels, Belgium

Hibbard JH / Greene J, What the evidence shows about Patient Activation: Better Health Oucomes and Care Experiences; Fewer Data On Costs. Health Affairs 32 (2), 2013, 207-214

Hildebrandt H, Integrierte Versorgung: Wo stehen wir? Eine Public Health-orientierte Bestandsaufnahme. Public Health Forum 21, H. 78 ,2013, 2-4

Hildebrandt H, Pimperl A, Schulte T, Hermann C, Riedel H, Schubert I, Köster I, Siegel A, Wetzel M: Triple Aim - Evaluation in der Integrierten Versorgung Gesundes Kinzigtal: Gesundheitszustand, Versorgungserleben und Wirtschaftlichkeit. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz Springer Verlag, Berlin 58 (4-5),, 2015, 383-392

Koster I, Ihle P, Schubert I. Evaluationsbericht 2004-2011 für Gesundes Kinzigtal GmbH: hier: AOK-Daten. PMV -Forschungsgruppe 2014; www.ekiv.org

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung. Sondergutachten 2012. Drucksache 17/10323. Deutscher Bundestag, Berlin

Schulte T, Pimperl A, Fischer A, Dittmann B, Wendel P, Hildebrandt H (2014). Ergebnisqualität Gesundes Kinzigtal - quantifiziert durch Mortalitätskennzahlen: Eine quasi-experimentelle Kohortenstudie: Propensity-Score-Matching von Eingeschriebenen vs. Nicht-Eingeschriebenen des Integrierten Versorgungsmodells auf Basis von Sekundärdaten der Kinzigtal-Population. Verfügbar unter: http://www.optimedis.de/files/Studien/Mortalitaetsstudie-2014/Mortalitaetsstudie-2014.pdf

Siegel A u.a., Integrierte Versorgung Gesundes Kinzigtal: Ein Modell für regionale Prävention und Schnittstellenoptimierung. In: Kirch, W. u.a. (Hg.): Prävention und Versorgung. Stuttgart/NY, 2012, 148-164

Siegel A / Stößel U, Patientenorientierung und partizipative Entscheidungsfindung in der Integrierten Versorgung Gesundes Kinzigtal. In Pundt J, Patientenorientierung: Wunsch oder Wirklichkeit? Bremen, 2014, 195-230

Wagner E / Austin B / von Korff M, Organizing care for patients with chronic illness. Milb Quart 74, 1996, 511-44WHO, Global Strategy on People-centred and Integrated Health Services. 2014.

WHO, Framework on integrated, people-centred health services. Provisional Agenda Item 16.1 at the 69th World Health Assembly (A 69/39) 15.4.2016

Internetadressen:

www.gesundes-kinzigtal.de
www.deutsche-aerztenetze.de
www.dgiv.org/ (Deutsche Gesellschaft für Integrierte Versorgung im Gesundheitswesen e.V.)
www.integratedcarefoundation.org

Verweise:

Gemeindeorientierung, Gesundheit, Gesundheitsbezogene Gemeinwesenarbeit, Gesundheitsförderung 1: Grundlagen, Social Media / Gesundheitsförderung mit digitalen Medien

Gesundheitsförderung und Kindertageseinrichtungen

Antje Richter-Kornweitz

(letzte Aktualisierung am 08.06.2015)

Gesundheitsförderung in Kindertagesstätten setzt im Alltag an. Sie soll Lebens- und Arbeitsbedingungen in der Einrichtung berücksichtigen und ein positives Konzept von Gesundheit vermitteln. Im Mittelpunkt steht dabei nicht nur die Förderung von gesundheitsrelevanten Einstellungen und Verhaltensweisen sondern auch die Entwicklung der nötigen Rahmenbedingungen. Zur Gesundheitsförderung in Kindertageseinrichtungen gehören Angebote und Aktivitäten für alle, die sich dort regelmäßig aufhalten sowie die Zusammenarbeit mit relevanten Institutionen und Einzelpersonen im sozialen Umfeld der Einrichtung. Das Ziel ist, die gesamte Kindertagesstätte zu einer gesunden Lebenswelt zu machen.

Trotz einer insgesamt positiven Bilanz der Kindergesundheit in Deutschland gibt es bei etwa 20 Prozent der Mädchen und Jungen gesundheitliche Auffälligkeiten. Im Kindergarten- und Vorschulalter gehören Entwicklungsauffälligkeiten in den Bereichen Sprache, Bewegung, Ernährung und Verhalten dazu. Besondere Risiken bestehen für Kinder, wenn ihre Familien unter Mehrfachbelastungen stehen wie niedriges Einkommen und/oder Arbeitslosigkeit, hohe Kinderzahl, soziale Isolation, Migrationsgeschichte, schwieriges Wohnumfeld. Die daraus resultierenden Lebensbedingungen können ihre weitere körperliche, psychische und soziale Entwicklung ungünstig beeinflussen.

Im Kindesalter werden zentrale Weichen für die weitere Entwicklung einer guten körperlichen und psychischen Gesundheit gestellt. Die Fähigkeiten und Chancen, im weiteren Leben gesundheitliche Potenziale zu nutzen oder auch Risiken zu vermeiden, hängen wesentlich davon ab, welche Kompetenzen und Orientierungen in den frühen Lebensphasen vermittelt werden konnten. Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheitschancen von Mädchen und Jungen sollten daher so früh wie möglich im Lebenslauf beginnen. Kindertagesstätten stellen dafür ein geeignetes **Setting** dar.

Gesundheitsbezogenes Handeln in den Bereichen Bewegungsförderung, Hygiene und Ernährung gehört in vielen Kindertagesstätten zu den Alltagsroutinen. Weitere Maßnahmen aus dem Handlungsfeld Kindergesundheit - wie Sucht- und Gewaltprävention, Sprachförderung u.ä. - werden oft von außen an die Einrichtungen als einzelne, zeitlich aufeinander folgende und abgegrenzte Projekte herangetragen. Kindertagesstätten werden so zum Zu-

gangsweg für gesundheitsfördernde Maßnahmen und Angebote anderer. Projektanbieter können sich an einzelne Kindertagesstätten wenden, mit Schulen oder anderen Einrichtungen zusammenarbeiten oder auch viele Kindertagestätten in einem größeren Projekt zusammenführen. Das Projekt „Leibeslust - Lebenslust“ aus Schleswig-Holstein zur Prävention von Essstörungen in Kindergarten und Grundschule oder das Pilotprojekt der Plattform Bewegung und Ernährung „gesunde kitas - starke kinder“, an dem 50 Kindertagesstätten teilgenommen haben, sind gute Beispiele dafür (siehe „Internetadressen“). Dabei hängt der Erfolg jedoch nicht allein von der Qualität der Konzepte oder der Qualifikation der Durchführenden ab, sondern wird entscheidend auch von den Rahmenbedingungen der Kindertagesstätte (Einrichtungsgröße, personelle Ressourcen, räumliche Bedingungen, soziale Lage im Umfeld, Träger, Arbeitsansatz etc.) beeinflusst. Vor Projektstart sollte daher eine gründliche Analyse von Rahmenbedingungen und Projektmerkmalen stattfinden.

Über diese Funktion als Projektnehmer hinaus können Kindertagesstätten auch zum Impulsgeber und Ausgangspunkt von umfassenden gesundheitsfördernden Aktivitäten werden, vorausgesetzt sie wählen ein systematisches Vorgehen nach dem **Settingansatz**. Settings sind soziale Systeme, die einen starken Einfluss auf die Gesundheit ausüben, und in denen zugleich die Bedingungen von Gesundheit gestaltet und beeinflusst werden können. Zu den Zielen einer Gesundheitsförderung im Setting Kindertagesstätte gehört es:

- das gesamte Lebens- und Arbeitsumfeld in der Kindertagesstätte gesundheitsförderlich zu gestalten,
- die Gesundheitsressourcen und -kompetenzen von Beschäftigten, Kindern und Eltern zu stärken und ihnen ein positives Konzept von Gesundheit zu vermitteln.

Settingorientierte Gesundheitsförderung wird in der Lebenswelt Kindertagesstätte verankert und erfordert umfassende Beteiligung. Ihr Ziel ist, unter Beteiligung aller Menschen, die in Kindertageseinrichtungen präsent sind, einen positiven Veränderungsprozess in Gang zu setzen, von dem die gesamte Einrichtung mit allen Akteuren profitiert. Neben Mädchen und Jungen gehören dazu alle Beschäftigten aus dem pädagogischen und nichtpädagogischen Bereich sowie die Eltern. Ein weiteres wichtiges Handlungsfeld ist das „soziale Umfeld“ der Einrichtung mit allen Aktivitäten zur Kooperation und Vernetzung mit Partnern wie z.B. dem Öffentlichen Gesundheitsdienst, den Institutionen der Kinder- und Jugendhilfe (u.a. den Frühen Hilfen), therapeutischen und beratenden Einrichtungen, Ärztinnen und Ärzten, Familienbildung und Schulen.

Indem Gesundheit als Organisationsziel in allen regelmäßig wiederkehrenden Alltagsroutinen und Bildungsangeboten verankert wird, kann dieser Prozess nicht nur zur Gesundheitsförderung sondern auch zur Steigerung der Bildungs- und Erziehungsqualität beitragen.

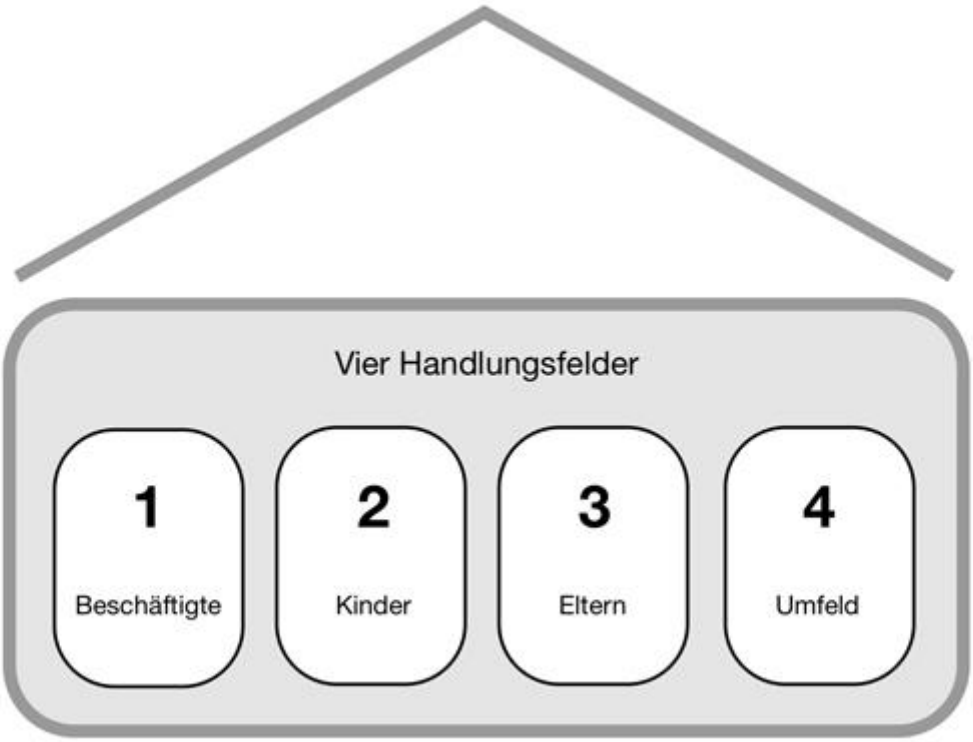


Abb. 1: Vier Handlungsfelder der Gesundheitsförderung in Kindertagesstätten (Quelle: Richter-Kornweitz und Altgeld 2010)

Gesundheitsförderung im Setting Kindertagesstätte ist kein abstraktes Ziel, sondern wird im Alltag hergestellt und aufrechterhalten. Sie ist nicht ausschließlich auf Mädchen und Jungen ausgerichtet, sondern bezieht alle anderen in der Kindertagesstätte ein. In der Kindertagesstätte geschieht dies in den Handlungsfeldern Beschäftigte, Kinder, Eltern und Umfeld (vgl. Abb. 1).

Am *Beispiel von Bewegungskindergärten* wird deutlich, was sich auch auf andere Themenbereiche übertragen lässt. Einrichtungen können Bewegungsangebote in Kooperation mit örtlichen Sportvereinen durchführen oder eigene Konzepte erarbeiten. Erzieherinnen und Erzieher erwerben eine Übungsleiterlizenz, die Kindertagesstätte organisiert Eltern-Kind-Sport. In manchen Kitas beteiligen sich Eltern an der bewegungsfreundlichen Umgestaltung des Freigeländes. Von großen Trägern von Kindertagesstätten werden auch betriebsinterne Bewegungsangebote für die Beschäftigten organisiert.

Bewegungsförderung kann unter Nutzung aller Räumlichkeiten der Kindertagesstätte und des eventuell vorhandenen Gartens durchgeführt werden. Wenn nur wenig geeigneter Raum vorhanden ist, liegen Lösungen darin, die Räume mit verwendungsoffenen Materialien bewegungsförderlicher zu gestalten und Freiflächen im näheren Umfeld zu nutzen. Eine settingorientierte Gesundheitsförderung nimmt auch die arbeitsbedingte gesundheitliche Situation der Beschäftigten in den Blick (**Betriebliche Gesundheitsförderung**). Deren Arbeitsalltag ist durch eine Vielzahl sich addierender Belastungsfaktoren, aber auch

durch besondere Gesundheitspotenziale geprägt. Vieles davon ist strukturell und organisatorisch mit den Rahmenbedingungen der Kindertagesstätten (Arbeitsorganisation, Räumlichkeiten) verbunden. Hinzu kommen klassische Belastungen der Beschäftigten durch Lärm, ungünstige Körperhaltungen und schweres Tragen und Heben sowie durch psychische Belastungen und emotionale Stressoren. Infolgedessen treten insbesondere Rückenschmerzen, Kopfschmerzen, allgemeine nervöse Überlastung und Kreislaufbeschwerden auf. Auf der anderen Seite nennen Erzieherinnen und Erzieher als Ressourcen eine hohe Identifikation mit ihrer Tätigkeit, ein hohes Potenzial für Kreativität im Arbeitsprozess und für selbstständige Planung, hohe Kollegialität und gute Möglichkeiten zur beruflichen Weiterqualifizierung.

Konzepte zur Gesundheitsförderung im Setting Kindertagesstätte greifen diese Situation auf. Vorschläge zur Verbesserung werden mittels partizipativer Methoden gemeinsam mit den Beschäftigten entwickelt und unter ihrer Beteiligung umgesetzt.
Ein weiteres Handlungsfeld ist die Zusammenarbeit mit den Eltern. Ihre Beteiligung ist enorm wichtig, da Kinder zum einen nicht nur direkt, sondern auch über die Unterstützung ihrer Eltern gefördert werden können, zum anderen eine höhere Nachhaltigkeit erreicht wird, wenn der Transfer von Wissen und Kompetenzen von der Kindertagesstätte in die Familie begleitet wird. Prinzipien dieser Arbeit sind **Partizipation** und **Empowerment** als grundlegende Haltungen gegenüber den Eltern und die Verwirklichung eines vertrauensvollen und offenen Dialogs zur Ermittlung des Bedarfs von Familien. Das Curriculum „Gesund aufwachsen in der Kita - Zusammenarbeit mit Eltern stärken“ der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung stellt dafür ein gutes Beispiel dar (siehe „Literatur“).

Neben diesen drei bereits genannten Handlungsfeldern ist Gesundheitsförderung im Setting Kindertagesstätte ausgerichtet auf Vernetzung und Kooperation im sozialen Umfeld, d.h. mit räumlich und fachlich benachbarten Institutionen und im besten Fall durch Zusammenarbeit in einer *Präventionskette*. Ein wichtiges Ziel ist dann beispielsweise der Austausch von Kompetenzen, Leistungen und Erfahrungen, die das fachliche Profil der Kindertagesstätte ergänzen können.

Denkbar ist neben der Zusammenarbeit mit den oben bereits genannten Institutionen und Akteuren auch die Kooperation mit Sportvereinen, Kultureinrichtungen, Beratungsstellen und/oder Nachbarschaftszentren. Hier findet sich die soziale Komponente von Gesundheit und Wohlbefinden im Verständnis der Weltgesundheitsorganisation (WHO) wieder, d.h. die gesundheitsförderliche Wirkung von sozialer Einbindung in eine Gemeinschaft, wobei Kindertagesstätten eine zentrale und koordinierende Rolle einnehmen können.

Literatur:

Alice-Salomon-Hochschule Berlin, STEGE-Abschlussbericht: "Strukturqualität und Erzieher_innengesundheit in Kindertageseinrichtungen", Berlin 2013, Download unter: www.bildungsserver.de/onlineressource.html?onlineressourcen_id=50502

Bundeszentale für gesundheitliche Aufklärung, Gesund aufwachsen in der Kita - Zusammenarbeit mit Eltern stärken. Curriculum zur Zusammenarbeit mit Eltern in der Gesundheitsförderung, Köln 2014, Download unter: http://www.kindergesundheit-info.de/ fuer-fachkraefte/ hintergruende-grundlagen/ gesundheitsfoerderung/kita-projekt/

Freistaat Sachsen - Staatsministerium für Soziales, Gesund aufwachsen in Sachsen: Handbuch für Erzieherinnen und Erzieher, Dresden 2008, Download unter http://psychologie.biphaps.uni-leipzig.de/pphome/documents/2010/Handbuch.pdf

Kliche T et al, Prävention und Gesundheitsförderung in Kindertagesstätten, Juventa Verlag, Weinheim 2008;

Richter-Kornweitz A/Altgeld T, Gesunde Kita für alle! Leitfaden zur Gesundheitsförderung im Setting Kindertagesstätte. Broschüre. Gefördert durch das Bundesministerium für Gesundheit im Rahmen des nationalen Aktionsplans „IN FORM - Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung“, Hannover, Berlin 2010, Download unter: http://www.gesundheit-nds.de/CMS/ images/stories/PDFs/ Leitfaden_Gesunde_Kita_fuer_alle_web.pdf

Richter-Kornweitz A, Utermark, K, Werkbuch Präventionskette. Herausforderungen und Chancen beim Aufbau von Präventionskette in Kommunen. Landesvereinigung für Gesundheit und Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Hannover 2013, Download unter www.gesundheit-nds.de/CMS/ images/stories/PDFs/ Werkbuch-Praeventionskette_Doppelseite.pdf

Internetadressen:

http://www.gesunde-kita.net/Startseite.334.0.html („Netzwerk Gesunde Kita Brandenburg“)
http://www.gesundheit-nds.de/index.php/netzwerke/111-netzwerk-kita-und-gesundheit-niedersachsen („Kita und Gesundheit Niedersachsen“)Netzwerk
http://lvgfsh.de/gesundheitsfoerderung/thematische-schwerpunkte/servicebuero-kita-und-schule/lebenslust.php (Projekt Lebenslust-Leibeslust)
www.ernaehrung-und-bewegung.de/ („gesunde kitas - starke kinder“)

Verweise:

Empowerment/Befähigung, Gesundheitsförderung und Betrieb, Partizipation: Mitentscheidung der Bürgerinnen und Bürger, Settingansatz / Lebensweltansatz

Gesundheitsförderung und Krankenhaus

Jürgen M. Pelikan, **Christina Dietscher**

(letzte Aktualisierung am 30.11.2015)

Für die Gesundheitsförderung ist das Krankenhaus ein sehr spezifisches Setting. D.h. eine nur für manche der Betroffenen und Beteiligten alltägliche Umwelt, innerhalb derer sie ihre Gesundheit schaffen und leben, insbesondere also arbeiten und auch lernen bzw. als Patientinnen und Patienten vor allem Krankheitsepisoden (mit-)bearbeiten und verarbeiten müssen. Daher ist Gesundheitsförderung im Krankenhaus zunächst eine spezielle Anwendung des **Settingansatzes**. Für das Krankenhaus stellt sich dann - wie für alle anderen organisationalen Settings - zunächst die Frage: „Gesundheitsförderung im Krankenhaus" (GFiKH) oder „ Gesundheitsförderndes Krankenhaus" (GFKH)? Mit anderen Worten: Geht es nur darum, den speziellen Zugang, den die Organisation Krankenhaus zu vielen Personen bzw. Populationen in unterschiedlichen Rollen wie Patientinnen/Patienten, Beschäftigten, Besucherinnen/Besuchern oder auch Einwohnerinnen/Einwohnern im Einzugsbereich hat, für ausgewählte Gesundheitsförderungsmaßnahmen oder -programme zu nutzen? Oder wird das anspruchsvollere Ziel angestrebt, das Krankenhaus insgesamt und umfassend in eine gesundheitsfördernde Organisation zu entwickeln? Programmatisch hat sich die WHO und das von ihr initiierte internationale Netzwerk Health Promoting Hospitals (and Health Services) (HPH) für Letzteres entschieden, d.h. für die Re- oder Neuorientierung des Krankenhauses in eine tatsächlich umfassend gesundheitsfördernde Organisation bzw. ein gesundheitsförderndes Setting.

Einen Unterschied macht die Orientierung am visionären Ziel des GFKH v.a. hinsichtlich der Implementierung. Für GFiKH genügt es, spezifische Maßnahmen der Gesundheitsförderung auszuwählen und projektförmig zu implementieren. Ein GFKH dagegen kann nur realisiert werden, wenn in der Organisation Krankenhaus entsprechende Kapazitäten aufgebaut werden (**Capacity Building**). D.h., es müssen spezifische Strukturen (z.B. GF-Beauftragter, GF-Team, GF-Ausschuss) und gewidmete Ressourcen (Personal, Budget, Zeit) sowie kontinuierliche Prozesse (z.B. Gesundheitsbeobachtung, -berichterstattung, Implementierungsprojekte) etabliert werden. Dafür muss Gesundheitsförderung als relevantes Organisationsziel strategisch verankert und die Organisation und ihr Management entsprechend entwickelt werden (**Organisationsentwicklung**). Der umfassende konkrete Inhalt des GFKH ist dabei nicht als fixes, ausformuliertes Programm vorgegeben, sondern

muss im Rahmen von strategischen Zielsetzungen (z.B. Patienten-, Mitarbeiter-, Gemeindeorientierung oder konkreter Rauchfreiheit) jeweils durch lokale Organisationsanalysen - aber unter Nutzung von universalen Best-Practice-Lösungen - konkretisiert werden. Für die Implementierung empfehlen sich Methoden der Organisationsentwicklung, des Projekt- und insbesondere des Qualitätsmanagements.

Als quasi offizielle Definition formuliert das Gesundheitsförderungsglossar der WHO, basierend auf der WHO-Ottawa-Charta (1986) und der Budapest-Deklaration Gesundheitsfördernder Krankenhäuser (1991): „Ein Gesundheitsförderndes Krankenhaus bietet nicht nur umfassende medizinische und pflegerische Dienstleistungen hoher Qualität an, sondern entwickelt auch eine Corporate Identity, die die Ziele der Gesundheitsförderung umfasst, es entwickelt eine gesundheitsfördernde organisatorische Struktur und Kultur, inklusive aktiver, partizipativer Rollen für Patienten und alle Mitglieder der Belegschaft, es entwickelt sich selbst in eine gesundheitsfördernde physische Umwelt und kooperiert aktiv mit seiner Gemeinde/Gemeinschaft.“ Eine kürzere, abstraktere Definition könnte lauten: Gesundheitsfördernde Krankenhäuser versuchen ihren Gesundheitsgewinn dadurch zu optimieren, dass sie in allen ihren Entscheidungen deren Auswirkungen (auch) auf die Gesundheit aller betroffenen Akteure mit berücksichtigen. Sie orientieren sich dabei am positiven, umfassenden somato-psycho-sozialen Gesundheitsbegriff (**Gesundheit**) der WHO-Definition und der Ottawa-Charta und an einem weiten Verständnis von **Gesundheitsförderung**, das Krankheitsprävention (**Prävention**), **Gesundheitsschutz** und Gesundheitsentwicklung einschließt.

Bedeutung des Setting Krankenhaus. - Für die Gesundheit seiner Beschäftigten, seiner aktuellen Patientinnen und Patienten (und deren Angehörigen) sowie der Bevölkerung im Einzugsgebiet ist das Krankenhaus hoch bedeutsam als Ort beträchtlicher (z.T. aber vermeidbarer) Gesundheitsrisiken bzw. -belastungen (**Risikofaktoren**) und (noch nicht ausreichend genutzter) Gesundheitsressourcen bzw. Schutzfaktoren (**Resilienz, Protektivfaktoren** und Ressourcen). Jährlich nehmen beträchtliche Anteile der Bevölkerung eine Patientenrolle im Krankenhaus ein - und dies in einer ernsthaften Gesundheitskrise, in der Gesundheit im Fokus ihres Interesses steht. Damit ist eine günstige Gelegenheit gegeben, Patienten und Patientinnen für ihre Mitwirkung an der aktuellen Krankenbehandlung zu empowern. Dazu müssen sie **partizipativ** als Ko-Produzenten und -produzentinnen der Stabilisierung bzw. Verbesserung ihrer Gesundheit quasi als Ko-TherapeutInnen in ihre Behandlungsprozesse eingebunden werden. Das stärkt nicht nur ihre Autonomie, es lässt sich dadurch auch die Qualität der Krankenbehandlung, d.h. das klinische Ergebnis, verbessern. Darüber hinaus können auch auf die Zukunft gerichtete krankheits- und gesundheitsbezogenen Verhaltens- und Situationsänderungen initiiert werden. Unabhängig davon sind der Aufenthalt und die Behandlung im Krankenhaus mit einer Reihe von physischen, psychischen und sozialen Gesundheitsrisiken für Patientinnen und Patienten (z.B.

Hospitalismus, Behandlungsfehler, nosokomiale Infektionen) verbunden, die ein beträchtliches Potenzial für Gesundheitsschutz und Krankheitsprävention bieten. Ebenso stellt die Belegschaft von Krankenhäusern eine auch quantitativ bedeutsame Gruppe dar, die durch die Krankenhausarbeit physischen (z.B. Ansteckungsgefahr, einseitige körperliche Belastungen, Schicht- und Nachtarbeit), psychischen (z.B. Burn-out) und sozialen Risiken (z.B. erschwerte soziale Teilhabe durch unregelmäßige Dienstzeiten) ausgesetzt ist. Gesundheitsschutz, Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung sind daher für die Belegschaft besonders indiziert. Die Gesundheit der noch größeren Gruppen der Angehörigen von Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen sowie von Patienten und Patientinnen, aber auch der Bevölkerung im Einzugsgebiet ist ebenfalls, z.T. indirekt und abgeschwächt, von den Gesundheitsbedingungen im Krankenhaus mit beeinflusst. Darüber hinaus berührt das Krankenhaus auch durch den Einkauf und Verbrauch von beträchtlichen Mengen an Gütern und Dienstleistungen indirekt die Gesundheit von Vor-Produzenten. Durch die Auswahl von Produkten/Dienstleistungen mit einer günstigeren Gesundheitsbilanz kann das Krankenhaus seinen Gesundheitsimpakt (**Health Impact Assessment**) verbessern. Ähnliches gilt für den Output des Krankenhauses für Nach-Behandler, die mit den entlassenen Patienten und Patientinnen konfrontiert sind, aber auch für jene Nach-Produzenten, die z.B. den materiellen Abfall weiterbearbeiten müssen.

Auch wenn vieles für die Notwendigkeit und den Nutzen von GFiKH bzw. das GFKH spricht, ist Gesundheitsförderung für Krankenhäuser, insbesondere für Ärztinnen und Ärzte, auch ein schwieriges Terrain. Herausfordernd sind die Konzepte der positiven und somato-psycho-sozialen Gesundheit bzw. des Gesundheitsgewinns und die Orientierung an (subjektiven) Patientenbedürfnissen im Vergleich zu der vorherrschenden Orientierung an somatischer Krankheit und (objektivem) klinischem Ergebnis. Auch die Beachtung der Gesundheit von Nicht-Patienten/-Patientinnen und das Ansetzen nicht nur an Personen, sondern mindestens ebenso sehr an Situationen sind für Krankenhäuser nicht selbstverständlich. Die Arbeitssituation in Krankenhäusern ist ohnehin angespannt und durch ständige Reformen belastet. Daher hat Gesundheitsförderung derzeit v.a. dann eine Chance, wenn sie als geeignete Lösung für vorhandene Probleme eingeführt werden kann und nicht als zusätzliches, belastendes Ziel. Will man z.B. einen stärkeren Beitrag der Krankenhäuser zur Public Health, dann sind durch die Gesundheitspolitik jene gesetzlichen Rahmenbedingungen und Ressourcen zu schaffen, die dies für Krankenhäuser fordern, ermöglichen und belohnen.

Internationale Entwicklung, Entwicklung in Österreich, Deutschland und in der Schweiz und Grundlagendokumente. Im Anschluss an die Strategie der Ottawa-Charta (1986) „Die Gesundheitsdienste neu orientieren“ wurde ein auf Gesundheitsfördernde Krankenhäuser eingeschränktes Umsetzungskonzept der WHO ausgearbeitet und von 1989-1996 im Wiener WHO-Modellprojekt „Gesundheit und Krankenhaus“ weiterentwickelt, praktisch er-

probt und evaluiert. Im Kontext dieses Projekts wurde das internationale Netzwerk Health Promoting Hospitals (HPH) 1990 als Multi City Action Plan des Gesunde-Städte-Projekts der WHO initiiert, 1991 die Budapest-Deklaration Gesundheitsfördernder Krankenhäuser verabschiedet und 1992 ein WHO-Kooperationszentrum (WHO-CC) für Gesundheitsfördernde Krankenhäuser in Wien gegründet, das neben der wissenschaftlichen Begleitung der Implementierungsprojekte auch die Funktion des Sekretariats des Netzwerks übernahm. Die Budapest-Deklaration enthielt neben dem Konzept auch den Plan für ein Europäisches Pilotprojekt Gesundheitsfördernder Krankenhäuser (EPHP). Dieses wurde von 1993 bis 1997 von 20 Krankenhäusern aus zwölf europäischen Ländern durchgeführt und evaluiert. Die prinzipielle Machbarkeit und Anschlussfähigkeit des Konzeptes an unterschiedliche Gesundheitssysteme und Krankenhaustypen wurde demonstriert.

Seit 1993 werden jährliche internationale HPH-Konferenzen durchgeführt und es wird ein internationaler HPH-Newsletter publiziert. Seit 1995 hat die WHO-EURO nationale bzw. regionale HPH-Netzwerke initiiert und anerkannt und einen jährlichen Workshop der Koordinatoren organisiert. Das Europäische Pilotprojekt wurde 1997 mit den Wiener Empfehlungen zu Gesundheitsfördernden Krankenhäusern abgeschlossen. Zur Qualitätssicherung wurden vom internationalen Netzwerk 18 inhaltliche Kernstrategien, sieben methodische Implementierungsstrategien und fünf Standards zur Selbstevaluation erarbeitet. Seit 2005 hat HPH ein internationales Sekretariat, seit diesem Jahr öffnet sich das Netzwerk auch zunehmend für außereuropäische Netzwerke (u.a. in Australien, Japan, Kanada, Korea, Taiwan und den USA). Seit 2008 ist HPH als selbstständiger Verein nach Schweizer Recht konstituiert, mit einer besonderen Beziehung zur WHO und zu weiteren supranationalen Organisationen wie z.B. der International Hospital Federation. Seit 2009 steht HPH auch anderen Gesundheitseinrichtungen als Krankenhäusern offen. Derzeit gibt es ca. 30 nationale bzw. regionale Netzwerke mit etwa 800 Mitgliedseinrichtungen. An den jährlichen Konferenzen nehmen im Schnitt 600 Delegierte teil.
Lange Zeit galt HPH im Vergleich zu anderen Gesundheitsförderungs-Settings als zu wenig beforscht. Eine umfassende internationale Evaluationsstudie auf der Ebene von nationalen/lokalen Netzwerken und von Mitgliedskrankenhäusern (PRICES-Studie am Ludwig Boltzmann Institute Health Promotion Research, Wien) erhob und analysierte vor diesem Hintergrund Daten zu organisationalen Kapazitäten und Implementierungsschwerpunkten von Gesundheitsförderung in den Mitgliedseinrichtungen sowie zu Strukturen und unterstützenden Maßnahmen der nationalen und regionalen HPH-Netzwerke. Die Auswertungen ergaben, dass jene Krankenhäuser, die mehr Gesundheitsförderungs-Strukturen implementiert hatten, auch mehr Gesundheitsförderung umsetzten, und dass die Implementierung auf Organisationsebene durch strategische Netzwerk-Arbeit gestärkt werden kann. Nationale Rahmenbedingungen, insbesondere gesetzliche Regelungen zur Gesundheitsförderung, können sowohl die Arbeit der Netzwerke als auch die Implementierung von Gesundheitsförderung in Organisationen entscheidend unterstützen. Auch die Veror-

tung des internationalen HPH-Sekretariats am WHO-Kooperationszentrum für Evidenzbasierte Gesundheitsförderung im Krankenhaus in Kopenhagen trägt zur Wissensgenerierung für den Bereich bei.

Im deutschsprachigen Bereich war Österreich von Beginn an durch das Wiener Modellkrankenhausprojekt involviert; ein nationales Netzwerk wurde mit Unterstützung des Gesundheitsministeriums 1996 gegründet. Seither gibt es jährliche nationale Konferenzen, gelegentliche Workshops, einen regelmäßigen Newsletter, eine Webpage und Beteiligungen an mehreren speziellen Projekten. Seit 2006 ist das Netzwerk ein eingeschriebener Verein (ONGKG) und hat eine Sektion Rauchfreie Krankenhäuser, 2010 folgte eine Sektion „Baby-friendly Hospitals". Beide Sektionen fördern ihr jeweiliges Thema u.a. durch Koordinierung der Implementierung und Durchführung international entwickelter Zertifizierungsprogramme in österreichischen Krankenanstalten. Einschließlich seiner Sektionen umfasst das ONGKG aktuell etwa 50 Mitgliedseinrichtungen.

In Deutschland, das im EPHP mit fünf Krankenhäusern vertreten war, wurde ein Deutsches Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser (DNGfK) ebenfalls 1996, aber sofort als Verein, gegründet. Mit der Chiemsee-Erklärung 1996 und den Homburger Leitlinien 1999 legte das DNGfK seine konzeptuelle und strategische Orientierung fest. 2010 hat das DNGfK die ordentliche Mitgliedschaft auch auf Pflegeeinrichtungen erweitert. Gegenwärtig zählen etwa 20 Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen zu seinen Mitgliedern. Das Netzwerk befindet sich aktuell in einer Restrukturierungs-Phase.

Aus der Schweiz haben im Gegensatz zu Deutschland und Österreich keine Krankenhäuser am EPHP teilgenommen, 1999 haben sich aber mehrere Gesundheitsinstitutionen zum Trägerverein „Schweizerisches Netzwerk gesundheitsfördernder Spitäler - ein Netzwerk der WHO" zusammengeschlossen. Nach einem Koordinatorenwechsel 2012 hat das Netzwerk vorübergehend die Arbeit eingestellt, nach wie vor sind einzelne Krankenhäuser aus der Schweiz Mitglied im internationalen HPH-Netzwerk.

Ab 2001 wurde der transnationale Austausch zwischen den deutschsprachigen HPH-Netzwerken verstärkt ausgebaut, u.a. fanden bis 2013 alle vier Jahre gemeinsame Konferenzen statt. Aufgrund der Restrukturierungen in Deutschland und in der Schweiz wird dieser Austausch aktuell vor allem im Bereich der Rauchfreien Krankenhäuser fortgesetzt, die auch in Deutschland und der Schweiz stark entwickelt, dort aber nicht in die nationalen HPH-Netzwerke integriert sind.

Wichtige Handlungsbereiche und aktuelle Themen. Unter dem breiten Dach des Konzepts des GFKH finden viele Teilbereiche und Themen der Gesundheitsförderung und anderer Reformkonzepte (z.B. Qualität, Umweltschutz, Nachhaltigkeit, Corporate Social Responsibility) einen passenden Platz und wurden teilweise konzeptuell bzw. in Form von Instru-

menten zur Implementierungsunterstützung (z.B. Qualität, Nachhaltigkeit) ausgearbeitet. Lebensstilfragen wie Ernährung, Bewegung, Rauchen oder Alkohol werden für Patientinnen und Patienten, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie für die Bevölkerung im Einzugsgebiet bearbeitet. **Betriebliche Gesundheitsförderung** ist seit dem WHO-Modellprojekt ein wichtiger Fokus des GFKH. Speziell für Patientinnen und Patienten werden Ansätze wie Schmerzfreies oder Patientenorientiertes Krankenhaus (mit Patienteninformationszentren und Programmen der **Patientenedukation**) genutzt. In jüngerer Zeit wurden Konzepte zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz von Krankenbehandlungsorganisationen ausgearbeitet und mit dem Konzept Gesundheitsfördernder Krankenhäuser verbunden. In Österreich erfolgte 2014/15 eine Machbarkeitsstudie zu einem Selbstbewertungs-Instrument für die organisationale Gesundheitskompetenz in Zusammenarbeit mit dem nationalen HPH-Netzwerk.

Spezielle Politiken für bestimmte vulnerable Gruppen wurden vom internationalen Netzwerk (und einzelnen nationalen Netzwerken) aufgegriffen, z.B. für Patientinnen und Patienten in der Psychiatrie, für Kinder und Jugendliche, für Migrantinnen und Migranten. Teilweise werden auch Ansätze wie Babyfreundliches bzw. Stillfreundliches oder Selbsthilfefreundliches Krankenhaus genutzt.

Einschätzung: Stand und Perspektiven, Empfehlungen. Das internationale HPH-Netzwerk hat sich in den 25 Jahren seines Bestehens konzeptuell und institutionell konsolidiert, regional und thematisch ausdifferenziert, qualitativ verbessert und ist quantitativ kontinuierlich gewachsen. In Folge der anhaltenden ökonomischen Krise, die insbesondere auch viele europäische Länder erfasst hat, gerieten einige europäische HPH-Netze in Schwierigkeiten und befinden sich gegenwärtig in einer Konsolidierungsphase. Ungebrochen hält das Wachstum hingegen in Asien an. Insgesamt hat HPH bisher nur begrenzt die hohen Erwartungen erfüllt, die in seine Etablierung gesetzt wurden. Nur ein Bruchteil aller weltweiten Krankenhäuser engagiert sich im Netzwerk, und auch die Häuser, die mitmachen, sind zumeist weit von jener umfassenden Orientierung an Gesundheitsförderung entfernt, die durch die Ottawa-Charta anstrebt wurde. Die gewollte Ausdehnung auf andere Gesundheitseinrichtungen steckt noch in den Anfängen. Wie der Vergleich europäischer und asiatischer HPH-Netzwerke zeigt, liegt der begrenzte Erfolg aber weniger an mangelnder theoretischer und methodischer Ausarbeitung und fehlenden erfolgreichen Praxisbeispielen, sondern eher daran, dass eine konsequente Public-Health-Orientierung von Krankenhäusern und anderen Gesundheitseinrichtungen gesundheitspolitisch nicht ausreichend gefordert und unterstützt wird.

Literatur:

Dietscher C, How can the functioning and effectiveness of networks in the settings approach of health promotion be understood, achieved and researched? In: Health Promotion International, 2013, DOI:10.1093/heapro/dat067 ·

Dietscher C/Pelikan JM/Schmied H, Health Promoting Hospitals. In: McQueen D (Ed.), Oxford Bibliograhpies in Public Health, Oxford University Press 2014, DOI: 10.1093/OBO/9780199756797-0131

Groene O, Implementing health promotion in hospitals: Manual and self-assessment forms, Kopenhagen 2006;

Groene O/Garcia-Barbero M (eds.), Health promotion in hospitals: Evidence and quality management, Kopenhagen 2005;

Pelikan JM, Health Promoting Hospitals - Assessing Developments in the Network, in: Italian Journal of Public Health, 4, 2007, 261-270;

Pelikan JM/Schmied H/Dietscher C, Prävention und Gesundheitsförderung im Krankenhaus, in: Hurrelmann K/Klotz T/Haisch J (Hg.), Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung, 3. Aufl., Bern 2010, 290-301;

Pelikan JM/Dietscher C, Warum sollten und wie können Krankenhäuser ihre organisationale Gesundheitskompetenz verbessern? In: Bundesgesundheitsblatt, 2015, DOI: 10.1007/s00103-015-2206-6

Pelikan JM/Dietscher C/Schmied H/Röthin F, A model and selected results from an evaluation study on the International HPH Network (PRICES-HPH) . In: Clinical Health Promotion I (1), 2011, 9-15

Pelikan JM/Schmied H/Dietscher C, Improving Organizational Health: The Case of Health Promoting Hospitals. In: Bauer GF, Hämmig O (Eds.): Bridging occupational, organizational and public health: a transdisciplinary approach, Dordrecht, Heidelberg, New York, London 2013, 133-153

Pelikan JM/Wolff S (Hg.), Das gesundheitsfördernde Krankenhaus. Konzepte und Beispiele zur Entwicklung einer lernenden Organisation, Weinheim/München 1999

Internetadressen:

www.dngfk.de (Deutsches Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser)
www.dnrfk.de (Deutsches Netzwerk rauchfreier Krankenhäuser)
www.healthhospitals.ch (Swiss Network of Health Promoting Hospitals and Health Services HPH)
www.hph-hc.cc (WHO Collaborating Centre for Health Promotion in Hospitals and Health Care at Ludwig Boltzmann Institute Health Promotion Research [LBIHPR], Wien)
www.ongkg.at (Österreichisches Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen)
www.who-cc.dk (WHO-CC for Evidence Based Health Promotion in Hospitals, Kopenhagen)

Verweise:

Capacity Building / Kapazitätsentwicklung, Gesundheit, Gesundheitsförderung 1: Grundlagen, Gesundheitsförderung und Betrieb, Gesundheitsschutz, Health Impact Assessment (HIA) / Gesundheitsverträglichkeitsprüfung, Organisationsentwicklung als Methode der Gesundheitsförderung, Partizipation: Mitentscheidung der Bürgerinnen und Bürger, Patientenberatung / Patientenedukation, Prävention und Krankheitsprävention, Resilienz und Schutzfaktoren, Risikofaktoren und Risikofaktorenmodell, Settingansatz / Lebensweltansatz

Gesundheitsförderung und Migrationshintergrund

Theda Borde, Stephan Blümel

(letzte Aktualisierung am 21.05.2015)

Migration (von „migrare“ = wandern, auswandern, übersiedeln) hat das Statistische Bundesamt 2013 wie folgt definiert: Zu den Menschen mit Migrationshintergrund zählen „alle Ausländer und eingebürgerten ehemaligen Ausländer, alle nach 1949 auf das heutige Gebiet der Bundesrepublik Deutschland Zugewanderte, sowie alle in Deutschland als Deutsche Geborene mit zumindest einem zugewanderten oder als Ausländer in Deutschland geborenen Elternteil“.

Wie die *geschichtliche Entwicklung* zeigt, ist die Migration von Individuen oder Gruppen kein neues Phänomen, denn immer schon wanderten Menschen weltweit auf der Suche nach besseren Lebensbedingungen von einer Region in die andere. Deutschland war noch bis zur ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts ein Auswanderungsland. Doch seit den 1960er-Jahren hat sich die Bundesrepublik Deutschland kontinuierlich zu einer Einwanderungsgesellschaft entwickelt. Auch in anderen Regionen Westeuropas sind ähnliche Entwicklungen erfolgt. Die Zuwanderung nach Deutschland bzw. die Aufnahme von Ausländerinnen und Ausländern war sowohl wirtschaftlich und politisch als auch humanitär begründet und verlief in verschiedenen Phasen: Vor dem Hintergrund des Arbeitskräftemangels in der expandierenden Industrie erfolgte im Verlauf der Jahre 1955 bis 1968 in der Bundesrepublik die Anwerbung von Arbeitskräften aus Italien, Spanien, Griechenland, der Türkei, Marokko, Portugal, Tunesien und Jugoslawien. Seit den 1960er-Jahren beschäftigte auch die DDR Vertragsarbeiter und -arbeiterinnen mit befristeten Arbeitsverträgen aus Polen, Ungarn, Mosambik und Vietnam.

Mit der Verfestigung des Aufenthaltsstatus begann seit den 1970er-Jahren der Niederlassungsprozess der in der Bundesrepublik Deutschland lebenden Ausländerinnen und Ausländer, der mit dem Nachzug von Ehepartnerinnen und -partnern sowie Kindern im Rahmen der Familienzusammenführung einherging. Eine weitere Phase setzte mit der Wiedervereinigung der beiden deutschen Staaten ein und war von der Zuwanderung von Flüchtlingen und Spätaussiedlerinnen und Spätaussiedlern sowie Menschen jüdischen Glaubens aus Osteuropa geprägt.

Heute verfolgt die Europäische Kommission eine koordinierte Politik der Steuerung und Begrenzung der Zuwanderung, perspektivisch ist Deutschland jedoch aus demografischer und ökonomischer Sicht auf die weitere Zuwanderung von Menschen aus dem Ausland angewiesen. Als neue Migrationstrends zeichnen sich ab: die Ost-West-Migration innerhalb der 27 EU-Staaten, die kurz- und langfristige Migration von qualifizierten und unqualifizierten Arbeitskräften, weitere Fluchtmigration und Familienzusammenführungen sowie „irreguläre" Zuwanderung aus verschiedenen Teilen der Welt.

Der *Ausländeranteil* an der Bevölkerung Deutschlands liegt seit vielen Jahren bei etwa 9 Prozent; dabei ist festzuhalten, dass deutsche Staatsangehörige mit Migrationserfahrung wie Spätaussiedlerinnen und Spätaussiedler sowie Eingebürgerte hier nicht mitgezählt sind. Da die bisher in Statistiken verwendete Kategorie der Staatsangehörigkeit immer weniger geeignet war, die Einwanderungsrealität der Bundesrepublik Deutschland angemessen abzubilden, wurde im Mikrozensus 2005 erstmals das Kriterium „Migrationshintergrund" für die amtliche Statistik definiert (siehe oben). Diese orientiert sich am Geburtsort und folgt dem Generationsprinzip, wobei einen Migrationshintergrund hat, wer selbst oder wessen Eltern (Vater oder Mutter) im Ausland geboren sind. Einen einseitigen Migrationshintergrund haben danach Personen, bei denen nur ein Elternteil im Ausland geboren ist.

Die *Bevölkerung mit Migrationshintergrund* in Deutschland beträgt nach dieser Zählung 15,4 Millionen Menschen, was ca. 19 Prozent entspricht. Eine ausländische Staatsangehörigkeit haben davon 7,3 Millionen Menschen bzw. 8,9 Prozent. Sowohl regional als auch hinsichtlich der Altersgruppen zeigt sich eine unterschiedliche Verteilung. So liegt der Anteil der Bevölkerung mit Migrationshintergrund in einigen westdeutschen Großstädten bei fast 40 Prozent, während er in neuen Bundesländern deutlich geringer ist. Die Bevölkerung mit Migrationshintergrund ist deutlich jünger, und knapp ein Drittel aller Kinder unter fünf Jahren in Deutschland haben einen Migrationshintergrund (Statistisches Bundesamt 2007). Das Ausmaß der nicht registrierten Migration ist in statistischen Erhebungen naturgemäß nicht abgebildet. Es ist davon auszugehen, dass die Mehrzahl der sogenannten „Migranten ohne Papiere" auf legalem Weg mit Visum eingereist ist.

Die vorliegenden statistischen Daten zeigen, dass das Bildungs- und Einkommensniveau der Bevölkerung mit Migrationshintergrund im Vergleich zur einheimischen deutschen Bevölkerung durchschnittlich niedriger ist und dass Arbeitsplatzunsicherheit und Arbeitslosigkeit häufiger sind. Dabei ist zu betonen, dass die Unterschiede im Bildungs- und Berufsstatus innerhalb der Bevölkerung mit Migrationshintergrund beträchtlich sind und dass es sich bei der so definierten Gruppe um eine extrem *heterogene* Personengruppe handelt. Denn die Menschen, die hier zusammengefasst sind, unterscheiden sich nicht nur nach Alter und Geschlecht, Bildung und sozialer Lage, sondern darüber hinaus nach migrationsspezifischen Faktoren wie Herkunftsland, Ethnizität, freiwilliger oder erzwungener

Migration, Staatsangehörigkeit, rechtlichem Aufenthaltsstatus, Aufenthaltsdauer in Deutschland, Deutschkenntnissen, Zeitpunkt der Migration im Lebenszyklus, Migrantengeneration (eigene Migrationserfahrung vs. Migration der Eltern bzw. eines Elternteils).

Zum Einfluss des Migrationshintergrundes auf die Gesundheit und gesundheitsrelevante Verhaltensweisen gibt es bislang nur begrenzte Erkenntnisse und noch große Wissenslücken. Aus den vorliegenden Forschungserkenntnissen ergibt sich teilweise ein inkomplettes, uneinheitliches und darüber hinaus teils widersprüchliches Bild. Dies ist auch durch Defizite in der Datenlage begründet. So basieren gesundheitsbezogene Studien häufig auf einer Sekundäranalyse von Daten, die primär nicht für gesundheitsrelevante Fragestellungen gewonnen werden (z.B. Mikrozensus). Informationen zum Sozialstatus fehlen oft, und die Einschätzung des Gesundheitsstatus ist jeweils abhängig von der Wahl der Vergleichsgruppe. Besonders vulnerable Gruppen (z.B. nicht registrierte Zugewanderte, nicht Deutsch Sprechende, Analphabeten bzw. Analphabetinnen) werden aus methodischen Gründen bei Studien (z.B. schriftlichen Befragungen oder Telefoninterviews in deutscher Sprache) häufig nicht erreicht und repräsentiert. Darüber hinaus ist die Vergleichbarkeit der Ergebnisse verschiedener Studien aufgrund der Verwendung unterschiedlicher Definitionen für Migrantinnen und Migranten (die selten reflektiert werden) erschwert und verzerrt.

Die vorliegenden *Erkenntnisse zum Gesundheitsstatus und zum Gesundheitsverhalten* weisen bei der Bevölkerung mit Migrationshintergrund zum Teil günstigere, zum Teil ungünstigere Befunde im Vergleich zur Bevölkerung ohne Migrationshintergrund auf. Je nach Arbeits- und Lebensbedingungen sowie Gesundheitsverhalten können z.B. Erkrankungen des Bewegungsapparates, des Herz-Kreislauf-Systems, Diabetes, Atemwegserkrankungen und (Arbeits-)unfälle häufiger vorkommen. Für verschiedene Einwanderer- und Altersgruppen werden spezifische Gesundheitsrisiken aufgezeigt. So weisen ältere Menschen mit Migrationhintergrund einen schlechteren Gesundheitszustand auf als ältere Menschen ohne Migrationserfahrungen.

Bei Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund werden höhere Gesundheitsrisiken für Todesfälle im Zusammenhang mit der Geburt und im ersten Lebensjahr, (seltene) erbliche Stoffwechselerkrankungen, Tuberkulose, Übergewicht und Essstörungen, psychische Auffälligkeiten und Unfälle, ein ungünstigeres Mundgesundheitsverhalten, weniger Sport und eine seltenere Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen als bei Gleichaltrigen ohne Migrationshintergrund festgestellt. Geringere Impfquoten zeigen sich bei Kindern und Jugendlichen mit eigener Migrationserfahrung. Jedoch lassen sich bei Kindern aus Migrantenfamilien auch Gesundheitsressourcen beobachten, denn sie leiden seltener an Asthma, Neurodermitis und Heuschnupfen und weisen eine vergleichsweise geringere Raucherquote auf. Eine neuere Studie zeigt bei Frauen mit Migrationshintergrund aus der Türkei eine ähnliche Nutzung der ärztlichen Schwangerenvorsorge wie bei

Frauen ohne Migrationshintergrund und vergleichbar gute Resultate bei den meisten perinatalen Parametern. Darüber hinaus wurde eine deutlich niedrigere Kaiserschnittrate beobachtet (David et al 2014).

Für einige Migrantengruppen wurde ein günstigeres Stillverhalten, ein geringerer Alkoholkonsum (beidseitiger türkischer und arabischer Migrationshintergrund) und ein geringerer Tabakkonsum (Mädchen mit beidseitigem Migrationshintergrund) aufgezeigt. Erst eine differenzierte Betrachtung des Zusammenwirkens verschiedener Einflussfaktoren wie Herkunftsland, Sozialstatus, Einwanderergeneration und Geschlecht erlaubt es, spezifischen Risiken entgegenzuwirken und Gesundheitspotenziale zielgerecht zu fördern.

Jede Migration ist mit Belastungen und Risiken, aber auch mit Chancen verbunden. Sie kann für einen Menschen bedeuten, schwierigen Lebensbedingungen und Gesundheitsbelastungen zu entkommen und im Aufnahmeland eine bessere Lebensqualität zu erreichen. Auch kann die medizinische Versorgung besser sein als im Herkunftsland.

Andererseits stellt der *Migrationsprozess* eine große individuelle Anpassungsleistung dar. Dabei werden die eigenen Kompetenzen und Normen oft infrage gestellt. Für Migrantinnen und Migranten können sich spezifische Gesundheitsrisiken ergeben wie z.B. psychosoziale Belastungen durch Trennung von der Familie oder politische Verfolgung im Herkunftsland. Darüber hinaus sind ethnische Minderheiten (mit oder ohne Migrationshintergrund) in Deutschland nicht selten mit Diskriminierungen und Rassismus konfrontiert.

Zum Migrationsprozess stellen Razum et al (2008) zusammenfassend fest: „Menschen mit Migrationshintergrund können im Vergleich zur Mehrheitsbevölkerung ohne Migrationshintergrund erhöhte Gesundheitsrisiken aufweisen ... Dabei ist es nicht die Migration als solche, die krank macht. Es sind vielmehr die Gründe und Umstände einer Migration sowie die Lebens- und Arbeitsbedingungen von Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland, die zu einem schlechteren Gesundheitszustand führen können. Menschen mit Migrationshintergrund haben überdurchschnittlich häufig einen niedrigen sozioökonomischen Status, gehen einer die Gesundheit gefährdenden beruflichen Tätigkeit nach oder sind arbeitslos, oder leben in einer ungünstigen Wohnsituation. Jeder einzelne dieser Faktoren kann eine Beeinträchtigung der Gesundheit nach sich ziehen, ganz besonders gilt dies aber für das Zusammentreffen mehrerer dieser Faktoren."

Fast alle Migrantinnen und Migranten durchlaufen den Migrationsprozess, den Sluzki (2010) in einem Modell aufzeigt, das einen relativ hohen Grad kulturübergreifender Validität besitzt (vgl. Abb. 1).

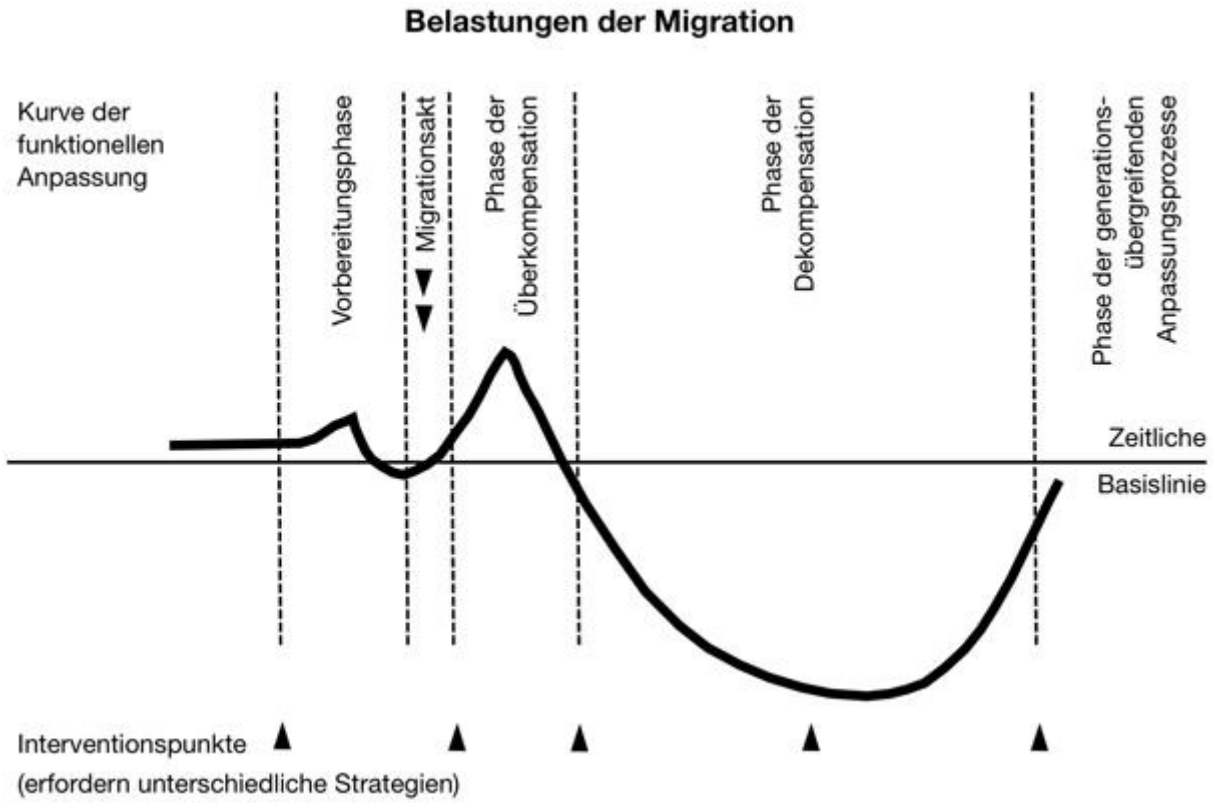


Abb. 1: Migrationsprozess nach Sluzki (Hegemann&Salmann 2010, 110)

Dabei unterteilt Sluzki den Migrationsprozess in

- die Vorbereitungsphase,
- den Migrationsakt,
- die Phase der Überkompensation,
- die Phase der Dekompensation und
- die Phase der generationsübergreifenden Anpassungsprozesse.

In jeder dieser Phasen, die in der Regel unterschiedlich andauern, können Konflikte auftreten, die für die Betroffenen in dieser Situation als normal angesehen werden. Sie können jedoch auch als Belastungsfaktoren bzw. Stressoren zu psychischen Störungen bis hin zu Erkrankungen führen, je nachdem über welche Lösungs- und Bewältigungsstrategien sowie Ressourcen die Einzelnen verfügen. Die Phase der Dekompensation gilt dabei als die Phase, in der Menschen mit Migrationshintergrund sich an die Einrichtungen des Gesundheits- bzw. Hilfssystems, hier das psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgungssystem, wenden - häufig zu spät, manchmal auch gar nicht (Schouler-Ocak 2003).

Bisher liegen nur wenige Studien vor, die *Gesundheitsressourcen bei Migrantinnen und Migranten* aufzeigen. Stabile familiäre Strukturen, unterstützende soziale Netzwerke innerhalb der Familie, Verwandtschaft oder in Migrantengemeinschaften und Problemlösekom-

petenzen sowie transkulturelle Kompetenzen, die durch bewältigte schwierige Lebenssituationen und durch die Migration erworben wurden, können den Gesundheitszustand von Menschen mit Migrationshintergrund positiv beeinflussen.

Für die Gesundheitsversorgung lassen sich folgende zentrale *migrationsspezifische Zugangsbarrieren* bei einem Teil der Migrantinnen und Migranten identifizieren, die einen direkten Einfluss auf die Inanspruchnahme, die Qualität der Versorgung und letztendlich den Gesundheitsstatus haben und zu einer Fehl-, Über-, und Unterversorgung führen: geringe Deutschkenntnisse, Lese- und Schreibfähigkeiten und oft mangelhafte Kenntnisse des Gesundheitssystems (z.B. ältere [insbesondere Frauen] sowie neu aus dem Ausland zugewanderte Menschen), fehlende Strukturen und Versorgungskonzepte die der soziokulturellen Vielfalt in einer Einwanderungsgesellschaft gerecht werden. Dolmetschdienste und mehrsprachige Informationsmaterialien sowie differenzsensible Versorgungskonzepte (d.h. Akzeptanz und Berücksichtigung von Unterschieden in Kultur, sozialer Lage, Gender, Alter usw.), die in anderen Einwanderungsländern zum Standard guter Praxis gehören, haben in Deutschland bisher noch Modellcharakter.

Zahlreiche Studien zeigen, dass Menschen mit Migrationshintergrund Angebote der *Prävention und Gesundheitsförderung* (z.B. Früherkennungs- und Vorsorgeuntersuchungen) im Vergleich zur Bevölkerung ohne Migrationshintergrund in geringerem Maße in Anspruch nehmen (dabei handelt es sich um Durchschnittswerte mit einer großen Bandbreite). Ebenso werden **Selbsthilfegruppen** als Unterstützung bei der Bewältigung einer Erkrankung von Migrantinnen und Migranten bisher kaum genutzt.

Damit sich dies langfristig verbessert, sollten in der Praxis Tätige bei der *Maßnahmenplanung und -umsetzung* folgende Fragen berücksichtigen:

Differenzierte Zielgruppenanalyse: Gibt es eine Teilgruppe von Menschen mit Migrationshintergrund, bei der spezifische gesundheitsgefährdende Verhaltensweisen besonders ausgeprägt oder die bereits in besonderer Weise von einer bestimmten Erkrankung betroffen sind? Benötigt diese Zielgruppe deshalb eine besondere Ansprache (spezielle Botschaften und Zugangswege)? Sind dabei neben dem ethnischen Hintergrund die weiteren - oben genannten - Aspekte (wie soziale Lage, Geschlecht, Alter, Milieu, Migrationserfahrungen, Aufenthaltsstatus) berücksichtigt worden?

Erreichbarkeit: Wer kann wie Zugang zu diesen Migrantengruppen finden? Hierbei ist es zunächst wichtig, die Expertensicht um die spezifischen Vulnerabilitäten und (Gesundheits-)Interessen der Zielgruppe zu erweitern, d.h. folgende Fragen zu beantworten: Ist das von in der Gesundheitsförderung Tätigen definierte Problem (z.B. Rauchen, fehlende Impfungen, Fehlernährung) für die Migrantengruppe (z.B. mit ungesichertem Aufenthaltsstatus) vordringlich? Oder stehen andere Probleme (z.B. fehlende Arbeitserlaubnis, Asyl-

unterkunft, Traumatisierungen) im Vordergrund? Wie können Gesundheitsförderinnen und -förderer hier unterstützen und weiterhelfen und aufgrund des damit geschaffenen Vertrauens das Interesse an Vorsorgeangeboten wecken und den Zugang dazu erleichtern?

Da die bisher „schwer erreichbaren" Gruppen durch massenmediale Maßnahmen (wie Anzeigen, Plakate, TV-Spots) nur unzureichend angesprochen werden können, sind persönliche Gespräche und Beratungen (personalkommunikative Angebote) notwendig. Hierzu sind folgende Fragen zu klären: Welche Zugänge und Ressourcen haben die Gesundheitsförderinnen und -förderer selbst? Welche Schlüsselpersonen haben Zugang und Vertrauen der Zielgruppe und kommen daher als Multiplikatoren/Multiplikatorinnen in den unterschiedlichsten Settings im Gesundheits-, Sozial-, Bildungs- und Freizeitbereich infrage? Welche Kooperationspartner im Migrationsbereich (z.B. Migranten-Selbsthilfeorganisationen und -vereine) können dabei helfen? Ist Unterstützung für Multiplikatoren und Multiplikatorinnen sowie Kooperationspartner (z.B. durch bilinguale Materialien, Fortbildung, Beratung) notwendig, um die Erreichbarkeit zu verbessern? Können die neuen Medien neue Zugangsmöglichkeiten eröffnen (z.B. Beratung von Jugendlichen und kleinen, verstreut lebenden ethnischen Gruppen)?

Partizipation: Wie kann die Partizipation der Zielgruppe bei der Planung und Umsetzung von präventiven und gesundheitsfördernden Angeboten - als eine wesentliche Voraussetzung für die Akzeptanz und Wirksamkeit von Interventionen - gewährleistet werden?

Migrations- und Kultursensibilität: Werden bei allen Maßnahmen, die sich an die Allgemeinbevölkerung richten, Menschen mit Migrationshintergrund berücksichtigt, z.B. bei der Abbildung von Personen, Namen, Geschichten unter Vermeidung von Klischees („Migrationssensibilität")? Gibt es für Migrantengruppen mit besonderem Bedarf und einem speziellen kulturellen Bezug darüber hinaus „kultursensible" Angebote (z.B. bei Themen wie männliche Beschneidung, weibliche Genitalverstümmelung)?

Verbesserte Angebote der Gesundheitsförderung und Prävention für und mit Menschen mit Migrationshintergrund fördern die gesundheitliche Chancengleichheit und Integration und dienen damit der gesamten Gesellschaft.

Im Folgenden wird als *Beispiel* aus der praktischen Arbeit das Projekt *Aussiedler Suchthilfe und Suchtprävention vor Ort (2003-2006)* der Beratungsstelle bei Suchtmittelproblemen des Diakonischen Werkes Waldeck-Frankenberg in Korbach zusammenfassend dargestellt:

Unter (insbesondere männlichen) Aussiedlern aus der ehemaligen Sowjetunion ist Alkoholabhängigkeit erheblich stärker verbreitet als in der Allgemeinbevölkerung. Hinzu kommt eine besondere Verbreitung von intravenöser Drogensucht (insbesondere Heroin) bei männlichen Jugendlichen und jungen Erwachsenen zwischen 16 und 30 Jahren in ab-

geschotteten „Szenen"; dabei ist wegen mangelnder Schutzmaßnahmen eine besonders erhöhte Infektionsrate an HIV, Hepatitis B und C festgestellt worden.

Beratungsstellen müssen sich bei ihrer Arbeit im Bereich der Aufklärung und Beratung insbesondere mit folgenden *Hintergründen des Suchtverhaltens und* von *Zugangsbarrieren* auseinandersetzen:

- Integrationsprobleme und Entwicklungsanforderungen in der Adoleszenz,
- Abschottung, Gruppendruck, Ehrenkodex,
- geschichtliche und kulturelle Bedeutung von Alkohol im Herkunftsland,
- unkritische, uninformierte Einstellung zu Alkohol und illegalen Drogen,
- Familiendynamik (z.B. alkohol-, gewalt- und autoritätsbelastete Familie, niedriger Bildungsstand, Verschwiegenheit).

Außerdem besteht *mangelndes Vertrauen* gegenüber Beratenden und Aufklärenden, weil

- diese als Teil eines staatlichen Sanktionssystems gesehen werden (Klienten/Klientinnen werden meist z.B. von Gerichten, Arbeitsagentur, Arbeitgeberinnen/Arbeitgebern geschickt; Schutzbedürfnis von innerfamiliären Angelegenheiten gegenüber dem Staat),
- diese nicht die in Russland verbreitete „Behandlung" (z.B. suggestiv-hypnotische Verfahren) durchführen (anderes Hilfeverständnis),
- die Sprachkenntnisse nicht ausreichen und Suchtprobleme stark tabuisiert sind.

Bei dieser Ausgangslage hat sich die Unterstützung der Integration durch *Sozialarbeit als wirksamste Form der Drogenprävention* erwiesen:

- schrittweise Kontaktaufnahme, Vertrauensbildung durch „suchtunspezifische" Angebote wie Jugendgruppen, Freizeitfahrten, Frauenkreis, Sprachprojekte,
- aufsuchende sozialpädagogische Arbeit in Schulen, Kirchengemeinden,
- Hilfestellung bei Klärung von Konflikten und Bewältigung von Problemen wie beruflicher Orientierung, Suche von Praktikums- oder Ausbildungsplätzen,
- Gespräche, Vertrauen mit und Unterstützung von informellen Kreisen, Selbsthilfegruppen, anderen „Eigengruppen" von Aussiedlern und Aussiedlerinnen (Stabilisierungsfaktor, Hilfe bei der schrittweisen Öffnung nach außen),
- Vermittlung und „Medium" zu einheimischen Strukturen,
- Berücksichtigung von Stärken, Schutzfaktoren und Selbstheilungskräften.

Außerdem sind die Nutzung kommunaler Strukturen und vorhandener Netzwerke (ggf. Anschluss an Projekte anderer Träger), Kooperation mit wichtigen Partnern (wie Aussiedlerberatung, Bildungseinrichtungen, Jugendarbeiter, Sozialdiensten, Vereine, Betreu-

er/Betreuerinnen, Anwälte/Anwältinnen, Bewährungshelfer/-helferinnen), Abbau von Vorurteilen sowie Schulungen wichtig.

Das Gleiche gilt für die *interkulturelle Öffnung* der Einrichtung (wie Auseinandersetzung mit eigenen soziokulturellen Prägungen, Beratung und Beteiligung von Akteuren und Akteurinnen aus der Zielgruppe, Erlernen von Fremdsprachen, Einstellung von muttersprachlichem Beratungspersonal).

Ferner ist die *Integration von suchtspezifischen Inhalten* in die genannten Maßnahmen notwendig durch

- Berücksichtigung der Probleme expliziter, zielgruppenbezogener Suchtprävention (Diskriminierungsgefühl, Verdrängung, Nichtakzeptanz, Abwehr, Tabuisierung),
- Vermeidung von Werbemaßnahmen und spezifischen Präventionsveranstaltungen nur für Aussiedler bzw. Aussiedlerinnen,
- integrative Strategien der Vermittlung sucht- und (notwendiger) substanzspezifischer Informationen.

Weitere Beispiele aus der praktischen Arbeit sind über die Literaturhinweise und Internetadressen zugänglich.

Literatur:

Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (Hg.), Gesundheit und Integration, ein Handbuch für Modelle guter Praxis, Berlin 2006;

Berrut S/Blümel S/Erath A, Beispiele der Aufklärungsarbeit im Bereich Migration, in: Bundesgesundheitsblatt, Band 49, Heft 9, Heidelberg 2006, 898 ff.;

Borde T, Migration und Gesundheitsförderung - Hard to reach? Neue Zugangswege für „schwer erreichbare“ Gruppen erschließen, in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hg.), Migration und Gesundheitsförderung, Ergebnisse einer Tagung mit Expertinnen und Experten, Gesundheitsförderung konkret, Band 12, Köln 2009, 18-31;

Bundesamt für Gesundheit (BAG) in Zusammenarbeit mit Gesundheitsförderung Schweiz, Migrationsgerechte Prävention und Gesundheitsförderung - Anleitung zur Planung und Umsetzung von Projekten, Bern 2008;

David M, Borde T, Brenne B, Ramsauer B, Henrich W, Breckenkamp J, Razum O. Perinataldaten von türkeistämmigen Migrantinnen und deutschen Frauen im Vergleich - Ergebnisse einer prospektiven Studie in Berlin. Geburtsh Frauenheilk 2014; 74: 441-448

Dil O, Erfahrungen und Konsequenzen aus der Arbeit mit Aussiedlern, Projekt Aussiedler Suchthilfe und Suchtprävention vor Ort (2003-2006) der Beratungsstelle bei Suchtmittelproblemen des Diakonischen Werkes Waldeck-Frankenberg, Korbach 2007;

Razum O/Zeeb H et al, in: Robert Koch-Institut, Migration und Gesundheit. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Berlin 2008, 129;

Schenk L/Neuhauser H/Ellert U, Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS) 2003-2006, in: Robert Koch-Institut, Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland, Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Berlin 2008;

Schouler-Ocak M, Besonderheiten in der psychiatrischen Versorgung von MigrantInnen, in: Borde T/ David M (Hg.), Gut versorgt? Migrantinnen und Migranten im Gesundheits- und Sozialwesen, Mabuse Verlag, Frankfurt am Main 2003, 153-166;

Sluzki EC, Psychologische Phasen der Migration und ihre Auswirkungen, in: Hegemann T/Salman R (Hg.), Handbuch Transkulturelle Psychiatrie, Psychiatrie Verlag, Bonn 2010, 108-123;

Statistisches Bundesamt, Bevölkerung und Erwerbstätigkeit, Bevölkerung mit Migrationshintergrund, Ergebnisse des Mikrozensus 2012. Wiesbaden 2015, 6-8

Internetadressen:

www.bundesregierung.de (Integrationsbeauftragte)
www.bzga.de (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung)
www.gesundheitliche-chancengleichheit.de (Praxisdatenbank „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“)
www.rki.de (Robert Koch-Institut)

Verweise:

Selbsthilfe, Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeförderung

Gesundheitsförderung und Prävention in der Pflege

Doris Schaeffer, Annett Horn

(letzte Aktualisierung am 18.06.2018)

Dass Prävention und Gesundheitsförderung auch in der Pflege hohen Stellenwert haben, stößt hierzulande besonders seit Einführung des Präventionsgesetzes (Präv-G 2016) zwar mehr und mehr auf Konsens[1], schien aber jahrelang einer eher befremdlichen Vorstellung gleichzukommen. Denn dem sequenziellen Versorgungsverständnis zufolge, das auch heute noch prägend für weite Teile der Versorgungsdiskussion ist (z. B. Schwartz et al. 2012; Hasseler, 2011; Klie 2017), steht Pflege am Ende der Versorgungskette und kommt dann zum Einsatz, wenn alle präventiven, kurativen und rehabilitativen Möglichkeiten ausgeschöpft sind und mehr oder minder ver- und bewahrende Aufgaben wahrzunehmen sind.

Mit dem Präventionsgesetz hat ein Umdenken eingesetzt, denn seither muss die (teil- und voll-) stationäre pflegerische Langzeitversorgung in Präventionsmaßnahmen einbezogen werden. Damit erfolgt partiell der Anschluss an ein Aufgabenverständnis, das international seit langem bestimmend für die Pflege ist und Prävention und Gesundheitsförderung eine zentrale Funktion einräumt. Ihm liegt eine Abkehr von einem einseitig krankheits- hin zu einem gesundheitsorientierten Pflegeverständnis zugrunde und damit in Einklang sieht es sein Ziel in der Wiederherstellung und dem Erhalt des gesundheitlichen Gleichgewichts bzw. des dabei erreichbaren Optimums sowie der Förderung der verbliebenen Gesundheit. Innovativ ist daran nicht nur der Gesundheitsbezug, sondern dass die dichotome Unterscheidung zwischen Krankheit und Gesundheit aufgegeben wurde und nach der Balance zwischen gesundheitlichen Beeinträchtigungen und vorhandenen Ressourcen gefragt wird. Dabei wird Gesundheit als geglückte und Krankheit als missglückte Balance zwischen Beeinträchtigungen und Ressourcen verstanden, die sich dauernd verändern kann. Dieser Sichtweise wohnt - auch das ist innovativ - eine Absage an eine defizitzentrierte Zugriffsweise inne, der gegenüber der Stärkung von Ressourcen der Vorzug gegeben wird (z.B.Whitehead 2008).

Dieses Aufgabenverständnis von Pflege auch hierzulande im Versorgungsalltag zu verankern, stellt eine inzwischen auch in Deutschland verstärkt angegangene Herausforderung dar (Bartholomeyczik 2006; Schweda et al. 2018). Sie bedingt, sich von dem sequenziellen Versorgungsverständnis zu verabschieden und präventiven, gesundheitsförderlichen und edukativen Aufgaben sowohl in den Konzepten der Pflege wie besonders in der Praxis

größere Bedeutung einzuräumen und setzt voraus, die dafür nötigen Spielräume und Strukturen zu schaffen - ein Schritt, der mit dem Pflegestärkungsgesetz II und dem Präventionsgesetz angegangen wurde. Denn mit dem zuerst genannten Gesetz erfolgte eine Erweiterung des bis dahin gesetzlich festgeschriebenen engen, verrichtungsorientierten Pflegeverständnis in Deutschland und mit dem zweiten wird der Tatsache Rechnung getragen, dass Prävention und Gesundheitsförderung auch trotz Eintritt von Gesundheitseinbußen und Pflegebedürftigkeit erfolgversprechend und gewinnbringend sind).

Mit der veränderten Gesetzeslage wird dem rasch voranschreitenden demografischen und epidemiologischen Wandel entsprochen, der das gesamte Gesundheitswesen - auch die Pflege - vor neue Herausforderungen stellt. So ist davon auszugehen, dass die Zahl Pflegebedürftiger von heute knapp 2,9 Mio. bis zum Jahr 2050 auf 4,5 Mio. Personen ansteigen wird (Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung 2017). Um diese Entwicklung auffangen zu können, wird der Prävention von Pflegebedürftigkeit künftig - allein aus Kostengründen - noch weitaus mehr Aufmerksamkeit zukommen müssen als bislang, ebenso der Gesundheitsförderung bei chronischen Krankheiten, die in den späteren Phasen häufig mit Multimorbidität und Pflegebedürftigkeit einhergehen. Damit sind bereits zwei wichtige Aufgabenfelder benannt. Bevor sie näher dargestellt werden, sollen zunächst einige begriffliche und definitorische Klärungen erfolgen.

Prävention zielt auch in der Pflege auf die Verhinderung von Krankheiten, besonders aber von Pflegebedürftigkeit durch Ausschaltung entsprechender Risiken. Ebenso intendiert sie, die Ausweitung von Pflegebedürftigkeit zu vermeiden und Verschlimmerungen vorzubeugen oder zumindest zu verzögern[2].

Demgegenüber fragt *Gesundheitsförderung* weniger nach speziellen krankheits- bzw. pflegebedürftigkeitsverursachenden Risiken, sondern nach den vorhandenen Ressourcen, Schutzfaktoren und Bedingungen, die zur Stärkung der Gesundheit beitragen und Menschen befähigen, ihre Gesundheit zu erhalten, gesundheitliche Belastungen abzuwehren und mehr Kontrolle über ihre Gesundheit zu gewinnen (Hurrelmann/Horn 2011; Kaba-Schönstein 2017). Gesundheitsförderung bezieht sich auch in der Pflege auf die Ottawa Charta und zielt grundsätzlich darauf, „Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen“ (WHO 1986). Allerdings richtet sie sich in der Pflege - und das ist hier die Besonderheit - vor allem an *Menschen mit eingeschränkter Gesundheit,* deren Situation in mehrfacher Hinsicht durch *Vulnerabilität* gekennzeichnet ist. Meist leiden sie unter irreversiblen Gesundheitseinbußen: einer oder mehreren chronischen Erkrankungen, dauerhaften (oft kognitiven) Funktionseinschränkungen und Pflegebedürftigkeit. Vielfach können sie ihre Situation nicht mehr autonom bewältigen und sind abhängig von Fremdhilfe. Auch das macht sie schutzbedürftig. Zusätzlich leiden sie oft unter sozialer Vulnerabilität, etwa einem ausgedünnten sozialen Netz oder sozialer Isolation, was ihre Teilhabemöglichkeiten

begrenzt. Auch ökonomische Ressourcenschwäche ist keine Seltenheit. Dieser besonderen *Vulnerabilität* der Nutzer muss *Gesundheitsförderung in der Pflege Rechnung tragen*. Intention ist hier daher, weiteren Ressourcenverlust aufzuhalten, die verbliebenen Gesundheitspotenziale zu remobilisieren und die trotz beeinträchtigter Gesundheit vorhandenen Ressourcen und Widerstandsfähigkeit zu stärken. Verhältnisorientierte Interventionsstrategien und Organisationsentwicklungskonzepte haben hier daher hohe Bedeutung (vgl. Bundesrahmenempfehlungen und „Leitfaden Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen" nach § 5 SGB XI).

Präventive Aufgaben

Zu den vordringlichen und bislang zu wenig wahrgenommenen Aufgaben gehört die Prävention von Pflegebedürftigkeit, sei es durch gezielte edukative Maßnahmen Patientenberatung/Patientenedukation) oder durch systematisches Monitoring, wie dies beispielsweise beim Konzept des präventiven Hausbesuchs der Fall ist (DIP 2008; Roling et al. 2012) ist. Weitere evidenzbasierte Konzepte zu entwickeln und erproben gehört zu den künftig wichtigen Aufgaben.

Oft stellt sich die Situation allerdings so dar, dass bereits Pflegebedürftigkeit eingetreten ist. Dann besteht die Aufgabe von Prävention in der Pflege darin, die Ausweitung von Gesundheits- und Funktionseinschränkungen abzuwehren, Verschlimmerungen zu verhindern und zur Stabilisierung der gesundheitlichen Situation beizutragen - sei es durch engmaschige systematische Beobachtung des Gesundheits- und Funktionsstatus (Seh-, Hörfähigkeit, Zahn-Mundgesundheit, Ernährungsverhalten, Bewegungsfähigkeit etc.) durch sicherheitsstiftende Maßnahmen wie Schaffung sicherer Umwelt- und Umgebungsbedingungen (z. B. Beseitigung von Sturz- und Unfallgefahren), Verhinderung vermeidbarer Abwärtsentwicklungen, Patienteninformation und -edukation, Begrenzung sozialer Vulnerabilität etc. (Übersicht Kuhlmey/Schaeffer 2008; Schaeffer/Büscher 2009; Hasseler 2011).

Gesundheitsförderung in der Pflege

Hier zeichnet sich ab, dass die für andere Zielgruppen favorisierte Trias von Bewegung, Ernährung und Resilienz-/Bewältigungsförderung auch für die Nutzer der Pflege relevant ist. So weisen inzwischen zahlreiche Studien auf die hohe Bedeutung von Bewegungsförderung und zeigen, dass schon zügiges Gehen gesundheitsförderliche Effekte hat: z. B. - wie Studien zeigen - die Lebenserwartung verlängert, das Mortalitätsrisiko senkt, die Gesamtmorbidität verringert und das mentale Gesundheitsbefinden verbessert (de Vries et al. 2012). Vorliegende Untersuchungen konzentrieren sich allerdings meist auf jüngere alte Menschen. Doch wird vermutet, dass die meist hochbetagten Nutzer der Pflege ähnlich profitieren (Kuhlmey/Schaeffer 2008). Inzwischen gibt es für sie auch in Deutschland (allerdings oft nicht evaluierte) Programme zur Bewegungsförderung, so zum Beispiel „fit für

100“ (MAGS o. J.), MAKS (Eichenseer/Gräßel 2011). Seit Verabschiedung des Präventionsgesetzes ist zu beobachten, dass die Anzahl der Angebote zur Bewegungsförderung weiter steigt (z.B. ‚Lübecker Modell Bewegungswelten‘, (BZgA 2017). Gleichwohl bleibt es eine Herausforderung, zu weiteren evidenzbasierten Interventionskonzepten zu gelangen (siehe auch BVPG 2017).

Ähnliche gesundheitsförderliche Effekte sind von der Optimierung des Ernährungsverhaltens und von Maßnahmen zur Förderung verbliebener Ressourcen, Stärkung der Resilienz und auch der Gesundheitskompetenz (Rohde et al. 2015; Schaeffer/Pelikan 2017) zu erwarten. Wie wichtig auch diese Maßnahmen sind, wird rasch sichtbar, vergegenwärtigt man sich nochmals, dass Gesundheitsförderung in der Pflege sich meist an Menschen in fragilen gesundheitlichen Situationen richtet, in denen die Balance zwischen Gesundheitseinbußen und -potenzialen in einer Schieflage ist, die sich zu verfestigen und verstärken droht. Diese Entwicklung durch Förderung verbliebener Ressourcen aufzuhalten und die psychische Widerstandsfähigkeit und Gesundheitskompetenz zu stärken, stellt eine wichtige Gesundheitsförderungsaufgabe dar. Damit in Einklang werden im „Leitfaden zur Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen“ (GKV-S 2016)[3] zielgruppen- und lebensweltspezifische Maßnahmen zur körperlichen Aktivität, zur Förderung gesunder Ernährung, psycho-sozialer Ressourcen und gesundheitlicher Kompetenzen sowie zur Prävention von Gewalt (in der Pflege) empfohlen. Allerdings mangelt es bislang noch an evidenzbasierten Interventionskonzepten für die einzelnen Bereiche und Zielgruppen.

Zusammenfassend: die Wichtigkeit von Gesundheitsförderung und Prävention in der Pflege wird auch in Deutschland zunehmend erkannt, wozu mit dem Präventionsgesetz ein wichtiger Schritt geleistet wurde. Auch mit der Erprobung von Maßnahmen wurde vielerorts begonnen. Viele haben testenden Charakter, denn noch fehlt es an einer systematischen evidenzbasierten Interventionsentwicklung und -erprobung und somit auch an evaluierten evidenzbasierten Konzepten. Diese Aufgabe anzugehen, gehört zu den dringlichen Herausforderungen der Zukunft. Dabei wird wichtig sein, neben verhaltensorientierten auch zu verhältnisorientierten Konzepten und Strategien - bzw. einem Mix aus beidem - zu gelangen. Der Beachtung bedarf auch, dass sich die Umsetzung nach wie vor an strukturellen Hürden reibt. Sie auszuräumen, stellt eine weitere wichtige Aufgabe dar. Dazu gehört auch, die Arbeitsbedingungen und die Gesundheit der Pflegenden wie auch der pflegenden Angehörigen stärker zu beachten und sie in Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung einzubeziehen. Zwar ist auch diese Aufgabe im Präventionsgesetz verankert, doch fehlt es auch hier an einer systematischen evidenzbasierten Entwicklung und Erprobung von geeigneten Interventionskonzepten (Betriebliche Gesundheitsförderung).

---

[1] Dies zeigt sich u. a. inzwischen im Pflegeberufegesetz, in dem die frühere Berufsbezeichnung „Krankenschwester/Krankenpfleger“ durch „Gesundheits- und Krankenpfleger/in“

ersetzt wurde (BGBl 2003) und in dem die Bedarfserhebung und Durchführung präventiver u. gesundheitsförderlicher Maßnahmen durch Pflegende festgeschrieben wurde (PflBRefG, Abschnitt 2, §4).

[2] Prävention und Gesundheitsförderung in der Pflege sind nicht gleichzusetzen mit aktivierender Pflege wie im Präventionsleitfaden des GKV-S (2016) festgehalten wird. Damit soll u.a. eine klare Trennung zwischen pflegerischen Maßnahmen, die im Rahmen des SGB XI zu leisten sind und präventiven/gesundheitsförderlichen Maßnahmen vollzogen werden.

[3] Der Leitfaden „Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach §5 SGB XI" (GKV-S 2016) legt Kriterien für die Leistungen der Pflegekassen fest und gibt Hinweise, wie präventive und gesundheitsförderliche Angebote in Pflegeeinrichtungen entwickelt und umgesetzt werden können. Ergänzend geben die Bundesrahmenempfehlungen Hilfestellung (NPK 2016)

Literatur:

BGBl (2003): Bundesgesetzblatt, Jg. 2003, Teil 1, Nr. 36 vom 21. Juli 2003

Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (2017): Pflegebedürftige nach Altersgruppen, 1999-2060. Verfügbar unter: http://www.demografie-portal.de/SharedDocs/Informieren/DE/ZahlenFakten/Pflegebeduerftige_Anzahl.html (01.06.18)

BVPG - Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. (BVPG) (2017): Sttusbericht 16: Dokumentation der Statuskonferenz 2017 »Gesundheitsförderung und Prävention in der stationären Pflege« in Berlin am 2.11.1017

BZgA - Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2017): Was ist das LMB? Verfügbar unter: https://www.aelter-werden-in-balance.de/lmb/was-ist-das-lmb/ (08.06.2018)

de Vries, N.M./van Ravensberg, C.D./Hobbelen, J.S.M./Rikkert, M.G.M.O./Staal, J.B./Nijhuis-van der Sanden, M.W.G. (2012): Effects of physical exercise therapy on mobility, physical functioning, physical activity and quality of life in community-dwelling older adults with impaired mobility, physical disability and/or multi-morbidity: A meta-analysis. Ageing Research Reviews 11, Nr. 1, 136-149

DIP - Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung (2008): Präventive Hausbesuche bei Senioren. Projekt mobil - der Abschlussbericht. Hannover: Schlütersche

Eichenseer, B./Gräßel, E. (2011): Aktivierungstherapie für Menschen mit Demenz: motorisch - alltagspraktisch - kognitiv - spirituell. München: Elsevier Verlag

GKV-Spitzenverband (2016): Leitfaden Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI. Berlin: GKV-S

Hasseler, M. (2011): Prävention und Gesundheitsförderung in der Pflege - ein konzeptioneller Ansatz. Weinheim und Basel: Juventa

Hurrelmann, K./Horn, A. (2011): Das komplementäre Verhältnis von Gesundheitsförderung und Pflege. In: Schaeffer, D./Wingenfeld, K. (Hg.) Handbuch Pflegewissenschaft. Neuausgabe. Weinheim & München: Juventa, 727-744

Kaba-Schönstein, L. (2017): Gesundheitsförderung 1: Grundlagen. BZgA - Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Verfügabr unter: https://www.leitbegriffe.bzga.de/systematisches-verzeichnis/kernkonzepte-und-entwicklungen-der-gesundheitsfoerderung/gesundheitsfoerderung-i-definition-ziele-prinzipien-handlungsebenen-und-strategien (08.06.2018)

Klie, T. (2017): Kooperation und Integration: die Herausforderung Rehabilitation vor Pflege. In: Brandhorst, A./Hildebrandt,H./Luthe, E.-W. (Hg): Kooperation und Integration - das unvollendete Projekt des Gesundheitssystems. Wiesbaden: Springer, 263-283

Kuhlmey, A./Schaeffer, D. (Hg.) (2008): Alter, Gesundheit und Krankheit. Bern: Huber

MAGS (o. J.): "fit für 100" - Ein Bewegungsprogramm zur Förderung der Mobilität und Selbständigkeit für Hochaltrige. Konzeptidee, Möglichkeiten der Implementierung in Einrichtungen der Altenhilfe, Kurzanleitung und exemplarische Stundendarstellung. Ministerium für Arbeit, G.u.S.d.L.N.-W.

Nationale Präventionskonferenz (NPK) (2016): Bundesrahmenempfehlungen der Nationalen Präventionskonferenz nach § 20d Abs. 3 SGB V. Stand: 19.02.2016
PflBRefG - Gesetz zur Reform der Pflegeberufe (Pflegeberufereformgesetz): Bundesgesetzblatt, Jg. 2017, Teil 1, Nr. 49 vom 24. Juli 2017

PrävG - Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz): Bundesgesetzblatt, Jg. 2015, Teil1, Nr. 31 vom 24. Juli 2015

Rohde, T./Kolpatzik, K./de Winter, A.F. (2015). Förderung der Gesundheitskompetenz älterer Menschen. Ansatzpunkte auf Basis des EU-Projektes IROHLA. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 58, Nr. 9, 958-965

Roling, G./Sesselmann, Y./Fleischer, S./Beutner, K./Behrens, J./Luck, T./Luppa, M./Riedel-Heller, S.G. (2012): Handlungsanleitung für die Durchführung präventiver Hausbesuche. Problembereiche, praxisorientierte Untersuchungsinstrumente und Vorschläge für Interventionen. Hallesche Beiträge zu den Gesundheits- und Pflegewissenschaften Nr. 11, 2, 1-73

Schaeffer, D./Büscher, A. (2009): Möglichkeiten der Gesundheitsförderung in der Langzeitversorgung - empirische Befunde und konzeptionelle Überlegungen. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 42, Nr. 6, 441-451

Schaeffer, D./Pelikan, J. (2017): Health Literacy: Forschungsstand und Perspektiven. Bern: Huber

Schwartz, F.W./Walter, U./Siegrist, J./Kolip, P./Leidl, R./Dierks, M.L./Busse, R./Schneider, N. (Hg.) (2012): Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen (3. Aufl.). München: Urban & Fischer

Schweda, M./Coors, M./Mitzkat, A./Pfaller, L./Rüegger, H./Schmidhuber, M./Sperling, U./Bozzaro, C. (2018): Ethische Aspekte des Alter(n)s im Kontext von Medizin und Gesundheitsversorgung: Problemaufriss und Forschungsperspektiven. Ethik Med 30, Nr. 1, 5-20

WHO (1986): Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. Verfügbar unter: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf (07.06.2018)

Whitehead, D./Wang, Y./Wang, J./Zhang, J./Sun, Z./Xie, C. (2008): Health promotion and health education practice: nurses' perceptions. Leading Global Nursing Research 61, Nr. 2, 181-187

Verweise:

Gesundheit, Gesundheitsförderung und Betrieb, Krankheit, Patientenberatung / Patientenedukation

Gesundheitsförderung und Prävention in der Rehabilitation

Ulla Walter, Christiane Patzelt, Daniel Nowik

(letzte Aktualisierung am 22.11.2016)

Zahlreiche internationale Gutachten und Stellungnahmen weisen auf die Relevanz von Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation hin. Vor dem Hintergrund der Verbreitung chronischer Krankheiten, aber auch der Zunahme älterer und langlebiger Menschen wird Handlungsbedarf zur Ausschöpfung der vorliegenden Potenziale gesehen und seit Jahren angemahnt. Die Sachverständigenratsgutachten 2002 und 2009 fordern eine stärkere Vernetzung und Integration in die gesundheitsbezogene Versorgung - und damit eine Überwindung des traditionellen sequenziellen Modells.

Überschneidungen zwischen Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation sind vorhanden, finden aber aufgrund verschiedener Zielsetzungen, Akteure, Zugangswege, Begrifflichkeiten und gesetzlicher Grundlagen bisher noch zu wenig Beachtung. Gesundheitsförderung und Prävention richten sich im Gegensatz zur individualisierten Rehabilitation auch an die Gesamtbevölkerung und Teilpopulationen. Zudem unterscheiden sie sich von der Rehabilitation deutlich durch die größere Heterogenität der Akteure. Trotz dieser Unterschiede sind die konkreten Maßnahmen oftmals die gleichen oder sich sehr ähnlich (z.B. Schulungen). Mittlerweile finden sich auch räumliche Überschneidungen, da nach §31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB VI in Rehabilitationseinrichtungen auch Präventionsmaßnahmen angeboten werden können.

Die Prävention (praevenire: zuvorkommen) umfasst alle zielgerichteten Maßnahmen - mit dem Ziel, gesundheitliche Beeinträchtigungen bzw. eine Krankheit zu verhindern, sie weniger wahrscheinlich zu machen oder zu verzögern. Der zeitlichen Unterteilung präventiver Interventionen nach dem Fortschreiten der Entwicklung eines Zielereignisses in Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention stehen oft Abgrenzungsprobleme (z.B. durch eine verfeinerte Diagnostik) und Verständnisschwierigkeiten entgegen, was die (leistungsrechtliche) Integration der Prävention in die gesundheitsbezogene Versorgung z.T. erschwert. So wird v.a. eine risikoadaptierte Prävention empfohlen (**Prävention und Krankheitsprävention**).

Prävention geht über die alleinige Verhütung von Krankheiten hinaus, was insbesondere in den Bevölkerungsgruppen der Kinder und Jugendlichen (gesundes Aufwachsen) und älteren Menschen (Erhalt der Selbstständigkeit auch bei gesundheitlichen Einschränkun-

gen) deutlich wird. So sollte zur Realisierung der präventiven Potenziale im Alter der gesamte „Alternsprozess mit seinen funktionellen Einschränkungen und dem drohenden oder tatsächlichen Verlust an körperlicher und mentaler Fitness sowie den daraus resultierenden Problemen der sozialen Integration“ (Sachverständigenrat 2002, 33) berücksichtigt werden.

Das Konzept der Gesundheitsförderung nach der WHO ist - insbesondere mit dem sektorenübergreifenden politischen Anspruch, dem Konzept des **Empowerments** und dem **Settingansatz** - umfassender als der ursprüngliche, pathogen ausgerichtete Ansatz der Prävention. Nach zunächst heftigen, z.T. auch ideologisch geprägten Abgrenzungsversuchen sind mittlerweile beide Ansätze als ergänzend zu betrachten. So kommt auch eine verhaltensbezogene Prävention nicht ohne Ressourcenorientierung aus. Und wo sollte die Grenze zwischen Verhältnisprävention und strukturellen Veränderungen gezogen werden? Auch wenn eine umfassende Tabakkontrollstrategie noch als Prävention gelten kann, so ist eine Differenzierung bei organisationsbezogenen Veränderungen eher schwierig. Der Versuch einer begrifflichen Unterscheidung zwischen betrieblicher Gesundheitsförderung (für ebendiese) und Gesundheitsförderung im Betrieb (eigentlich für Prävention) ist eher ein Versuch, die Komplexität von Maßnahmen abzugrenzen, und hat sich in der Praxis nicht durchgesetzt.

Überschneidungen existieren zwischen Prävention und Rehabilitation, womöglich auch zur Gesundheitsförderung. Rehabilitation (rehabilitare: wiederherstellen) umfasst alle Maßnahmen zur Reduktion oder Beseitigung der Folgen einer chronischen Erkrankung oder eines akuten Ereignisses. Sie dient der Vorbeugung einer drohenden Behinderung oder der Vermeidung der Verschlimmerung einer bestehenden gesundheitlichen Schädigung. Ziel ist es, die Rehabilitanden mit meist bleibenden Gesundheitsschäden aufgrund von chronischen Erkrankungen und den damit resultierenden - auch einschränkenden - Folgen zu befähigen, mit den Anforderungen des alltäglichen Lebens nach der Rehabilitation zurechtzukommen und am Leben in der Familie, im Beruf und in der Gesellschaft wieder teilzuhaben. Die Rehabilitation wird geleitet vom ICF-Kernbegriff (siehe unten) der „funktionalen Gesundheit“. Eine zentrale Zielkomponente ist die Erhaltung und Wiederherstellung persönlicher und sozialer Teilhabe an wichtigen Lebensbereichen. Zu den wichtigsten Handlungsprinzipien der Rehabilitation gehören u.a. Individualität und Komplexität sowie Selbstbestimmung, Partizipation und Ressourcenorientierung.

Zu den präventiven Elementen in der Rehabilitation zählen v.a. die Patientenschulungen, die auch gesundheitsfördernde/ressourcenorientierte Elemente umfassen. Neben der gezielten Informationsvermittlung zielen diese Maßnahmen auch auf die Förderung von gesundheitsbezogenen Einstellungen und längerfristigen Verhaltensänderungen, beispielsweise im Bereich der Ernährung, Stressbewältigung, Körperhaltung oder Raucherentwöhnung. Idealerweise sollten sich präventive Interventionen an eine Rehabilitation anschlie-

ßen. Ansatzweise sind diese bei einigen Indikationen inzwischen etabliert. Prominentestes Beispiel der Reha-Nachsorge sind Koronarsportgruppen. Insbesondere im Vorfeld einer Rehabilitation gewinnen präventive Maßnahmen für Risikogruppen zukünftig an Bedeutung. Diese sind v.a. in der Altersgruppe 50plus zum Erhalt der Erwerbsfähigkeit bei verlängerter Lebensarbeitszeit relevant.

Mit dem konzeptionellen Rahmen der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF - deutsch: Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) und ihrem zugrunde liegenden bio-psycho-sozialen Krankheitsfolgenmodell berücksichtigt die Rehabilitation sowohl Ressourcen als auch Defizite in allen Lebensbereichen. Der Gesetzgeber hat den Teilhabebegriff der ICF im SGB IX aufgenommen. Als Ziel der Rehabilitation wurden Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe festgelegt.

Dieses ist v.a. für ältere Menschen zur Förderung und zum Erhalt der Selbstständigkeit zentral. Im höheren Lebensalter liefert die ICF ein umfassendes Verständnis von Hilfe- und Pflegebedürftigkeit unter den Prämissen der Aktivität, Autonomie und Partizipationsmöglichkeiten von Altern vor dem Hintergrund der gegebenen personen- und umweltbezogenen Kontextfaktoren wie Lebensstil, bisherige Erfahrungen, Unterstützung durch Angehörige, Vorhandensein geeigneter gesundheitsbezogener Angebote oder behindertengerechter Wohnraum. Diese bieten Ansatzpunkte und Parallelen zu verhaltens- und verhältnispräventiven Interventionen. Einen zusammenfassenden Überblick über Gemeinsamkeiten und Unterschiede von Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation gibt die Tabelle 1.

	Gesundheitsförderung	Prävention	Rehabilitation
Zielgruppen	» Gesamte Bevölkerung » Zum Teil auch vulnerable Gruppen	» Bevölkerungsgruppen ohne bzw. mit leicht erhöhten pathogenen Risiken » (Hoch-) Risikogruppen	» Personen insbesondere mit chronischer Erkrankung bzw. Hochrisikopersonen » Patientinnen und Patienten nach akutstationärer Versorgung
Zugang	» Zugehstruktur » Strukturelle Maß-	» Überwiegend Kommstruktur	» Kommstruktur » Auch über Aufforde-

	nahmen » Settings und Lebenswelten » Zum Teil Peers, Multiplikatorinnen/ Multiplikatoren	» Weniger Zugehstruktur » Zum Teil Peers, Multiplikatorinnen/ Multiplikatoren	rung der Krankenkasse (SGB V § 51)
Identifikation und Auswahl der Zielgruppen	» Lebensräume, Settings	» Steuerung über Angebote » Problem: bestehende Risikogruppen werden häufig nicht erreicht » Zum Teil Identifikation über Routinedaten	» In der Regel über (niedergelassene) Ärztinnen und Ärzte » Antragsverfahren mit Begutachtung » Bei spezifischen Indikationen direkt im Anschluss an Akutkrankenhaus (sog. Anschlussheilbehandlung, Anschlussrehabilitation) » Identifikation (aufgrund von AU- oder Leistungsinanspruchnahmedaten) nur in Modellen
Art der Interventionen	» Politische Interventionen » Settingansatz » Empowerment » Kompetenzförderung	» Beratung » Kurse, Schulungen » Organisations- und verhältnisbezogene Maßnahmen » Medikamentöse Prävention	» Beratung » Patientenschulungen » Physiotherapie und andere Therapien » Medikation » Sonstige Maßnahmen
Inhalte und Ziele der		» Gesunder Lebensstil, u.a.	» Krankheitsbewältigung, funktio-

Beratungen/ Schulungen/ Themenfelder		- Bewegung - Ernährung - Stressbewältigung - Alkohol, Tabakkonsum » Informationsvermittlung » Veränderung von Einstellungen und Verhalten	nale Gesundheit » Gesunder Lebensstil, u.a. - Bewegung - Ernährung - Stressbewältigung - Alkohol, Tabakkonsum » Informationsvermittlung » Veränderung von Einstellungen und Verhalten » Erhöhung der Compliance
Struktur der Interventionen	» Politikfelder » Strukturentwicklung » Beeinflussung von Settings » Erhöhung personaler und kollektiver Gesundheitskompetenz	» Verhaltensbezogene Individualangebote: vorrangig singulär, seltener multimodal » Multimodal, verhältnisorientiert	» Multimodal
Eingebundene Professionen	» Zahlreiche Disziplinen, auch Politik	» Zahlreiche Disziplinen, aber häufig unvernetzt, oft monodisziplinäres Angebot	» Zahlreiche Disziplinen, multiprofessionelles Team
Nachhaltigkeit	» Bislang kaum strukturierte Nachhaltigkeit	» Bislang kaum strukturierte Nachhaltigkeit	» Teilweise strukturierte Nachsorgeprogramme, Langfristigkeit noch Problem

Evaluation	» Nur vereinzelt » Für komplexe Ansätze wenig Evidenz » Gut belegt: betriebliche Gesundheitsförderung	» Nur vereinzelte, wenig standardisierte und evaluierte Programme » Evidenz besonders bei verhaltensorientierten Programmen	» Evaluation von (Kosten-)Effektivität, insbesondere von Patientenschulungen » Standardisierte Interventionen liegen für mehrere Indikationen vor
Qualitätssicherung	» Ansatzweise, siehe Prävention	» Uneinheitlich, lückenhaft; derzeit Entwicklung und Implementation verschiedener Systeme (QIP, Quintessenz, Good Practice u.a.)	» Verbindliche Systeme der Leistungsträger (z.B. GKV, DRV; DGUV)

Tab. 1: Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation - Gemeinsamkeiten und Unterschiede (modifiziert und erweitert nach Walter et al 2007)

Hinsichtlich der gesetzlichen Verankerung und Einbindung in die gesundheitsbezogene Versorgung unterscheiden sich die drei Bereiche deutlich, wobei die Rehabilitation wesentlich früher gesetzlich verankert wurde. Die (Kosten- bzw. Leistungs-)Träger der Rehabilitation sind v.a. in der ersten Hälfte des vergangenen Jahrhunderts erweitert worden. Der berechtigte Personenkreis in den vergangenen Jahrzehnten wurde erweitert, Art und Umfang der Leistungen sind ergänzt, modifiziert, z.T. aber auch wieder eingeschränkt worden. Seit 2001 liegt mit dem SGB IX ein eigenständiges Gesetzbuch für die Rehabilitation vor. Mit dem Eingang der Prävention in die gesetzlichen Grundlagen zur Rehabilitation (§ 3 SGB IX: Vorrangstellung der Prävention) erweiterte sich das Aufgabenspektrum der Träger. Weder für die Prävention - und erst recht nicht für Gesundheitsförderung - liegt bislang ein eigenständiges übergreifendes Gesetzbuch vor. Über das **Präventionsgesetz** fanden Prävention und Gesundheitsförderung jedoch einen stärkeren Eingang in das SGB V und in geringerem Umfang auch in weitere Sozialgesetzbücher.

Einen erheblichen Input bezüglich der wissenschaftlichen Fundierung der Rehabilitation gab der gemeinsam vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) und der Rentenversicherung getragene Förderschwerpunkt „Rehabilitationswissenschaften“ mit acht regionalen Forschungsverbünden und 145 Projekten (1998-2005: 40,9 Millionen Euro, davon BMBF: 20 Millionen Euro). Im Rahmen der Förderung der Versorgungsforschung (seit 2006) wird die wissenschaftliche Fundierung der Rehabilitation weiter unterstützt. Deutlich geringer fällt dagegen die Förderung der Forschung in der Prävention und Gesundheitsförderung aus (**Forschungsförderung**).

Literatur:

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, ICF-Praxisleitfaden 1, 2 & 3, Frankfurt am Main 2006, 2008, 2010;

Moser NT/Fischer K/Korsukéwitz C, Prävention als Aufgabe der Rentenversicherung: Innovative Modelle ergänzen bewährte Konzepte. Rehabilitation, 49, 2010, 80-86;

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Gutachten 2000/2001. Kurzfassung, 2002;

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Koordination und Integration - Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten, 2009;

Schönle PW, Zur Zukunft der Rehabilitation in Deutschland, in: Blumenthal W/Schliehe F (Hg.), Teilhabe als Ziel der Rehabilitation. 100 Jahre Zusammenwirken in der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation e.V., DVfR, Heidelberg 2009, 347-364;

Stähler T, Wichtige Handlungsprinzipien von Rehabilitation und Teilhabe, in: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hg), Rehabilitation und Teilhabe - Wegweiser für Ärzte und andere Fachkräfte der Rehabilitation, Köln 2005, 24-27;

Walter U, Wahrnehmung und Umsetzung rechtlicher Bestimmungen zur Prävention in Deutschland. Expertise aus sozialmedizinischer Sicht im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung, Hannover 2003;

Walter U et al, Prävention und Rehabilitation: Gemeinsamkeiten und Unterschiede von Konzepten, Rahmenbedingungen und Umsetzung in der gesundheitlichen Versorgung, in: Kirch W/Badura B/Pfaff H (Hg.), Prävention und Versorgungsforschung, Heidelberg 2007, 359-387

Internetadressen:

www.mds-ev.de/2900.htm (SINBAD - Sozialmedizinische Informationsdatenbank für Deutschland)
www.bar-frankfurt.de (BAR - Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V.)
www.dimdi.de/static/de/klassi/icf/index.htm (DIMDI - Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information)
www.svr-gesundheit.de (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen)

Verweise:

Empowerment/Befähigung, Forschung zur Gesundheitsförderung, Prävention und Krankheitsprävention, Präventionsgesetz, Settingansatz / Lebensweltansatz

Gesundheitsförderung und Schule

Peter Paulus, Kevin Dadaczynski

(letzte Aktualisierung am 18.11.2015)

Ziel der schulischen Gesundheitsförderung ist es, alle Mitglieder der Schulgemeinschaft zu befähigen, mehr Verantwortung für die eigene Gesundheit sowie die der Mitmenschen zu übernehmen. Damit weist die (schulische) Gesundheitsförderung eine gute Passung mit einem breiten Bildungsverständnis auf, das Entwicklung als das Ergebnis einer anhaltenden Auseinandersetzung von Individuum und seiner Umwelt versteht, auf Basis derer Kompetenzen erworben werden, die eine konstruktive Bewältigung von Anforderungen ermöglichen. Zur Erreichung der genannten Ziele werden sowohl individuums- und verhaltensbezogene als auch strukturell-systemische (also verhältnisbezogene) Strategien eingesetzt, aus deren Kombination sich drei grundlegende Realisierungsformen der schulischen Gesundheitsförderung ableiten (für einen Überblick siehe Tab. 1).

	Verhaltensbasierter Ansatz	**Gesundheitsfördernde Schule**	**Gute gesunde Schule**
Ausgangspunkt	Gesundheitliche Problemstellung	Gesundheitliche Problemstellung	Schulpädagogische Problemstellung
Zielgruppe	Einzelne Personengruppen (z.B. Schüler)	Alle schulischen Personengruppen	Alle schulischen Personengruppen
Sichtweise von Schule	Schule als Ort, an dem man die Zielgruppe erreicht	Schule als Setting, das gesundheitsförderlich gestaltet werden kann	Schule als Institution des Bildungswesens mit Bildungs- und Erziehungsauftrag
Konzept	Gesundheitsförderung in der Schule	Gesundheitsförderung durch die Schule	Bildungsförderung durch Gesundheit
Motto	Gesundheit zum Thema einzelner Zielgruppen machen	Gesundheit zum Thema der Schule machen	Mit Gesundheit gute Schule machen

Strategie	Veränderung individueller Determinanten von Gesundheit	Veränderung strukturell-systemischer Determinanten von Gesundheit	Veränderung von individuellen Determinanten von Gesundheit sowie der Bedingungsfaktoren guter Schulen
Outcomes	Wissen, Einstellungen, Verhalten	Schulische Rahmenbedingungen und Strukturen	Wissen, Einstellungen, Verhalten sowie Qualitätsdimensionen guter Schulen

Tab. 1: Interventionsansätze der schulischen Gesundheitsförderung im Vergleich (Eigene Darstellung)

Verhaltensbasierte Gesundheitsförderung und Prävention in der Schule umschreibt einen Interventionsansatz, der eher auf die individuellen Determinanten der Gesundheit einzelner Personengruppen (z.B. SchülerInnen oder Lehrkräfte) fokussiert. Im Vordergrund stehen das Verhalten sowie seine Bedingungen (z. B. Wissen, Einstellungen, Intentionen) und deren gesundheitsförderliche Modifikation. Im Unterschied zum eher traditionellen Ansatz der Gesundheitserziehung, der vor allem auf Gesundheitsdefizite und -risiken ausgerichtet ist, orientieren sich aktuelle verhaltensbezogene Interventionen an einem ganzheitlichen Verständnis von Gesundheit und sind verstärkt an der Förderung von Ressourcen und Schutzfaktoren ausgerichtet. Exemplarisch können hier die vielfältigen Angebote zur Förderung von Lebenskompetenzen insbesondere bei Kindern und Jugendlichen angeführt werden, die auch als ein zentrales Handlungsfeld im aktuellen nationalen Gesundheitsziel „gesund aufwachsen“ festgelegt sind. Entsprechende Interventionen sind in der Vergangenheit vielfach evaluiert wurden und konnten vor allem kurz- und mittelfristig verschiedene Wirkungen auf individueller Ebene nachweisen. Kritisch diskutiert wird jedoch, dass das Setting Schule oftmals nur auf den Zugang zur Zielgruppe begrenzt und ihr eigenes Einflusspotential als Setting auf Gesundheit nicht oder nicht ausreichend adressiert wird. Zudem steht in diesem Interventionsansatz ausschließlich Gesundheit als Input und Outcome im Vordergrund, was seitens der schulischen Akteure oftmals als „Add On“ zu ihrer schulischen Bildungsarbeit empfunden wird.

Anders als der verhaltensbasierte Ansatz rückt die *Gesundheitsfördernde Schule* den Settinggedanken verstärkt in den Blickpunkt des Interesses. Eine Schule, die nach diesem Interventionsansatz arbeitet, hat es sich zur Aufgabe gemacht, in einem Schulentwicklungsprozess ein Setting zu schaffen, das die auf den Lern- und Arbeitsort Schule bezogene Gesundheit der Schülerinnen und Schüler sowie auch der Lehrkräfte und des nichtunterrichtenden Personals fördert bzw. erhält. Neben zentralen Grundprinzipien der Gesundheitsförderung (u. a. ganzheitlicher Gesundheitsbegriff, Selbstbestimmung, Partizipation und Empowerment, Salutogenese) orientiert sich die Gesundheitsfördernde Schule deshalb an den nachfolgenden Handlungsfeldern (Tab. 2).

Lehren und Lernen	Gesundheit als Thema von Lehren und Lernen und als Gegenstand von Methodik und Didaktik
Schulleben und schulische Umwelt	Gesundheit als Prinzip der Schulkultur sowie als Prinzip baulicher Maßnahmen und der Schulgestaltung
Kooperation und Dienste	Einbezug außerschulischer Partner und psychosozialer bzw. medizinischer Dienste zur Stärkung schulischer Gesundheitsförderung
Schulisches Gesundheitsmanagement	Entwicklung sowie Anwendung von Prinzipien und Strategien des (schul-)betrieblichen Gesundheitsmanagements

Tab. 2: Vier Handlungsfelder der Gesundheitsfördernden Schule (Eigene Darstellung)

Dieser Ansatz wird oftmals als „ganzheitlich" beschrieben, weil er neben einem umfassenden Gesundheitsverständnis auf verschiedenen Schulebenen (Klassenraum, Schulgebäude, Schulumwelt) ansetzt und alle schulischen Personengruppen (Schülerinnen und Schüler, Lehrkräfte, Schulleitungen, nicht-unterrichtendes Personal), die einen erheblichen Teil des Tages in der Schule verbringen, gleichermaßen in den Blick nimmt. Im Vergleich mit verhaltensbezogenen Interventionsformen ist die Gesundheitsfördernde Schule hinsichtlich ihrer Wirksamkeit schwieriger zu evaluieren. Der hier verfolgte Ansatz ist wesentlich komplexer und die erhofften Effekte stellen sich erst nach längerer Zeit ein. Dennoch weisen verschiedene Befunde darauf hin, dass dieser Ansatz wirksam sein kann und das Potential hat, gegenüber den eher kurzfristigen und ausschließlich auf das Verhalten abzielenden Maßnahmen nachhaltiger zu sein. So ist es nicht verwunderlich, dass die Gesundheitsfördernde Schule international wie auch seitens der Weltgesundheitsorganisation nach wie vor das favorisierte Konzept der schulischen Gesundheitsförderung darstellt. Die unterschiedlichen auf europäischer Ebene verfolgten Aktivitäten werden seit 1992 durch das Schools for Health in Europe (SHE) Network zusammengeführt, dem aktuell 45 Mitgliedsländer angehören.

Trotz seiner Beliebtheit ist die Schwäche des Ansatzes der Gesundheitsfördernden Schulen vor allem in seiner begrenzten Verbreitung zu sehen. Wie auch bei den verhaltensbezogenen Angeboten wird die Gesundheitsfördernde Schule aus einer gesundheitswissenschaftlichen Perspektive legitimiert und mittels Methoden des (schul-)betrieblichen Gesundheitsmanagements umgesetzt. Schulen sind jedoch zuvorderst durch einen Bildungsauftrag legitimiert, in dem Gesundheit oftmals eine untergeordnete Rolle spielt. Vor diesem Hintergrund konnte dieser Ansatz keine Breitenwirksamkeit entfalten, sondern wurde vielfach nur Mittel der Schulprofilierung von einzelnen, besonders an gesundheitlichen Themen interessierten Schulen. Zur Überwindung dieser Systembarriere hat sich in den vergangen 15 Jahren mit der *guten gesunden Schule* ein neuer Ansatz etabliert, der die Erziehungs- und Bildungsqualität als Ausgangspunkt nimmt. Eine gute gesunde Schule ist

eine Schule, die durch Gesundheitsinterventionen ihre Erziehungs- und Bildungsqualität insgesamt zu verbessern versucht und zugleich auch spezifische Gesundheitsbildungsziele, die als Teil des Bildungsauftrages von Schule gesetzlich geregelt sind, verfolgt. Im Unterschied zu den anderen beiden Ansätzen findet an dieser Stelle eine Verschränkung von Gesundheit und Bildung statt, wobei Gesundheit nicht das primäre Ziel, sondern vielmehr eine Ressource im Sinne eines Inputs für erfolgreiche Bildungs- und Erziehungsprozesse darstellt. Handlungsfelder der schulischen Gesundheitsförderung werden jetzt durch die Qualitätsdimensionen der Schulen aufgespannt, wie sie die Qualitätskonzepte der Bundesländer für ihre Schulen vorsehen (Tab. 3). Es handelt sich dabei um die folgenden Handlungsfelder:

Nr.	Handlungsfeld / Qualitätsdimension	Beispielindikator gute gesunde Schule
1	Rahmenbedingungen	Die Schule verfügt über ein funktionierendes Sicherheitskonzept (Gesundheits- und Arbeitsschutz, Brandschutz, Evakuierungsplan, Ausstattung)
2	Schulkultur	Es findet eine Rhythmisierung des Schulalltags nach gesundheitswissenschaftlichen Erkenntnissen statt (Stunden-/ Pausenplan)
3	Schulführung und Management	Bei persönlichen Problemen der Lehrkräfte achtet die Schulleitung auf berufsbedingte physische und psychische Belastungen und trifft Maßnahmen zu ihrem Abbau
4	Kooperationen und Außenbeziehungen	Eltern haben die Möglichkeit, am Schulleben und der Schulentwicklung teilzuhaben und in Gesundheitsteams mitzuarbeiten
5	Professionalität der Lehrkräfte	Mit den Beschäftigten werden Bewältigungsstrategien zur Förderung eines konstruktiven Umgangs mit beruflichen Belastungen entwickelt
6	Lehren und Lernen	Es findet Unterricht statt, der auch Gesundheitsaspekte mit berücksichtigt (der z.B. Bewegung ermöglicht; die Selbstwirksamkeit der Schüler steigert, ihr Selbstwertgefühl erhöht)
7	Ergebnisse und Erfolge	Die Schülerinnen und Schüler haben gelernt, mit der eigenen Gesundheit und der Gesundheit anderer verantwortungsbewusst um zu gehen
8	Qualitätsmanagement	ESEs gibESt regelmäßige Evaluationen der Bildungs- und Gesundheitsqualität der Schule

Tab. 3: Handlungsfelder / Qualitätsdimensionen guter gesunder Schulen (Eigene Darstellung)

Damit läutet dieser Ansatz nicht nur einen Perspektivwechsel in Richtung einer Annäherung an den Kernauftrag von Schule ein, er entspricht auch aktuellen empirischen Befunden, die darauf hinweisen, dass Gesundheit einen Einfluss auf Bildungsergebnisse und deren Determinanten (z. B. Schulmotivation) haben kann. Grundlegend werden in diesem Ansatz zwei Strategien unterschieden:

1. *Qualifizierung von Bildung durch Gesundheit*: Diese strategische Orientierung zielt auf die Verbesserung der Kerndimensionen von guter Schule mittels Gesundheitsinterventionen. Was eine gute Schule ausmacht, ist jeweils in den einzelnen schulischen Qualitätsrahmen der Bundesländer festgelegt und umfasst u. a. Dimensionen wie Führung und Management, Schulkultur oder Lehren und Lernen. Sie stellen die Zieldimensionen der guten gesunden Schule dar, die mit Hilfe von Maßnahmen der gesundheitsfördernden Schulentwicklung adressiert werden. Die Erfolgsprüfung entsprechender Interventionen erfolgt daher vor allem entlang dieser Dimensionen, z. B. im Rahmen regelmäßiger Schulaudits. Wie die Gesundheitsfördernde Schule, so orientiert sich auch die gute gesunde Schule an den zentralen Grundprinzipien der Gesundheitsförderung.

2. *Qualifizierung von Gesundheit durch Bildung*: Im Gegensatz zur erstgenannten Strategie ist diese Orientierung eher auf individuelle Bedingungsfaktoren von Gesundheit ausgerichtet. Entsprechend des Erziehungs- und Bildungsauftrages von Schulen sollen Schülerinnen und Schüler befähigt werden, alltägliche Anforderungen zu bewältigen und ihre eigene Gesundheit positiv zu beeinflussen. Wichtige Themen stellen laut Beschluss der Kultusministerkonferenz die Ernährungserziehung und -bildung, die Bewegungsförderung oder auch die Suchtprävention und Lebenskompetenzförderung dar.

Die drei hier vorgestellten Interventionsansätze sind als grundlegende Realisierungsformen zu verstehen, die in ihrer Ausprägung sehr stark variieren können. So ist die Praxis der schulischen Gesundheitsförderung durch Vielfalt und Heterogenität gekennzeichnet und reicht von Informationsbroschüren und Einzelevents (z. B. Aktionstage an Schulen) über zeitlich begrenzte Unterrichtsprogramme und Veranstaltungen (z. B. Projektwoche) bis hin zu groß angelegten, über mehrere Jahre andauernden Landesprogrammen (z. B. Bildung und Gesundheit NRW) und nationalen Aktionsplänen zu einzelnen Gesundheitsthemen (z. B. IN-FORM). Auch wenn die ganzheitlichen settingbezogenen Ansätze der gesundheitsfördernden Schule und der guten gesunden Schule gegenüber den ausschließlich verhaltensbezogenen Maßnahmen als überlegener und nachhaltiger eingestuft werden, ist die Frage, welcher Interventionsansatz zu wählen ist, immer nur vor dem Hintergrund der spezifischen Bedarfe und Erfahrungen der Einzelschule zu beantworten. So sind die ganzheitlichen Settingansätze in Schulen, die kaum Erfahrung in der Umsetzung von Organisations- und Schulentwicklungsansätzen haben, nur bedingt realisierbar. Daher können

Maßnahmen mit geringerer Komplexität und zeitlich begrenztem Fokus ein sinnvoller und wirksamer Einstieg sein, der mit zunehmender Erfahrung und Erfolgserlebnissen um weitere systematische Entwicklungsansätze und eine Ausrichtung an Bildungsqualitäten erweitert wird. Neben der zunehmenden Forderung einer an den Bedarfslagen einzelner Schulen ausgerichteten Interventionsplanung beschäftigt sich die schulische Gesundheitsförderung in den letzten Jahren vermehrt mit Aspekten der Implementation. Hierbei geht es jetzt weniger um die Frage des „Was" im Sinne der Themen und Inhalte, sondern vielmehr um die Frage des „Wie", also der konkreten Umsetzung der Interventionen in der einzelnen Schule. Die in zahlreichen Praxiserfahrungen und wissenschaftlichen Studien zu Tage geförderten Evidenzen sind mittlerweile in verschiedene Qualitätsverfahren und Übersichten zu Gelingensbedingungen überführt wurden.

Literatur:

Dadaczynski, K., Paulus, P., Nieskens, B. & Hundeloh, H. (2015). Gesundheit im Kontext von Bildung und Erziehung. Entwicklung, Umsetzung und Herausforderungen der schulischen Gesundheitsförderung in Deutschland. Zeitschrift für Bildungsforschung, 5, 197-218.

Dadaczynski, K. (2012). Stand der Forschung zum Zusammenhang von Gesundheit und Bildung: Überblick und Implikationen für die schulische Gesundheitsförderung. Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, 20, 141-153.

DAK-Gesundheit & Unfallkasse NRW (Hrsg.) (2012). Handbuch Lehrergesundheit. Impulse für die Entwicklung guter gesunder Schulen. Köln: Carl Link.

Dür, W. & Felder-Puig, R. (Hrsg.) (2011). Lehrbuch Schulische Gesundheitsförderung. Bern: Hans Huber.

Paulus, P. (Hrsg.) (2010). Bildungsförderung durch Gesundheit. Weinheim: Juventa.

Simovska, V. & McNamara (Eds.) (2015). Schools for Health and Sustainability. Theory, Research and Practice. Dordrecht: Springer.

Sekretariat der Ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland. (2012). Empfehlung zur Gesundheitsförderung und Prävention in der Schule. http://tinyurl.com/a9v2f97.

Internetadressen:

www.bug-nrw.de (Landesprogramm Bildung und Gesundheit NRW)
www.dieinitiative.de (niedersächsische Landesinitiative Gesundheit - Bildung - Entwicklung)
www.dguv-lug.de (DGUV Schulportal Lernen und Gesundheit)
www.gesundheit-nds.de/index.php/arbeitsschwerpunkte-lvg/bildungseinrichtungen/2-gesund-leben-lernen (Kooperationsprojekt zur gesundheitsfördernden Schule zwischen den Landesverbänden der gesetzlichen Krankenkassen und der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V.)
www.mindmatters-schule.de (Programm für die Primar- und Sekundarstufe: Mit psychi-

scher Gesundheit gute Schule entwickeln)
www.schoolsforhealth.eu (Europäisches Netzwerk der nationalen Netzwerke gesundheitsfördernder/guter gesunder Schulen)

Gesundheitsförderung und soziale Benachteiligung – Gesundheitsförderung und gesundheitliche Chancengleichheit[2]

Lotte Kaba-Schönstein, **Holger Kilian**

(letzte Aktualisierung am 15.06.2018)

Gesundheitsförderung, soziale Benachteiligung und gesundheitliche Chancengleichheit stehen in einem engen konzeptionellen Zusammenhang. Gesundheitsförderung ist im Rahmen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) als Konzept zur Beeinflussung der **Determinanten der Gesundheit** entwickelt und verbreitet worden, um das gesundheitspolitische Ziel der „Gesundheit für alle" umzusetzen und die **gesundheitliche Chancengleichheit** zu verbessern (**Gesundheitsförderung 1, Gesundheitsförderung 2** und **Gesundheitsförderung 3**).

Bei der Gesundheitsförderung mit und für sozial benachteiligte Menschen stehen v.a. Menschen und Bevölkerungsgruppen im Fokus, die von *vertikaler* sozialer und gesundheitlicher Benachteiligung betroffen sind, d.h. die durch einen niedrigen sozioökonomischen Status (Bildung, Einkommen, Stellung im Beruf) geringere soziale und gesundheitliche Chancen haben und dadurch benachteiligt bzw. besonders vulnerabel (verletzlich) sind.

In den letzten Jahren wurde diese Perspektive erweitert auf Menschen und Bevölkerungsgruppen, die von *horizontaler* sozialer und gesundheitlicher Benachteiligung betroffen sind. Im Fokus der Wahrnehmung stehen hier insbesondere die Faktoren bzw. Eigenschaften Geschlecht, (frühes und fortgeschrittenes) Lebensalter und Migration(-shintergrund) und wurden zum Gegenstand von Initiativen (**Geschlechtergerechte Gesundheitsförde-**

[2] Dieser Text ist eine aktualisierte und erweiterte Version des Vorgängerbeitrags Kaba-Schönstein/Gold von 2011. Wir danken der verstorbenen Carola Gold für Ihren Anteil an diesem Leitbegriff.

rung und Gender Mainstreaming, **Frühe Hilfen**, **Alter(n) und Gesundheitsförderung**, **Gesundheitsförderung und Migrationshintergrund**). Das **Präventionsgesetz** von 2015 hat im § 20 SGB V das Ziel der Verminderung sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheit erweitert um die Verminderung der geschlechtsbezogenen Ungleichheit von Gesundheitschancen. Enge Verbindungen bestehen zwischen Ungleichheit, Differenzen und Vielfalt (**Diversity und Diversity Management**).

Die Perspektive wurde in einem letzten Schritt auch ausgeweitet auf die Problematik des sozialen Gradienten, der sich durch alle Bevölkerungsschichten und -gruppen zieht (**Soziale Ungleichheit und Gesundheit**).

Probleme und Herausforderungen

Die Probleme und Herausforderungen einer Gesundheitsförderung mit und für sozial benachteiligte Menschen und Gruppen sind schon seit den 1970er Jahren bekannt und benannt worden:

- Missverhältnis zwischen größeren Gesundheitsproblemen und „erschwertem Zugang“ zu (sogenannten) „schwer erreichbaren Zielgruppen“ (**Zielgruppen, Multiplikatorinnen und Multiplikatoren**),
- Vergrößerung der gesundheitlichen Unterschiede durch „soziallagenblinde“ Angebote und Komm-Strukturen,
- Gefahren der Diskriminierung, Stigmatisierung und der Schuldzuweisung (Blaming the victim - dem Opfer die Schuld geben), der wohlmeinenden Bevormundung, die i.d.R. auf der Grundlage von Expert/innen-Wissen festlegt, was für die benachteiligten Bevölkerungsgruppen und Individuen „das Beste“ ist.

Beklagt wird seither, dass viele der üblichen Angebote zur Gesundheits-„Erziehung“, die auf Komm-Strukturen beruhen, gerade die Gruppen mit den größten Gesundheitsproblemen nicht erreichen.

Als besonders bedeutsam stellte sich dabei das Problem der „versehentlichen“ Vergrößerung der gesundheitlichen Unterschiede durch gut gemeinte, aber „soziallagenblinde“ Gesundheits -„Erziehung“ und -„Bildung“ heraus. Das Problem entsteht aus der sozial unterschiedlichen Zugänglichkeit, Inanspruchnahme und Akzeptanz dieser Angebote, die (oft unreflektiert) mittelschichtsorientiert sind und bevorzugt Menschen mit höherem sozioökonomischem Status erreichen. Wenn diese Angebote zwar bei diesen erfolgreich sind, benachteiligte Menschen aber gerade nicht erreichen, öffnen sie die Schere der gesundheitlichen Ungleichheit noch weiter (**Präventionsparadox**)

Dies geschieht auch dann, wenn durch die Einengung auf die verhaltensgebundenen Determinanten der Gesundheit die Gesamtsituation und die **Lebenslage(n)** der benachteilig-

ten Menschen nicht berücksichtigt werden. Obwohl ihre gesundheitliche Situation wesentlich auf schwierige Umstände und Lebensbedingungen zurückzuführen ist, wird ihnen gleichwohl die „Eigenverantwortung“ für ihre gesundheitliche Lage und die „Schuld“ an ihrer eventuell gesundheitsriskanten **Lebensweise** und riskantem **Gesundheitsverhalten** gegeben (Blaming the victim).

Wenn in der Gesundheitsförderung versucht wird, auf die spezifischen Lebensbedingungen von Gruppen sozial benachteiligter Menschen einzugehen und speziell auf sie zugeschnittene, an der sozialen Lage der Zielgruppen ausgerichtete Programme und Projekte zu entwickeln, kann das Problem der Stigmatisierung durch Sonderprojekte und durch diskriminierende Bezeichnungen auftauchen.

Die beschriebenen Probleme und Herausforderungen waren auch Bestandteil der Kritik an der „traditionellen“ Gesundheitserziehung und Prävention. Sie sind gesundheitspolitisch aufgenommen worden in der Entwicklung der WHO - Strategien „Gesundheit für alle“ mit der seit 1978 konstanten prioritären Zielsetzung der gesundheitlichen Chancengleichheit (GFA 2000, Gesundheit21, Gesundheit 2020). Die Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit war auch grundlegend für die Entwicklung des Gesundheitsförderungskonzepts nach dem Verständnis der WHO (**Gesundheitsförderung 1**, **Gesundheitsförderung 2**, **Gesundheitsförderung 3**, **Chancengleichheit**).

Die Diskussion und die einschlägigen praktischen Bemühungen sind seit den 1990er Jahren intensiviert worden, insbesondere durch den Fortschritt der Sozialepidemiologie im Nachweis und in der Beschreibung von vertikalen und horizontalen gesundheitlichen Ungleichheiten sowie von sozialen Determinanten der Gesundheit. Insgesamt besteht gegenwärtig (Sommer 2018) jedoch immer noch ein erhebliches Ungleichgewicht zwischen dem immer größeren Wissen über die bestehenden und teilweise zunehmenden gesundheitlichen Ungleichheiten, den noch unvollkommenen Versuchen, sie zu erklären sowie den erst spärlichen Nachweisen von erfolgreichen Ansätzen einer nachhaltigen Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit.

Ansätze und Handlungsebenen einer Gesundheitsförderung zur Reduktion gesundheitlicher Ungleichheiten

Im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation (WHO/Euro) sind von Whitehead (1991) sowie Dahlgren und Whitehead (1993) Konzepte und Strategien zur Förderung von Chancengleichheit im Gesundheitsbereich entwickelt und konkretisiert worden, die auch für die Gesundheitsförderung in diesem Bereich weiterhin grundlegend sind. Diese Ausarbeitungen sind auch in den Abschnitt „Schließung der gesundheitlichen Kluft innerhalb der Länder“ in der WHO-Strategie „Gesundheit21“ eingeflossen.

Eine Gesundheitsförderung mit und für sozial benachteiligte Menschen und Gruppen kann sich orientieren an den von Dahlgren und Whitehead erarbeiteten Hauptdeterminanten und -strategien zur Verbesserung der Gesundheit und zur Bekämpfung gesundheitlicher Ungleichheiten:

- Individuen stärken,
- Gemeinden und Gemeinschaften stärken,
- Zugang zu wichtigen Einrichtungen und Diensten verbessern,
- makroökonomische und kulturelle Veränderungen anstoßen.

Ebenen von Politik/Interventionen zur Bekämpfung gesundheitlicher Ungleichheiten nach Whitehead

Individuen stärken

- Gesundheitsverhalten beeinflussen (Wissen, Motivation, Risikoverhalten)
- Bewältigungsfähigkeiten/Stressmanagement stärken
- Gesundheitsbildung/-beratung erweitern
- Empowerment, soziale Unterstützung und Begleitung fördern

Gemeinden/Gemeinschaften stärken

- Soziale Netzwerke aufbauen und stärken
- Gemeindeentwicklungs- und Regenerationsprogramme initiieren und weiterentwickeln
- Ökonomische, soziale, ökologische Strukturen gesundheitsgerecht gestalten
- Beteiligung an Planungen und Entscheidungen ermöglichen

Zugang zu wichtigen Einrichtungen und Diensten verbessern

- Voraussetzungen für Gesundheit im Alltag schaffen (Wasser, Wohnungen, Beschäftigung, Ernährung, Erziehung/Bildung, Gesundheitsversorgung, psychosoziale Unterstützung)
- Niederschwelligkeit sicherstellen - finanzielle, kulturelle, geografische Barrieren senken

Makroökonomische und kulturelle Veränderungen anstoßen

» Lebens- und Arbeitsbedingungen verbessern durch Wirtschafts-, Sozial-, Beschäftigungs-, Einkommens- und Steuerpolitik, Armutsbekämpfung, Chancengleichheitspolitik

Abb. 1: Ebenen von Politik/Interventionen zur Bekämpfung gesundheitlicher Ungleichheiten nach Whitehead: Zusammengestellt nach Whitehead 1995, in Benzeval et al., Tackling Inequalities in Health, 1995, 22-52

Bei den *strategischen Überlegungen für grundlegende Ansatzpunkte und „Zugänge"* einer Gesundheitsförderung im Kontext sozialer Benachteiligung hat die WHO in „Gesundheit21" (WHO 1999), wie auch schon Dahlgren und Whitehead, einige weitere grundsätzliche Möglichkeiten und Perspektiven erörtert:

» *das Ansetzen an Gesundheitsdeterminanten,* d.h. sowohl die sozioökonomischen Grundursachen der Benachteiligung als auch die persönlichen Determinanten zu gestalten, z.B. schlechte Wohnbedingungen oder riskantes Gesundheitsverhalten,

» *das Ansetzen an konkreten Gesundheitsproblemen,* d.h. die spezifischen Gesundheitsprobleme in den Blick zu nehmen, bei denen signifikante Unterschiede zwischen sozioökonomischen Gruppen beobachtet werden,

» *das Ansetzen bei besonders gefährdeten Gruppen*, für die differenzierte Politikziele aufgestellt werden können. Aufsuchende Dienste und Methoden und ganzheitliche, integrierte Programme, die möglichst viele Bereiche und Stellen einbeziehen, werden als für sozial benachteiligte Menschen und Bevölkerungsgruppen besonders notwendig empfohlen. Der **Settingansatz/Lebensweltansatz** der Gesundheitsförderung wird als besonders geeignet angesehen, sozial benachteiligte Menschen und Gruppen in ihrem Alltag und in ihrer Lebenswelt nachhaltig über einen nichtdiskriminierenden und nichtstigmatisierenden Zugang zu erreichen und zu beteiligen (**Partizipation**, **Empowerment**) sowie die Strukturen der Lebenswelten nachhaltig gesundheitsgerecht(er) zu gestalten.

Seit Mitte der 2000er Jahre werden international v.a. drei prinzipiell mögliche Ansätze und Prioritäten der Erhöhung der Chancengleichheit und Gesundheitsförderung diskutiert (Whitehead und Dahlgren 2006):

1. Gesundheit(-sförderung) mit/bei am meisten betroffenen („ärmsten") Gruppen,
2. Verringerung der Kluft zwischen den verschiedenen Gruppen,
3. Ansetzen am sozialen Gradienten: Gesamtpolitik, die alle Gruppen berücksichtigt, auch Angehörige mittlerer Statusgruppen.

Dabei ist zu beachten, dass diese drei Ansätze aufeinander aufbauen und sich ergänzen. Von Bedeutung ist, dass es bei der Verringerung der Kluft zwischen den Gruppen um ein Anheben der Gesundheit der am stärksten benachteiligten Gruppen geht und nicht um ein Absenken der Gesundheit privilegierter Menschen und Gruppen (Politik des „Levelling up“).

International und national umgesetzt werden bislang v.a. die beiden ersten Ansätze. In Deutschland gibt es bisher einen Schwerpunkt und eine weitgehende Beschränkung auf den ersten Ansatz, die Gesundheitsförderung mit den am meisten betroffenen Menschen und Gruppen. In England wurde von der New Labour-Regierung (1997 - 2010) versucht, den zweiten Ansatz zu realisieren und über nationale Ziele auch die Kluft zwischen den verschiedenen Gruppen zu verringern. Das Ansetzen am sozialen Gradienten und den sozialen Determinanten sowie die Entwicklung einer Gesamtpolitik der Reduktion von gesundheitlichen Ungleichheiten wird (seit 2003) im Rahmen der schwedischen Public-Health-Politik (**Gesundheitspolitik**) und der Norwegischen Strategie zur Reduktion gesundheitlicher Ungleichheiten versucht. Neuere, an den (sozialen und politischen) Determinanten der Gesundheit orientierte Strategien gehen davon aus, dass es notwendig ist, an den „Ursachen der Ursachen“ (Causes of the causes) und Kausalketten von Gesundheits- und Ungleichheitsproblemen „stromaufwärts“ anzusetzen (vgl. Abb. 2).

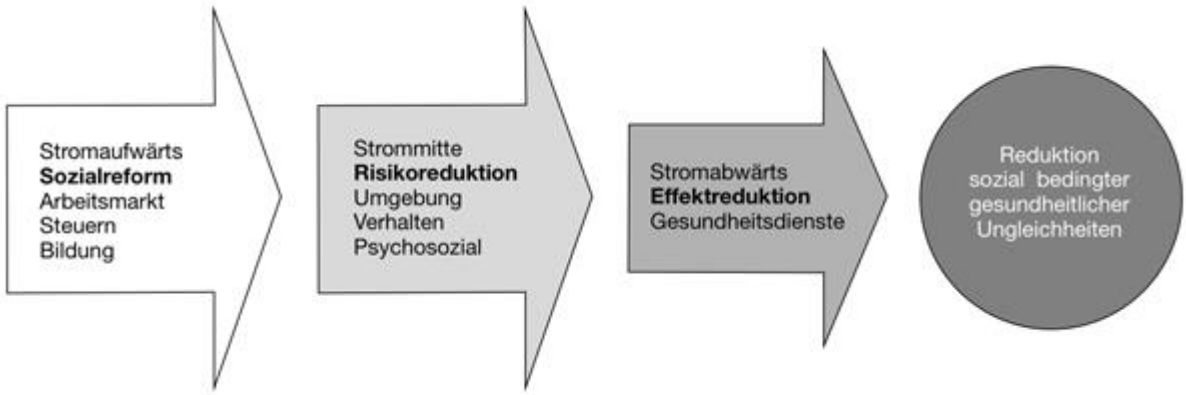


Abb. 2: Ursachenketten und -ströme in einer Gesamtstrategie zur Reduktion sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheiten (modifiziert nach Directorate for Health and Social Affairs, Norway, Oslo 2007)

„Stromaufwärts“ (upstream) und „stromabwärts“ (downstream) beziehen sich auf die im Bereich der Bevölkerungsgesundheit/Public Health verbreitete Flussparabel, in der die Unterschiede zwischen einer individualmedizinischen und einer Bevölkerungsperspektive auf die Gesundheit von Menschen, die „in den Fluss gefallen sind“, verdeutlicht werden. In diesem Bild konzentriert die Individualmedizin sich darauf, ertrinkende Menschen aus dem Fluss zu ziehen, wiederzubeleben und zu behandeln. Sie ist mit dieser Aufgabe so ausgelastet, dass keine Energie übrig bleibt, sich darüber Gedanken zu machen, was in der

Flussmitte passiert - dort, wo die Menschen in den Fluss fallen und wo sie das Schwimmen lernen könnten (Kompetenzstärkung, Empowerment). Die Perspektive der Bevölkerungsgesundheit/Öffentlichen Gesundheit liegt näher an der Quelle, am Ursprung, wo die (gesellschaftlichen) Bedingungen und Strukturen liegen und beeinflusst werden, die bestimmen, dass Menschen und Bevölkerungsgruppen ungleiche Chancen und Risiken haben, in den Fluss zu fallen bzw. schwimmen zu lernen. Hier, nahe am Ursprung, setzen Gesundheitsförderung und **Prävention** (Public Health) an. In dieser Perspektive wird der individualisierende, auf Verhaltensursachen („Risikoverhalten") verengte Blick erweitert, indem die dem Verhalten zugrunde liegenden strukturellen „Ursachen der Ursachen" (soziale und politische Determinanten) beeinflusst werden.

Auch das Konzept der Verwirklichungschancen (Sen) findet in der Diskussion der Gesundheitsförderung zur Reduktion ungleicher Gesundheitschancen zunehmende Aufmerksamkeit **Verwirklichungschancen/Capability Konzept**).

Entwicklung und derzeitige Situation in Deutschland

Die Gesundheitsförderung mit und für sozial benachteiligte und vulnerable Bevölkerungsgruppen befindet sich in Deutschland in einer Phase der gesteigerten Wahrnehmung des Handlungsbedarfs, die sich auch in den einschlägigen Entschließungen äußert. Sie ist bisher gekennzeichnet durch viele isolierte und nur vereinzelt abgestimmte Aktivitäten, Arbeitskreise und Projekte weitgehend voneinander unabhängiger Akteure. Erschwert und verzögert wurde die Entwicklung in Deutschland dadurch, dass gesundheitliche Ungleichheiten in der Gesundheitspolitik relativ lange vernachlässigt worden sind. Zudem beschränkt die föderale Struktur des Gesundheitswesens die Zielsetzungen für gesundheitliche Chancengleichheit auf der Bundesebene (**Gesundheitsförderung 5**). Die Umsetzung des 2015 verabschiedeten **Präventionsgesetzes** mit den 2016 vorgestellten Bundesrahmenempfehlungen und der Konkretisierung in Landesrahmenvereinbarungen bietet Ansatzpunkte zur strategischen Weiterentwicklung des Handlungsfeldes.

Es gibt eine Vielzahl von Akteuren, die Gesundheitsförderung im Sinne der Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit initiieren, durchführen bzw. unterstützen (können). Neben den Akteuren der Gesundheitsförderungspolitik und gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik auf Bundes- und Landesebene zählen dazu die Sozial- und Gesundheitspolitik und -Dienste der Kommunen, der Wohlfahrtsverbände sowie zielgruppenspezifische Akteure und Angebote (z.B. Migrationsdienste, Wohnungslosenhilfe), der Bildungsbereich (Kindertagesstätten, Schulen), die Kinder- und Jugendhilfe sowie die Altenhilfe.

Ein wichtiger Impuls zur Entwicklung einer an der sozialen Lage orientierten Gesundheitsförderung war durch die GKV-Gesundheitsreform 2000 gesetzt worden. Die gesetzlichen Krankenkassen erhielten in § 20 SGB V den Auftrag, mit ihren Leistungen der Primärprä-

vention insbesondere „einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen zu erbringen“ (**Gesundheitsförderung 5**).

Als wesentliche Informationslücke für Deutschland wurde auf einem Expertenworkshop der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) 2001 der fehlende Überblick über die laufenden und abgeschlossenen Interventionen nach Zielgruppen, Settings, Interventionstypen, beteiligten Akteuren und Ergebnissen festgestellt. Die Erstellung eines solchen Überblicks wurde 2002 eingeleitet über ein Projekt der BZgA (in Zusammenarbeit mit Gesundheit Berlin e.V. [seit 2009 Berlin-Brandenburg e.V.]) zur Dokumentation gesundheitsfördernder Projekte, aus dem sich in mehreren Entwicklungsschritten die bundesweite Übersicht auf **www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/praxisdatenbank** entwickelt hat. Die in der bundesweiten Praxisdatenbank vertretenen Angebote und Maßnahmen verdeutlichen die Spannbreite der Handlungsfelder und -ansätze der Gesundheitsförderung zur Stärkung der gesundheitlichen Chancengleichheit.

Der bundesweite Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit

Im November 2003 wurde auf Initiative der BZgA und gemeinsam mit gesetzlichen Krankenkassen, der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung und den Landesvereinigungen für Gesundheit der bundesweite Kooperationsverbund „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ gegründet (seit 2012 Kooperationsverbund „Gesundheitliche Chancengleichheit“). Mittlerweile zählen auch die Wohlfahrtsverbände, die kommunalen Spitzenverbände und die Bundesagentur für Arbeit zu den 66 Kooperationspartnern (Stand Sommer 2018).

Die Mitglieder im Kooperationsverbund verfolgen das gemeinsame Ziel, bundesweit die Bedingungen für eine gute Gesundheit aller Menschen zu verbessern, unabhängig von deren jeweiligen sozialen Lage. Dies geschieht im Wesentlichen durch die Herstellung von Transparenz über Angebote und Aktivitäten (s. Absatz „Website **www.gesundheitliche-chancengleichheit.de** und Arbeitshilfen“), die Förderung der Qualitätsentwicklung (s. Absatz „Die Good Practice-Kriterien“), die Vernetzung von Akteuren (s. Absatz „Koordinierungsstellen Gesundheitliche Chancengleichheit“) und die Unterstützung bei der Umsetzung lebensweltbezogener Gesundheitsförderung (**Setting-Ansatz**) auf kommunaler Ebene (s. Absatz „Kommunaler Partnerprozess ‚Gesundheit für alle‘“).

*Website **www.gesundheitliche-chancengleichheit.de** und Arbeitshilfen*

Die bundesweit umfassendste Plattform zu Themen rund um die Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit richtet sich an Personen und Organisationen, die Informationen und Materialen zu diesem Thema suchen, beispielsweise Projektverantwortliche, Fachkräfte der Kommunalverwaltung oder Studierende. Neben Informationen zu Struktur und Arbeitsweise des Kooperationsverbundes und der bundesweiten Praxisdatenbank finden

sich auf der Website des Kooperationsverbundes die Seiten der Koordinierungsstellen Gesundheitliche Chancengleichheit in den Bundesländern, Informationen zur Qualitätsentwicklung (Good-Practice-Kriterien und -Beispiele, Qualität von Setting-Interventionen), umfangreiche Materialien rund um die Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit sowie eine bundesweite Übersicht zu Veranstaltungsterminen.

Auf der Website stehen auch zahlreiche Materialien und Handreichungen zur Verfügung, die über Themen und Handlungsansätze informieren oder ganz praktisch die Arbeit vor Ort unterstützen. Dies gilt insbesondere für die seit 2009 kontinuierlich weiter entwickelten Arbeitshilfen „Aktiv werden für Gesundheit - Arbeitshilfen für kommunale Prävention und Gesundheitsförderung". Sie enthalten aktuell sieben Fachhefte, die sich ausdrücklich auch an kommunale Akteure außerhalb des Gesundheitsbereiches wenden und aufzeigen, wie kommunale Bedingungen für gesundheitliche Chancengleichheit gestaltet werden können. Jedes der Fachhefte behandelt einen wichtigen Aspekt der gesundheitsförderlichen Quartiersentwicklung - vom Setting-Ansatz der Gesundheitsförderung als Grundlage über die partizipative Erstellung von Bestandsaufnahmen bis zur Gestaltung von Kooperationsbeziehungen im Quartier. In die Entwicklung der Arbeitshilfen gingen unter anderem eine Auswertung der Beispiele guter Praxis ein, die Ergebnisse mehrerer Expert/innen-Workshops sowie die Erfahrungen aus der Arbeit der Koordinierungsstellen auf Landesebene. Die Arbeitshilfen können über die Website kostenlos in elektronischer Form oder als Print-Version bezogen werden.

Auch in anderen Handlungsfeldern bündelt der Kooperationsverbund das Handlungswissen von Akteuren der Gesundheitsförderung, z.B. zu den gesundheitsrelevanten Belastungen infolge von Arbeitslosigkeit und gesundheitlichen Problemen, die sich im Zusammenhang mit Veränderungen in der Arbeitswelt, wie der Zunahme unsicherer Beschäftigungsverhältnisse, ergeben. Das Eckpunkte-Papier „Gemeinsam handeln: Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen" findet sich ebenfalls auf der Website.

Die Good Practice-Kriterien

2003 zeigte die Analyse der in der Praxisdatenbank vertretenen Projekte und Maßnahmen einen Bedarf, die Qualitätsorientierung über Kriterien guter Praxis der Gesundheitsförderung mit sozial benachteiligten Menschen und Gruppen zu unterstützen. Daraufhin wurden von dem beratenden Arbeitskreis „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten" der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung die vorhandenen Wissensgrundlagen und Erfahrungen analysiert und auf dieser Grundlage zwölf Kriterien guter Praxis der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung entwickelt und konsentiert (s. Abb. 3).

Basiskriterien

1. Konzeption

Ziele, Wirkungsweisen und -wege sind klar benannt.

2. Zielgruppenbezug

Die Personengruppen, deren gesundheitliche Situation durch die Maßnahme verbessert werden soll, sind klar benannt.

3. Setting-Ansatz

Lebenswelten sind gesundheitsgerecht gestaltet.

Zielgruppenorientierung

4. Empowerment

Einzelne und Gruppen sind befähigt, informierte Entscheidungen zu treffen und umzusetzen.

5. Partizipation

Entscheidungsbefugnisse sind an die Mitglieder der Zielgruppe übertragen.

6. Niedrigschwellige Arbeitsweise

Zugangshürden sind vermieden.

7. Multiplikatorenkonzept

Multiplikator/innen werden systematisch qualifiziert und einbezogen.

Nachhaltigkeit und Qualitätsentwicklung der Maßnahmen

8. Nachhaltigkeit

Die Maßnahme wird verstetigt und dabei kontinuierlich weiter entwickelt.

9. Integriertes Handlungskonzept / Vernetzung

Die Maßnahme ist in kommunale und andere komplexe Strategien eingebunden.

10. Qualitätsmanagement

Methoden der Qualitätsentwicklung werden systematisch angewendet.

11. Dokumentation und Evaluation

Prozesse, Strukturen und Arbeitsergebnisse werden dokumentiert, überprüft und bewertet.

12. Erfassung des Kosten-Wirksamkeits-Verhältnisses

Indikatoren zur Bewertung der Kosten und der Wirksamkeit des Angebotes werden ermittelt.

Abb. 3: Kriterien für gute Praxis der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung (modifiziert nach Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit 2017)

Seit November 2015 liegen die Good-Practice-Kriterien auch als inhaltlich erweiterte und konkretisierte „Steckbriefe“ vor (Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit 2015). Jeder der zwölf Kriterien-Steckbriefe enthält jeweils diese vier Elemente: 1. kurze Definition, 2. Darstellung aufsteigender Umsetzungs-Stufen (von ‚überhaupt nicht‘ bzw. ‚nur ansatzweise umgesetzt’ bis zu ‚umfassend umgesetzt’), 3. kurze Erläuterung der Stufen und 4. weiterführende Literaturhinweise. Die Beschreibung aufsteigender Umsetzungs-Stufen für jedes Kriterium unterstreicht das Ziel der Qualitätsentwicklung, Wege und Möglichkeiten zur schrittweisen Weiterentwicklung der Praxis aufzuzeigen.

Koordinierungsstellen Gesundheitliche Chancengleichheit

Um Transparenz und Zusammenarbeit auch auf der Landesebene zu verbessern, wurden in den 16 Bundesländern bei den Landesvereinigungen für Gesundheit oder vergleichbaren Institutionen Koordinierungsstellen Gesundheitliche Chancengleichheit (KGC) (ehemals „Regionale Knoten“) eingerichtet, die seit 2012 als „Koordinierungsstellen Gesundheitliche Chancengleichheit“ (KGC) arbeiten. Sie sensibilisieren für die gesundheitlichen Folgen sozialer Benachteiligung, vernetzen die Akteure im Bundesland, begleiten kommunale Entwicklungsprozesse und unterstützen die Qualitätsentwicklung mittels des Good Practice-Ansatzes. Die KGC fördern eine handlungsfeld-übergreifende Perspektive und führen Akteure nicht nur aus dem Gesundheitsbereich sondern z.B. auch aus den Bereichen Arbeit und Soziales, Bildung, Stadtentwicklung und Umwelt zusammen. Neben der gesundheitlichen Versorgung sind auch beispielsweise Bildungschancen oder Umweltbelastungen Themen, ebenso wie die Entwicklung und Umsetzung integrierter kommunaler (Gesundheits-) Strategien (vgl. folgenden Abschnitt) im Rahmen des kommunalen Partnerprozesses „Gesundheit für alle“.

Die KGC sind eine wichtige Struktur zur Umsetzung des **Präventionsgesetzes** in den Bundesländern. Die Themen- und Arbeitsschwerpunkte der KGC werden - innerhalb eines bundesweit einheitlichen Aufgabenkatalogs - von den die KGC tragenden und steuernden Partnern im jeweiligen Land festgelegt.

Kommunaler Partnerprozess „Gesundheit für alle“

Der Aufbau kommunaler Gesundheitsförderungs- und Präventionsketten (**Präventionskette / Integrierte kommunale Gesundheitsstrategie**) steht im Mittelpunkt des im Herbst 2011 durch den Kooperationsverbund initiierten kommunalen Partnerprozesses „Gesundheit für alle“. Der Partnerprozess bietet Kommunen eine Plattform, sich über Strategien, Probleme und Lösungswege beim Aufbau kommunaler Präventionsketten auszutauschen. Die Koordinierungsstellen Gesundheitliche Chancengleichheit begleiten und beraten ausgewählte Kommunen in ihren Bundesländern. Auf dem „Portal für Fachkräfte“, **www.inforo-online** können sich die Kommunen in offenen oder geschlosse-

nen Bereichen bundesweit austauschen. Mit dem Relaunch im Juni 2018 sind auf dem Portal neben der kommunalen Gesundheitsförderung und den Frühen Hilfen auch weitere Fachthemen, wie Suchtprävention und partizipative Gesundheitsforschung eingebunden. In den ersten Jahren der Arbeit standen vor allem die kommunalen Bedingungen für ein gesundes Aufwachsen im Mittelpunkt, im November 2015 wurde der kommunale Partnerprozess unter dem aktuellen Titel „Gesundheit für alle" auf die gesamte Lebensspanne erweitert (**Gesundheitsförderung 5**). Die sehr stark institutionell geprägten Übergänge im Kindes- und Jugendalter (z.B. von der Kita in die Schule) sind in den späteren Lebensphasen wesentlich individueller und weniger normiert. Für die Gestaltung der kommunalen Strategien bedeutet dies, die Vernetzung der Unterstützungsangebote flexibler und breiter aufzustellen als für die ersten Lebensjahre. Die integrierte kommunale Strategie wird zur Klammer eines umfassenden kommunalen Gesundheitsförderungs- und Präventions-Netzwerkes.

Europäische Initiativen, Programme und Projekte mit deutscher Beteiligung. Gesundheitliche Ungleichheiten (Health Inequalities, Health Inequity) sind ein globales und auch ein Problem aller europäischen Länder. Strategien zur Schließung der gesundheitlichen Lücke („Closing the gap") und zur Beeinflussung der sozioökonomischen Determinanten der Gesundheit erhalten zunehmend eine europäische Perspektive über gemeinsame Programme im Rahmen der Weltgesundheitsorganisation und der Gesundheits(förderungs)politik der Europäischen Union (EU).

Die BZgA hatte von 2004 bis 2007 im Rahmen von EuroHealthNet die Federführung im EU-geförderten Projekt „Closing the Gap" („European Partners for Equity in Health") zu Handlungsstrategien zur Verringerung gesundheitlicher Ungleichheiten in Europa. Das Nachfolgeprogramm DETERMINE (2007-2010) war ein ebenfalls im Rahmen von EuroHealthNet durchgeführtes Projekt zur Beeinflussung der sozioökonomischen Determinanten der Gesundheit und Verbesserung der gesundheitlichen Chancengleichheit. Von 2011- 2014 war die BZgA am von der Europäischen Kommission geförderten Equity Action Programm beteiligt. Seit 2016 ist sie Partnerin in einem EU-Projekt zu Intersectoral Health and Environment Research for Innovation (INHERIT). (**Gesundheitsförderung 4**).

EuroHealthNet ist auf europäischer Ebene das zentrale Netzwerk im Bereich der Gesundheitsförderung, insbesondere mit dem Schwerpunkt „Health Inequalities". Seit seiner neuen Ausrichtung (2013) versteht sich EuroHealthNet als europäische Partnerschaft zur Förderung von Gesundheit, Chancengleichheit und Wohlbefinden. Es ist eine gemeinnützige Partnerschaft von 34 öffentlichen Organisationen der lokalen, regionalen, nationalen und internationalen Ebene in Europa (Stand Juni 2018) mit dem Auftrag, gesündere Gemeinschaften aufzubauen und die gesundheitliche Ungleichheit in und zwischen den europäischen Staaten zu bekämpfen. EuroHealthNet unterstützt sowohl die Strategie „Gesund-

heit 2020“ der WHO-Europa als auch die EU-Gesundheitsprogramme (**Gesundheitsförderung 3**, **Gesundheitsförderung 4**).

Der strategische EuroHealthNet - Plan 2014-2020 zielt auf eine nachhaltige Zukunft und einen umfassenden Beitrag zu Gesundheit, Chancengleichheit und Wohlbefinden in Europa. EuroHealthNet ist beteiligt an den aktuellen Initiativen des Europäischen Parlaments zur Bekämpfung gesundheitlicher Ungleichheiten: VulnerABLE: Improving the health of those in isolated and vulnerable situations (2016-2017) und „Reducing health inequalities among LGTB people“ (2016 -2018) (www.eurohealthnet.eu).

Begrifflichkeiten, Synonyme: Es lässt sich ein zunehmendes Bemühen feststellen, Bezeichnungen der **Zielgruppen** zu vermeiden, die diese (ungewollt) diskriminieren, stigmatisieren und zu passiven „Objekten“ der Interventionen machen. Dieses Bemühen hat, zusammen mit vielen Unsicherheiten darüber, welche Begriffe „korrekt“ sind, dazu geführt, dass es eine verwirrende Vielzahl synonym benutzter Begriffe und Bezeichnungen gibt, z.B. „soziallagenbezogene Gesundheitsförderung“, „Gesundheitsförderung mit und für vulnerable Gruppen“, „Gesundheitsförderung mit Menschen in schwierigen Lebenssituationen ... in belasteten Lebenslagen ... in besonderen Lebenslagen“. Bezeichnungen wie „ressourcenschwache“ oder „sozial schwache“ und „bildungsferne“ Menschen sind zwar gut gemeinte Umschreibungen, können letztlich aber auch als stigmatisierend verstanden werden. Die Begrifflichkeiten in diesem Bereich bewegen sich auf einem schmalen Pfad zwischen realistischer Beschreibung, Diskriminierung und Beschönigung. Fachlicher Konsens besteht darüber, dass paternalistische Bezeichnungen wie „Gesundheitsförderung *für* sozial benachteiligte Menschen“ vermieden werden sollen bzw. dass sie erweitert werden in „mit und für“. Die 2012 vorgenommene Umbenennung des bundesweiten Kooperationsverbundes „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ in „Gesundheitliche Chancengleichheit“ ist in diesem Kontext als Perspektivwechsel zu verstehen: Der defizitorientierte Blick auf die soziale Benachteiligung wird zur ressourcenorientierten Perspektive auf das Ziel der gleichen Gesundheitschancen.

Stand und Perspektiven.

Bestehende und wachsende sozial bedingte Ungleichheiten der Gesundheit werden in Deutschland seit den 1990er Jahren verstärkt beachtet. Es wurden Strukturen wie der Kooperationsverbund „Gesundheitliche Chancengleichheit“ und die regionalen Koordinierungsstellen in den Bundesländern aufgebaut sowie Programme und Aktivitäten einer Vielzahl von Akteuren entwickelt und in einigen Bereichen auch aufeinander abgestimmt. Auch die Entwicklung und Verbreitung von Kriterien guter Praxis der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung und der besonders herausgestellten „Beispiele guter Praxis“ sowie damit einhergehende Qualifizierungsmaßnahmen stellen eine sehr erfreuliche Kapazitätsentwicklung dar (**Capacity building**; **Gesundheitsförderung 5**; **Gesundheitsför-**

derung 8). Was bisher aber gleichwohl fehlt und auf die politische Agenda in Deutschland gesetzt werden muss, ist eine umfassende Strategie zur Verbesserung der gesundheitlichen Chancengleichheit durch Gesundheitsförderung und Prävention auf der Bundes-, Landes- und kommunalen Ebene mit einem gesamtstaatlichen und gesamtgesellschaftlichen Ansatz.

Das im Sommer 2015 verabschiedete Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention (**Präventionsgesetz**) kann als ein Schritt in diese Richtung verstanden werden. Das Gesetz bestätigt und stärkt die Perspektive auf gesundheitliche Chancengleichheit, da es zusätzliche Ressourcen für lebensweltorientierte Maßnahmen bereitstellt und die Akteure aufruft, auf der Ebene von Bund und Ländern gemeinsame Präventionsstrategien zu entwickeln.

Seit Herbst 2016 ist es gelungen, als eine der ersten Maßnahmen zur Umsetzung des Präventionsgesetzes, die Koordinierungsstellen Gesundheitliche Chancengleichheit in den Bundesländern deutlich auszubauen und formal abzusichern.

Gleichzeitig aber ist das Gesetz primär auf die gesetzliche Krankenversicherung und weitere Sozialversicherungsträger als Kostenträger ausgerichtet und beschränkt. Diese Struktur wird dem Anspruch eines umfassenden, an den sozialen und politischen Determinanten ansetzenden Upstream-Ansatzes nicht gerecht, der die Schaffung gesundheitsförderlicher Lebensbedingungen als handlungsfeldübergreifende und gesamtgesellschaftliche Aufgabe versteht und alle gesundheitsrelevanten Akteursgruppen verbindlich einbezieht (Health in all Policies (HiAP) (**Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik**; **Gesundheitsförderung 3**; **Gesundheitsförderung 4**).

Dahlgren und Whitehead (1993) schlagen in Anlehnung an den **Public Health Action Cycle** folgenden strategischen Planungsprozess vor:

- Beurteilung der Lage, Abschätzung des Problemumfangs und Ermittlung von Informationslücken,
- Festlegung der Grundsatzziele und Vorgaben,
- Erwägung der möglichen Ansatzpunkte zur Umsetzung der Konzepte, Ermittlung potenzieller Interessenskonflikte,
- Abwägung der besten organisatorischen Strukturen und der finanziellen Voraussetzungen sowie Aufteilung der Zuständigkeiten und Zuweisung der für die Arbeit notwendigen Ressourcen,
- Aufbau eines Monitoring- und Evaluationssystems.

Dieses idealtypische Vorgehen muss an die konkreten Bedingungen in den Kommunen, Kreisen sowie auf Länder- und Bundesebene angepasst werden, um die bereits vorhande-

nen erfolgreichen Aktivitäten und Strukturen fortführen und weiter entwickeln zu können. Das Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention und die mit seiner Umsetzung verbundene steigende Aufmerksamkeit für das Anliegen gesundheitlicher Chancengleichheit bieten eine Perspektive, die nächsten Schritte zur systematischen Verankerung des Themas in allen gesundheitsrelevanten Handlungs- und Politikfeldern zu gehen (**Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik / Healthy Public Policy**).

Literatur:

Benzeval M/Judge K/Whitehead M (ed.), Tackling Inequalities in Health. An agenda for action, London 1995;

WHO/Commission Social Determinants of Health (CSDH), Closing the gap in a generation. Health equity through action on the social determinants of health: final report of the commission on social determinants of health Geneva 2008

Dahlgren G/Whitehead M/Weltgesundheitsorganisation, Regionalbüro für Europa, Konzept und Strategien zur Förderung der Chancengleichheit im Gesundheitsbereich, Kopenhagen 1993;

Dahlgren G/Whitehead M, Levelling up (part 1): A discussion paper on concepts and principles for tackling social inequities in health. WHO Collaborating Centre for Policy Research on Social Determinants of Health, University of Liverpool. WHO Regional Office for Europe, Kopenhagen 2006;

Dahlgren G/Whitehead M/World Health Organization, Europe: European Strategies for tackling social inequities in health: Levelling up Part 2, Kopenhagen 2006, reprinted 2007

Gesundheit Berlin-Brandenburg (Hg.) Aktiv werden für Gesundheit - Arbeitshilfen für kommunale Prävention und Gesundheitsförderung (7 Fachhefte), 4. aktualisierte Auflage, Berlin 2014;

Geene, R/Rees, M, Handbuch Präventionsgesetz. Neuregelung der Gesundheitsförderung, Frankfurt am Main 2016

Graham H, Die Bekämpfung gesundheitlicher Ungleichheiten und die Bedeutung sozialer Determinanten: Unterschiedliche Definitionsansätze und ihre politischen Konjunkturen, in: Bauer U et al (Hg.), Health Inequalities. Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit, Wiesbaden 2008, 455-479;

Kilian H/F Lehmann/A Richter-Kornweitz/L Kaba-Schönstein/A Mielck: Gesundheitsförderung in den Lebenswelten gemeinsam stärken, Der Kooperationsverbund „Gesundheitliche Chancengleichheit“, Bundesgesundheitsblatt 2/2016, S. 266-273;

Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (Hg.): Kriterien für gute Praxis der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung, Berlin 2015;

Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (Hg.): Gute Praxis für gesundheitliche Chancengleichheit - Die Good Practice-Kriterien und Praxisbeispiele, Berlin 2016;

Mielck A, Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Einführung in die aktuelle Diskussion, Bern 2005;

Mielck A/Kilian H/Lehmann F/Richter-Kornweitz A/Kaba-Schönstein L, German cooperation-network 'equity in health'-health promotion in settings, Health Promot. Int. first published online September 4, 2016 doi:10.1093/heapro/daw069;

Richter M/K Hurrelmann (Hg.), Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven, Wiesbaden 2009;

Rosenbrock R et al/Bundesverband der Betriebskrankenkassen (Hg.), Primärprävention im Kontext sozialer Ungleichheit, Wissenschaftliche Gutachten zum BKK-Programm „Mehr Gesundheit für alle", Essen 2004;

Siegrist J/M Marmot (Hg.), Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Erklärungsansätze und gesundheitspolitische Folgerungen, Bern 2008;

The Lancet-University of Oslo Commission on Global Governance for Health, The political origins of health inequity: prospects for change, Lancet 2014; 383:630 -667

Whitehead M, Die Konzepte und Prinzipien von Chancengleichheit und Gesundheit. Weltgesundheitsorganisation Regionalbüro für Europa, Kopenhagen 1991;

Whitehead M/G Dahlgren/World Health Organization, Europe, Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up Part 1, Copenhagen 2006, reprinted 2007;

WHO, Gesundheit21 - das Rahmenkonzept „Gesundheit für alle" für die europäische Region, Kopenhagen 1999

WHO, Gesundheit 2020, Rahmenkonzept und Strategie der Europäischen Region für das 21. Jahrhundert, Kopenhagen, 2013;

WHO, Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region, Final Report, Copenhagen (2013, updated reprint 2014)

Internetadressen:

Ec.europa.eu/health (European Commission Public Health)
www.gesundheitliche-chancengleichheit.de
www.bzga.de
www.eurohealthnet.eu
www.health-inequalities.eu (European Portal for Action on Health equity)
www.who.int/social_determinants
www.inforo-online.de

Verweise:

Alter(n) und Gesundheitsförderung, Capacity Building / Kapazitätsentwicklung, Determinanten von Gesundheit, Diversity und Diversity Management / Vielfalt gestalten, Empowerment/Befähigung, Frühe Hilfen, Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und

Gender Mainstreaming, Gesundheitliche Chancengleichheit, Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik / Healthy Public Policy, Gesundheitsförderung 1: Grundlagen, Gesundheitsförderung 3: Entwicklung nach Ottawa, Gesundheitsförderung 4: Europäische Union, Gesundheitsförderung 5: Deutschland, Gesundheitsförderung 8: Bewertung und Perspektiven, Gesundheitsförderung und Migrationshintergrund, Gesundheitspolitik, Gesundheitsverhalten, Krankheitsverhalten, Gesundheitshandeln, Lebenslagen und Lebensphasen, Lebensweisen / Lebensstile, Partizipation: Mitentscheidung der Bürgerinnen und Bürger, Prävention und Krankheitsprävention, Präventionsgesetz, Präventionskette / Integrierte kommunale Gesundheitsstrategie, Präventionsparadox, Public Health Action Cycle / Gesundheitspolitischer Aktionszyklus, Settingansatz / Lebensweltansatz, Soziale Ungleichheit und Gesundheit/Krankheit, Verwirklichungschancen/ Capabilities, Zielgruppen, Multiplikatorinnen und Multiplikatoren

Gesundheitsindikatoren

Ulla Walter, Miriam G. Gerlich, Friedrich Wilhelm Schwartz

(letzte Aktualisierung am 06.10.2015)

Gesundheitsindikatoren sind ausgewählte Parameter, die Rückschlüsse zulassen auf die Gesundheit der Bevölkerung bzw. von Teilpopulationen. Betrachtet werden dabei demografische Entwicklungen, Gesundheitsstatus, Gesundheitsverhalten, gesundheitliche Versorgung sowie verfügbare Ressourcen. Bei mehrmaligen Erhebungen gestatten sie die Verfolgung von Prozessen und die Erreichung von Zielen wie die Verbesserung der Gesundheit, die Verminderung von Morbidität oder eine ausreichende Versorgung von Zielgruppen. Gesundheitsindikatoren bilden daher die wesentliche Basis der **Gesundheitsberichterstattung**.

Ein Indikator muss die methodischen Kriterien der Validität (Ausmaß, in dem ein Instrument das misst, was es messen soll) und Reliabilität (Verlässlichkeit einer Messung) erfüllen. Darüber hinaus muss er genügend sensitiv sein (Fähigkeit eines Tests, in einer Gruppe von Kranken einen sehr hohen Prozentsatz zutreffend als krank zu erkennen), um Veränderungen anzuzeigen sowie eine hinreichende Spezifität aufweisen (Fähigkeit eines Tests, in einer Gruppe von Gesunden diese zutreffend als gesund zu erkennen, d.h. eine Krankheit zutreffend auszuschließen). Die Erfüllung dieser Bedingungen erlaubt es, Veränderungen in dem betrachteten Bereich zu reflektieren. In der Anwendung sollte ein Indikator einfach, verständlich und ethisch vertretbar sein.

Zur Beobachtung der Gesundheit der Bevölkerung und der Prozesse im Gesundheitswesen wurden in der Gesundheitsberichterstattung auf den verschiedenen Ebenen einheitliche Indikatoren festgelegt. So bestehen in der EU Kernindikatoren, die eine vergleichbare Beschreibung der Gesundheit und der Gesundheitsversorgung ermöglichen, z.B. Fertilitätsraten, Mortalitätsraten, Lebenserwartung, Durchimpfungsraten (bei Kindern), Gesundheitspersonal wie beispielsweise in Krankenhäusern angestellte Ärztinnen und Ärzte und Pflegekräfte sowie die durchschnittliche Verweildauer im Krankenhaus. Daneben existieren besondere nationale und regionale Indikatoren. Die Gesundheitsberichterstattung der Länder basiert in Deutschland auf einem einheitlichen Indikatorensatz.

Neben den klassischen soziodemografischen Indikatoren wie Alter, Geschlecht, Bildung, berufliche Stellung, Einkommen lassen sich nach der WHO (1996) drei Typen von Gesundheitsindikatoren unterscheiden:

- Indikatoren, die auf den Outcome zielen (z.B. Gesundheitsstatus),
- Indikatoren, die den Prozess erfassen (z.B. Qualität der Leistungserbringung),
- Indikatoren, die sich auf Determinanten beziehen, die die Gesundheit beeinflussen. Darunter fallen verhaltensbezogene Faktoren (z.B. Rauchverhalten) sowie kontextuelle Faktoren wie das sozioökonomische Umfeld, die Arbeitsmarktsituation und Gegebenheiten der Umwelt (Luft, Lärm, Wohnstruktur).

Tabelle 1 enthält neun Dimensionen der Gesundheitsberichterstattung und gebräuchliche Indikatoren.

Dimensionen	Bespiele für Indikatoren
„Gesundheitsstatus“	» Langfristige Parameter: z.B. Mortalität, Morbidität, Behinderungen, Beeinträchtigungen
	» Intermediäre physiologische und funktionale Parameter, z.B. Blutdruck, Herzfrequenz, Blutwerte, Body-Mass-Index, Hautbild, Funktionsfähigkeit
	» Gesundheitsbezogene Lebensqualität (z.B. SF-36)
	» Funktionalität (z.B. [instrumentelle] Aktivitäten des täglichen Lebens = [I]ADL)
	» Subjektive Beschwerden (z.B. SCL-90)
Verhaltensweisen	» Ernährungsmuster (z.B. Fettskala, Ernährungsprotokoll)
	» Bewegungsverhalten (z.B. Bewegungsprotokoll)
	» Suchtverhalten (z.B. Zahl der gerauchten Zigaretten)
	» Sexualverhalten (z.B. Kondomkauf und -verwendung)
Kompetenz / Empowerment, personale Ressourcen	» Wissen
	» Internale Kontrollüberzeugung
	» Selbstwert/Selbstbewusstsein
	» Selbstwirksamkeit
	» Zuversicht und Optimismus

	» Selbstaufmerksamkeit
	» Aktives Bewältigungsverhalten
	» Soziale Kompetenz
	» Coping-Fertigkeiten
Umfeld (physikalische und soziale Umwelt, gesetzliche Rahmenbedingungen)	» Arbeitsplatzorganisation und -gestaltung
	» Physikalische Umwelt, z.B. Wohnbedingungen, Lärm-, Schadstoffbelastung
	» Soziale Umwelt, z.B. soziales Netz, soziale Unterstützung
	» Politik, z.B. öffentliche Bewusstseinsbildung
	» Verkaufsverbote, Werbeverbote etc.
Leistungen der gesundheitlichen Versorgung	» Medikamentöse Versorgung
	» Ambulante und stationäre Versorgung
	» Heil- und Hilfsmittel
	» Pflegeleistungen
	» Arbeitsunfähigkeit
Kosten	» Programmkosten
	» Teilnehmerkosten
	» Folgekosten (Leistungen)
Zugangswege	» Erreichbarkeit der Zielgruppen
	» Akzeptanz bei spezifischen Zielgruppen
Struktur- und Kompetenzentwicklung (Capacity Building)	» Befähigung von Professionellen und Institutionen
	» Institutionalisierung der Interventionen
	» Ressourcennutzung, z.B. Kooperationen, Zusammenarbeit mit zentralen Akteuren, Netzwerke
	» Diffusion von Programmen
	» Mittelverteilung

Service/Marketing	» Zufriedenheit der Zielgruppe » Bekanntheitsgrad

Tab. 1: Dimensionen der Gesundheitsberichterstattung mit Beispielen für Gesundheitsindikatoren (verändert nach: Walter et al 2001)

Gesundheitsstatus: Die klassischen Indikatoren der Mortalität und der Morbidität eignen sich zur langfristigen Darstellung der Krankheitsentwicklung, in der Regel jedoch nicht zur Beurteilung kurz- bis mittelfristig angelegter gesundheitsfördernder und präventiver Maßnahmen. Hierzu sind vielmehr intermediäre Parameter erforderlich, die einerseits durch die Maßnahme selbst beeinflusst werden und andererseits das gesundheitliche Ergebnis hinreichend sicher beeinflussen. Aus dem medizinischen Bereich werden hier physiologische, biochemische oder funktionale Parameter wie Blutdruck, Blutwerte und Hautbild sowie Maße zur Beurteilung der körperlichen und mentalen Funktionsfähigkeit herangezogen. Für die Gesundheitsförderung sind darüber hinaus Indikatoren zur Erfassung der Beeinflussung gesundheitlicher Determinanten und Ressourcen erforderlich.

Hierzu bieten sich „subjektive Parameter" an. Die Erhebung der sogenannten gesundheitsbezogenen **Lebensqualität** hat sich in den letzten 20 Jahren bei der Bewertung der gesundheitlichen Versorgung fest etabliert. Lebensqualität wird als psychologisches Konstrukt angesehen, mit dem - entsprechend der komplexen WHO-Definition von Gesundheit - das psychische Befinden, die körperliche Verfassung, die sozialen Beziehungen und die Funktionsfähigkeit erhoben werden können.

Verhaltensweisen: Verhaltensmuster, die z.B. durch Protokolle oder Beobachtungen ermittelt werden, liefern Aussagen zur Gesundheitsorientierung bzw. zu verhaltensbezogenen Risiken. Ein wichtiger Bereich für die Gesundheitsförderung ist die Entwicklung der Kompetenz im Sinne des Empowerments. Hierzu liegen eine Reihe von insbesondere psychologischen Konzepten und Indikatoren vor, die sich auf personale **Ressourcen sowie Bewältigungs- und Gesundheitspotenziale** beziehen.

Kompetenzen/Empowerment/personale Ressourcen: Ein wichtiger Bereich für die Gesundheitsförderung ist die Entwicklung der **Lebenskompetenzen** im Sinne des **Empowerments**. Hierzu liegen eine Reihe von insbesondere psychologischen Konzepten und Indikatoren vor, die sich auf personale Ressourcen (**Resilienz** und Schutzfaktoren) sowie Bewältigungs- und Gesundheitspotenziale beziehen.

Umwelt und soziales Umfeld: Indikatoren, die den Einfluss der physikalisch-chemischen Umwelt bzw. des sozialen Umfelds erfassen, können sich z.B. auf Wohnbedingungen, Schadstoffbelastung, aber auch auf soziale Unterstützung beziehen. Während sich gesundheitliche Expositionen oder gesundheitsfreundlichere Entwicklungsstrukturen z.B. am Arbeitsplatz quantitativ bzw. qualitativ noch erheben lassen, kann die Beeinflussung sozia-

ler Umwelten im Großen, z.B. der Politik und deren Niederschlag in gesetzlichen Regelungen, oft schwer erhoben werden. Ein Beispiel für einen Versuch, internationale Politik zu erfassen und zu vergleichen ist die „Tobacco Control Scale“, die u.a. die Besteuerungspolitik von Tabakprodukten, Werbeverbote, Verbraucherinformationen, und Behandlungsmöglichkeiten betrachtet.

Versorgung und Kosten: *Leistungen* der gesundheitlichen Versorgung können - zumindest in den Bereichen der kurativen, rehabilitativen und pflegerischen Versorgung - teilweise über die Leistungsinanspruchnahmedaten, die sogenannten „Routinedaten“, der Sozialversicherungen erhoben werden. Hierzu zählen u.a. medikamentöse, ambulante und stationäre Versorgungsdaten.

Eine auch im Bereich der Gesundheitsförderung zunehmend relevante Dimension ist die *Wirtschaftlichkeit* einer Maßnahme. Die zu betrachtenden Kostenbestandteile umfassen die Kosten des Programms wie z.B. Erstellung des Interventionskonzepts, Schulung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, Organisation und Koordination sowie Kosten für die Erreichung der Zielgruppe. Zu den Kosten der Adressaten gehören u.a. Eigenleistungen und Arbeitsausfallzeiten. Um die Effizienz von Gesundheitsförderung und Prävention beurteilen zu können, genügt es nicht, allein die Programmkosten zu bestimmen. Der potenzielle Erfolg von Interventionen drückt sich - ökonomisch - in Einsparungen bei direkten Folgekosten wie z.B. stationären Aufenthalten und Medikamentenkonsum aus. Theoretisch sollten diese Wirkungen bis zum Lebensende berücksichtigt werden. Indirekte Kosten entstehen z.B. durch Arbeitsausfall aufgrund von Erkrankung (Arbeitsunfähigkeit, Berufs-/Erwerbsunfähigkeit) und vorzeitigem Tod. Darüber hinaus sollten auch - die methodisch aufwendig zu erfassenden - intangiblen (nicht in Geld messbaren) Kosten ermittelt werden, die durch eine Erkrankung entstehen können. Darunter fallen gesundheitliche Einschränkungen wie z.B. psychische Belastungen, Angst, Schmerz oder ganz allgemein ein Verlust an Lebensqualität.

Eine bislang eher vernachlässigte Bewertungsdimension für Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung ist die Beurteilung der Zugangswege zur Zielgruppe hinsichtlich der Inanspruchnahme und der Effektivität der gesundheitsbezogenen Outcomes. Grundlage für die Erreichung von (Teil)populationen ist die sorgfältige Beschreibung der Zielgruppe hinsichtlich deren Struktur sowie Bedürfnissen und Bedarfen.

Strukturbildung: Ein vergleichsweise neuer Parameter ist die Strukturbildung. Als Indikator für die Dauerhaftigkeit angestoßener Entwicklungen gilt das sogenannte **Capacity Building**, das sich im Wesentlichen auf die Bildung und Entwicklung von Strukturen und Kompetenzen für eine wirksame Prävention und Gesundheitsförderung bezieht. Es beinhaltet zudem die Nutzung und Mobilisierung geeigneter Ressourcen und Kooperationsstrukturen und die Entwicklung adäquater Strategien zur Umsetzung und Implementie-

rung von Maßnahmen. Unter *Service- und Marketing*-Gesichtspunkten ist die *Zufriedenheit der Zielgruppe* ein wichtiges Kriterium. Sie sollte jedoch nicht als alleiniger Indikator für den Erfolg einer Maßnahme gewertet werden.

Gesundheitsindikatoren erfassen nicht nur Informationen zum Gesundheitszustand, sondern ebenso zum Gesundheitsverhalten, der Verfügbarkeit von Angeboten und deren Nutzung, zu Gesundheitskosten und der Qualität der angebotenen Leistungen. Die vergleichende Analyse der Daten soll zu einer Verbesserung der Sicherheit und Qualität von Gesundheitsdienstleistungen beitragen und ist von daher handlungsorientiert ausgerichtet. Geeignete Gesundheitsindikatoren sind damit auch wesentlich für die **Qualitätsentwicklung** und -sicherung. Ihre systematische Erfassung und die Möglichkeit der vergleichenden Analyse können genutzt werden, um Optimierungsmöglichkeiten herauszuarbeiten und zukünftige Strategien zur Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung bzw. von Teilgruppen zu entwickeln. (Gesundheits-)Indikatoren sind zudem in der Bewertung der nachhaltigen Wirksamkeit von Interventionen relevant, wobei ausgewählte Indikatoren als Prädiktoren für Erfolge und Misserfolge eingesetzt werden können. Mit all diesen Möglichkeiten können Gesundheitsindikatoren einen wichtigen Beitrag zur Weiterentwicklung der Forschung insbesondere auch im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention leisten. Dabei stellt die Identifikation und Entwicklung geeigneter Indikatoren selbst einen wichtigen Schritt dar.

Literatur:

Abelin T, Positive indicators in health promotion and protection, In: Wld hlth statist qart 1986 (39), 353-364;

Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG),

Indikatorensatz für die Gesundheitsberichterstattung der Länder (Hg.: Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen), Bielefeld 2003;

Bardehle D / Annuß R, Gesundheitsberichterstattung, in: Hurrelmann K / Laaser U (Hg.), Handbuch Gesundheitswissenschaften, Weinheim München 2006, 375-416;

Ruckstuhl B / Abel T, Ein Modell zur Typisierung von Ergebnissen der Gesundheitsförderung, in: Prävention 2001 (24), 2, 35-38;

Trojan A / Legewie H, Nachhaltige Gesundheit und Entwicklung, Frankfurt/M. 2001;

Walter U et al., Zielorientiertes Qualitätsmanagement und aktuelle Entwicklungen in Gesundheitsförderung und Prävention, in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.), Qualitätsmanagement in der Gesundheitsförderung und Prävention, Köln 2001, 18-37;

World Health Organization, Catalogue of Health Indicators. A selection of important health indicators recommended by WHO Programmes, Geneva 1996;

Joossens L / Raw M. The Tobacco Control Scale: a new scale to measure country activity, in: Tob Control 2006, 15, 247-253;

World Health Organization (Hg.). World health statistics2015. Online verfügbar URL: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2015/en/

World Health Organization (Hg.). 2015 Global Reference list of 100 core health indicators. Online verfügbar URL: http://www.who.int/healthinfo/indicators/2015/en/

Internetadressen:

www.gbe-bund.de/
http://ec.europa.eu/health/indicators/echi/list/index_de.htm

Verweise:

Capacity Building / Kapazitätsentwicklung, Empowerment/Befähigung, Gesundheitsberichterstattung, Gesundheitsbezogene Lebensqualität, Lebenskompetenzen und Kompetenzförderung, Qualitätssicherung, Qualitätsentwicklung, Qualitätsmanagement, Resilienz und Schutzfaktoren, Stress und Stressbewältigung

Gesundheitskommunikation und Kampagnen

Guido Nöcker

(letzte Aktualisierung am 09.02.2016)

Gesundheitskommunikation (GK) als Forschungs- und Praxisfeld existiert seit Anfang der 1970 er Jahre und hat seinen Ausgangspunkt in der nordamerikanischen Kommunikationswissenschaft. Seit etwas mehr als einem Jahrzehnt findet der Begriff auch im deutschsprachigen Raum zunehmend Beachtung und ist auf dem Weg sich als eigene Disziplin zu etablieren. So haben sich innerhalb der Kommunikationswissenschaften (DGPuK) bereits ein eigenes Forschungsfeld und ein Akteursnetzwerk (**www.netzwerk-gesundheitskommunikation.de**) organisiert.

Der aus *Gesundheit* und *Kommunikation* zusammengesetzte Begriff verweist darauf, dass hier zwei verschiedene, interdisziplinäre Wissenschaftsbereiche - die Gesundheitswissenschaften und die Kommunikationswissenschaften - mit ihren jeweils eigenen Perspektiven und Forschungstraditionen aufeinander treffen. Dabei besteht auch heute noch weithin Uneinigkeit darüber, was unter dem Begriff GK konkret gefasst werden soll. Dies gilt für die begrifflichen Definitionen wie auch die konkreten Interaktionen, die unter diesem Begriff subsumiert werden können.

Baumann und Hurrelmann plädieren daher für eine erweiterte Definition, die GK als einen Vermittlungsprozess versteht, der den Austausch von Wissen, Erfahrungen, Meinungen und Gefühlen in einem breiten Spektrum gesundheits- und krankheitsbezogener Themen umfasst. Dabei sind intendierte (z.B. Aufklärung) wie unbeabsichtigte Kommunikationseffekte (z.B. in Unterhaltungsmedien) gleichermaßen Gegenstand der Betrachtung.

GK als eine angewandte verhaltenswissenschaftliche Disziplin (Kreps) fragt danach, in welcher Weise durch Kommunikation Gesundheit, Gesundheitsversorgungsleistungen sowie Gesundheitsförderung beeinflusst werden. Als selbstständige Fachdisziplin - insbesondere aus gesundheitswissenschaftlicher Perspektive - erhebt GK den Anspruch, durch Optimierung der Kommunikation in Prävention, Diagnostik und Therapie zu einer Verbesserung individueller Gesundheit und auf gesellschaftlicher Ebene zur Absenkung der Gesundheitskosten beizutragen.

Unter den zahlreichen Themen angewandter GK finden seit einigen Jahren die Risikokommunikation und der Einsatz neuer Informationstechnologien (Internet, Telematik/eHealth) besondere Aufmerksamkeit (**Social Media**). Eine einheitliche, umfassende

Systematik ihrer Anwendungsfelder besteht derzeit (noch) nicht, sondern folgt meist den Logiken ihrer Bezugsdisziplinen (Gesundheits- oder Kommunikationswissenschaften). Im Folgenden werden die aus kommunikationswissenschaftlicher Perspektive relevanten Anwendungsfelder nach *Kommunikationsebenen* unterschieden:

Auf der *intrapersonalen* Ebene geht es um die innerpsychische Verarbeitung und Wahrnehmung von Kommunikationsprozessen (in) einer Person. Untersucht wird z. B., inwieweit Persönlichkeitsmerkmale Auswirkungen auf die Aufnahmebereitschaft für Botschaften von Gesundheitskampagnen haben oder welche Bedeutung eine Person den Dimensionen Gesundheit und Krankheit generell und in Bezug auf die eigene Person zuschreibt und wie sich das auf Gesundheitsverhalten unmittelbar, z. B. beim Arztbesuch, auswirkt.

Unter *interpersonaler* Kommunikation wird die Interaktion von mindestens zwei Personen (z. B. Arzt-Patient) oder in Gruppen thematisiert. Untersucht wird der Austausch von Informationen zur Therapieplanung und zur Evaluierung des Gesundheitszustandes. Dabei ist die Vorstellung leitend, dass die Qualität und Quantität dieser Kommunikation unmittelbare Auswirkungen, d. h. medizinische Folgen, haben können. Nachdem zu Anfang vor allem die Arzt-Patienten-Interaktion in den Blick genommen wurde, ist mittlerweile eine Ausweitung auf andere relevante Kommunikationsakteure bzw. -beziehungen erfolgt, denen ebenfalls ein Einfluss auf den Gesundheitszustand zugeschrieben wird (Pflegepersonal, Patientenselbsthilfe, Familie/Freundeskreis).

Von besonderer Bedeutung in der interpersonalen Kommunikation ist der Begriff „Compliance“, der aus Sicht der Kommunikationspsychologie ein Verständigungsproblem beschreibt. Aus medizinischer Perspektive wird dagegen unter Compliance das konsequente Befolgen der ärztlichen Ratschläge - z. B. bei chronisch Kranken in Bezug auf die Einnahme von Medikamenten oder z. B. dem Befolgen einer Diät - gefasst. Compliance erscheint so als eine Verhaltensweise von Patienten und Patientinnen, für die sie selbst verantwortlich sind. Im Zuge einer stärkeren Beachtung kommunikationswissenschaftlicher Erkenntnisse wird jedoch zunehmend erkannt, dass insbesondere in Beratungskontexten (Arzt-Patient, Gesundheitsberatung/-bildung) neben dem Inhalts- auch der Beziehungsaspekt (Watzlawick 2000) beachtet werden muss. Compliance stellt damit wesentlich ein Ergebnis gelungener Interaktion dar, an dem beide Kommunikationspartner Anteil haben.

Auf der Ebene der *Organisationskommunikation* geraten die Bedingungen und Konsequenzen der spezifischen Konstruktion von Institutionen als räumliche und soziale Organisationen im Gesundheitssystem in den Blick. Dazu zählen Einrichtungen des Gesundheitswesens wie z. B. Krankenhäuser, Praxisgemeinschaften, Altenheime oder Krankenversicherungen, aber auch Selbsthilfegruppen und Konsumentengruppierungen. Wesentliche Fragen sind z. B., wie die jeweiligen Organisationen aufgestellt sind, in ihren Abteilungen miteinander kommunizieren und wie sich dies auf die Versorgung bzw. Gesundheit der Mit-

glieder, des Personals und der Patienten bzw. Patientinnen auswirkt. Daneben wird das Verhältnis zwischen interner und externer Kommunikation von Gesundheitsorganisationen beleuchtet. Diese Thematik wird seit einigen Jahren auch im deutschsprachigen Raum vermehrt aufgriffen, allerdings selten in Verbindung mit dem Begriff GK, sondern unter dem Label organisationsspezifischer **Gesundheitskompetenz/Health literacy** (Pelikan 2010).

Bei der *Massenkommunikation* geht es um die Bereitstellung von Information, Vermittlung von Wissen, Einstellungen und Verhaltensempfehlungen an breite Bevölkerungsgruppen bzw. große Teilpopulationen, die über die sogenannten Massenmedien (TV, Kino, Radio, Zeitungen, Zeitschriften, Internet u. a. m.) angesprochen werden. Dabei interessiert aus gesundheitskommunikativer Perspektive nicht nur die Wirkung von massenmedialen Kampagnen zur Verhaltensänderung (z. B. jugendliche Raucher/Raucherinnen), sondern auch die von den Massenmedien ausgehenden Wirkungsweisen, die etwa im Kontext alltäglicher Fernsehsendungen beobachtet werden (Medienwirkungsforschung). So wurde nachgewiesen, dass durch massenmedial verbreitete Informationskampagnen vorhandene Diskrepanzen im Gesundheitswissen bei Personen mit unterschiedlichem Sozialstatus nicht wie vermutet abnahmen, sondern dass sich die „Wissenskluft“ (knowledge gap) sogar noch verstärkte.

Im Unterschied zu den Anfängen massenkommunikativer Gesundheitskommunikation hat sich die Struktur und Quantität massenmedialer Ansprachemöglichkeiten insgesamt stark verändert. Durch den erweiterten Ausbau und die damit einhergehende Nutzung digitaler Kommunikationswege (Internet, Smartphones) besteht inzwischen die Möglichkeit, massenkommunikativ nicht nur in eine Richtung (Sender-Empfänger) zu kommunizieren, sondern mit den Adressaten und Adressatinnen zeitnah, themenspezifisch und individuell zu interagieren und sie als aktive Partner bzw. Partnerinnen für gesundheitsbezogene Maßnahmen zu mobilisieren. Mit der wachsenden Zahl von Anbietern im Print- und AV-Bereich bei gleichzeitiger Ausrichtung der Angebote (Formate) auf die Bedürfnisse definierter Zielgruppen (Segmentierung) ist darüber hinaus eine kaum mehr überschaubare Medienlandschaft entstanden. Die Vielfalt und damit verbundene Differenzierung der Angebotsformen und -kanäle erlaubt einerseits eine gezielte Ansprache einzelner Gruppen innerhalb der Gesellschaft (z. B. Eltern mit Kindern im Vorschulalter). Sie erfordert jedoch andererseits, vor allem bei bevölkerungsweiten Kampagnen, eine detaillierte Kenntnis des Mediennutzungsverhaltens diverser Zielgruppen und der relevanten Medienkanäle bzw. ihrer zunehmenden Verschmelzung (Konvergenz), über die diese Zielgruppen erreicht werden können. Damit ist eine fundierte Mediaplanung zu einem wesentlichen Bestandteil gesundheitskommunikativer Maßnahmenplanung geworden, die sich über verschiedene Mediensparten (Außenwerbung, Anzeigen, redaktionelle Berichterstattung, Radio- und Fernsehspots, Internet) erstreckt.

Insgesamt wird der Einfluss massenmedialer Kommunikation auf das Gesundheitsverhalten der Menschen jedoch zurückhaltend beurteilt (Abroms und Maibach 2008). Insbesondere die Wirkung medial erzeugter Furchtappelle muss sehr differenziert betrachtet werden (Barth und Bengel 1998) Vor allem dort, wo mit Massenmedien Einfluss auf bereits praktiziertes gesundheitsriskantes Verhalten wie Rauchen oder Alkoholkonsum - mit dem Ziel der Reduktion oder Abstinenz - genommen werden soll, sind Erfolge eher die Ausnahme und die Evidenzen der untersuchten Interventionen eher schwach. Ursache hierfür sind vor allem die Vielzahl der Faktoren, die individuelles Verhalten beeinflussen, sowie die Einbettung des individuellen Verhaltens in soziale und institutionelle Kontexte. Hinzu kommt, dass Kommunikation kein einfacher, linearer Übertragungsprozess von Information ist, sondern ein interpretativer Vorgang, dessen Ergebnis ungewiss ist und ganz wesentlich von den Rezipienten und Rezipientinnen selbst bestimmt wird. Kommunikation beginnt demnach erst mit dem Verstehen und nicht, wie oft angenommen wird, bereits mit der Verbreitung einer Mitteilung.

Der Einsatz eines einzelnen massenkommunikativen Mediums (z. B. Fernsehspot, Anzeigen) zur Beeinflussung individuellen Gesundheitsverhaltens ist deshalb nur in besonderen Fällen Erfolg versprechend. Voraussetzungen dafür sind, dass die Botschaft die Adressaten und Adressatinnen tatsächlich erreicht, diese verstanden und schließlich akzeptiert werden. Letzteres gelingt leichter, wenn das gewünschte Verhalten von hohem subjektivem Wert und Nutzen, einfach zu realisieren sowie konfliktfrei mit anderen Interessen zu vereinbaren ist und bei geringen oder neutralen Kosten realisiert werden kann. Da diese Voraussetzungen in der Gesundheitsförderung und Prävention, insbesondere bei den von Lebensstil und Lebensweisen geprägten gesundheitsriskanten Verhaltensweisen kaum gegeben sind, sind die möglichen Wirkungsbereiche der Kommunikation durch Massenmedien auf vier Funktionen begrenzt (s. Abb. 1).

1. Über Massenmedien können für ein Thema öffentliche Aufmerksamkeit geweckt und ein günstiges Klima für gesundheitsförderliches Verhalten erzeugt werden. Hier bestehen Gemeinsamkeiten mit der Strategie des **Media Advocacy** bzw. des Agenda Setting. Von der medial erzeugten Aufmerksamkeit und Akzeptanz kann eine wichtige Unterstützung für Aktivitäten und präventive Angebote ausgehen, die ohne diese Aufmerksamkeit und Aufwertung von den Adressaten und Adressatinnen gar nicht in Anspruch genommen würden.

2. Massenkommunikativ verbreitete Botschaften können bestehendes Verhalten absichern bzw. verstärken. Jugendliche Nichtraucher und Nichtraucherinnen in ihrem Verhalten zu bestätigen gelingt z. B. leichter als Raucher und Raucherinnen zur Reduktion oder Abstinenz zu veranlassen.

3. Massenmedial verbreitete Informationen können Wissenslücken verringern oder falsche Informationen korrigieren und wichtige Hilfsangebote bekannt machen. Sie tragen damit zur verbesserten Ressourcenwahrnehmung bei.

4. Medien sind eine Quelle für Beobachtungslernen. Dort präsentierte Vorbilder (Testimonials) sind Lernmodelle, die über Identifikation nachgeahmt werden können.

Abb. 1: Funktionen der Massenkommunikation

Massenmediale Kampagnen zur Verhaltensänderung - Die Wirkung massenkommunikativer Medien in der Prävention und Gesundheitsförderung zur bevölkerungsweiten Verhaltensbeeinflussung ist allerdings deutlich höher einzuschätzen, wenn diese Teil einer umfassenderen Kampagnenstrategie sind. Der Gegenstandsbereich einer Kampagne wird in Bezug auf Umfang, Dauer und Maßnahmenbestandteile in der Praxis sehr unterschiedlich gefasst. Er reicht von einer lokal begrenzten Plakataktion bis hin zu komplexen crossmedialen nationalen Mehr-Ebenen-Kampagnen. Diese Unklarheit des Kampagnenbegriffs spiegelt sich auch in der wissenschaftlichen Debatte über die Wirksamkeit von Kampagnen als Instrument zur Verbesserung der Bevölkerungsgesundheit wider. Aussagen über die Wirksamkeit von Kampagnen sind deshalb kaum generalisierbar.

Allerdings lassen sich für Deutschland aus einigen der hier in den vergangenen Jahren durchgeführten bundesweiten crossmedialen Kampagnen positive Schlussfolgerungen ziehen. Unter *Kampagne* wird eine komplexe, meist längerfristig ausgeführte Interventionskette von Einzelmaßnahmen verstanden, die insbesondere massen- und personalkommunikative Strategien miteinander verbindet. Das Attribut crossmedial bezeichnet den Medienmix aus Printmedien, audiovisuellen und internetbasierten Einzelmedien, die im Rahmen einer Kampagne aufeinander abgestimmt werden. Die verschiedenen massenkommunikativen Elemente bilden zusammen das „kommunikative Dach“ einer Kampagne. Unter diesem Dach werden personalkommunikative Maßnahmen angeboten, zu denen Gesprächs,- Beratungs-, Trainings- oder Mitmachaktivitäten gezählt werden. Kennzeichnend für die Personalkommunikation ist - im Unterschied zur Massenkommunikation - die persönliche, individuelle Ansprache bzw. Gesprächsmöglichkeit mit einer Kontaktperson, die gezielt auf individuelle Fragen und Problemstellungen eingehen kann. Die Ergänzung massenmedialer Kommunikation durch personalkommunikative Angebote wird im Hinblick auf die langfristige Stabilität der Ergebnisse als entscheidend angesehen.

Beispiele für solche Kampagnen sind die von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung seit Mitte der 1980er-Jahre durchgeführte Kampagne „Gib Aids keine Chance“ oder die 2009 gestartete Jugendkampagne „Kenn Dein Limit“, die über Risiken von übermäßigem Alkoholkonsum informieren und zum verantwortungsvollen Umgang mit Alkohol anregen soll. Die Architektur dieser Kampagnen (vgl. Abb. 2) basiert auf einem syste-

matischen, theoriebasierten Planungs- und Steuerungsprozess, der der Logik der zielorientierten Projektplanung (ZOPP) folgt.

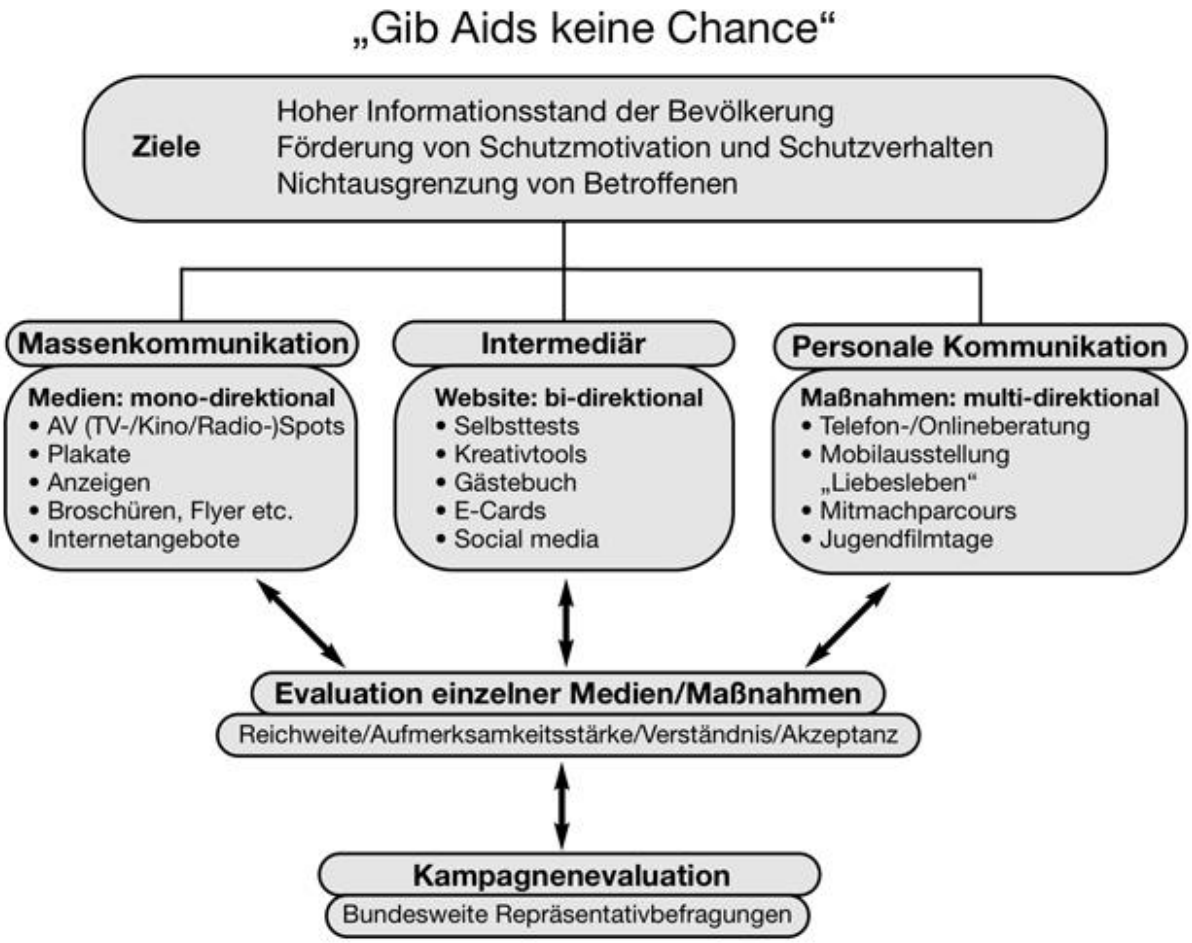


Abb. 2: Struktur der Aids-Kampagne der BZgA

In der *Kampagnenentwicklung* sind dabei die folgenden Schritte zu unterscheiden. Zunächst wird auf der Basis einer definierten 1.) epidemiologischen Ausgangslage (z. B. Inzidenzrate von Neuinfektionen) eine 2.) Definition von Kampagnenzielen und eine 3) Zielgruppenanalyse vorgenommen. Bereits bei der Zieldefinition und Zielgruppenauswahl wird auf 4.) theoretische Modelle zurückgegriffen, die erläutern, wie das Problem entsteht. Sie leiten damit die Suche nach solchen Faktoren, die die Probleme verursachen und die gleichzeitig auch verändert werden können. Beispiele für solche Theorien sind z. B. das **Modell der Gesundheitsüberzeugungen**, des geplanten Verhaltens (Aijzen) oder die **Sozial-kognitive Lerntheorie** (Bandura). Darüber hinaus werden 5.) Veränderungstheorien benötigt, um die Interventionsplanung anzuleiten. Veränderungstheorien erlauben, bei der Kampagnenplanung konkrete Aussagen und Annahmen zu formulieren, warum eine Kampagne erfolgreich sein kann, und bieten damit zugleich konkrete Anknüpfungspunkte für die Evaluation. Bekannte Beispiele für solche auf individuelles Verhalten gerichtete Veränderungstheorien sind das Transtheoretische Modell (Prochaska und Velicer) oder das da-

rauf aufbauende Konzept des Motivational Interviewing (Miller und Rollnick1991). Das 6.) Interventionskonzept schließlich beschreibt das Zusammenspiel der einzelnen Maßnahmen und kann als eine Art Regieanweisung verstanden werden, mit der die geplanten Maßnahmen in die Praxis implementiert werden. Dieser Prozess wird fortlaufend beobachtet und durch geeignete 7.) Evaluationsmaßnahmen begleitet, die bereits in der Phase der Zieldefinition beginnen. Auf der Basis dieses systematischen Vorgehens lassen sich dann die Wirkungen der Kampagnen überprüfen und Erfolge ausweisen.

Ein solches systematisches Planen und Ausführen von Gesundheitskampagnen hat insbesondere in den angelsächsischen Ländern eine längere Tradition und war bis vor wenigen Jahren in den Strukturen des britischen Gesundheitswesens angemessen verankert (COI). Dort wurde auch immer wieder eine kritische Diskussion über die Evidenz von kommunikativen Kampagnen zur Verhaltensprävention im Vergleich zu Maßnahmen der Verhältnisprävention geführt. Allerdings hat sich dort unter den Einflüssen neurowissenschaftlicher Forschungsergebnisse der ersten Dekade des 21. Jahrhunderts das strategische Denken in nationalen Gesundheitskampagnen deutlich verändert. Basierend auf neuropsychologischen Forschungserkenntnissen (Dolan 2012) soll Verhaltensänderung nicht mehr nur durch informationsgestützte, bewusste Entscheidungsprozesse (reflexives System), sondern durch die Ansprache unbewusster mentaler Prozesse (automatisches System) initiiert werden. Diese auf der Logik des Nudge-Ansatzes (Thaler/Sunstein) fußende Kampagnenstrategie führte rasch zu einer kontroversen Debatte in der Öffentlichkeit, die im Vorwurf gezielter Manipulation gipfelte und kurz darauf zur Beendigung dieser gesundheitspolitischen Initiative führte. Im deutschsprachigen Raum fand dieser Ansatz bislang erstmalig im Rahmen einer Werkstatttagung Beachtung (BZgA 2014).

In seinem Gutachten (2005) für das Gesundheitswesen Deutschland hat der Sachverständigenrat den Begriff der *Mehr-Ebenen-Präventionskampagnen* definiert und damit die Position von Präventionskampagnen im Spannungsfeld von Verhaltens- und Verhältnisprävention deutlich markiert. Mehr-Ebenen-Kampagnen sind dadurch gekennzeichnet, dass sie drei Interventionsebenen (Person, Setting/Sozialer Nahraum, Gesellschaft) unterscheiden und Maßnahmen für diese unterschiedlichen Ebenen konzipieren. Ein solcher Medien- und Maßnahmenmix, der zugleich verschiedene Interventionsebenen berücksichtigt, ist ein hoch komplexes und aufwendiges Vorhaben. Dieser Ansatz geht damit weit über das in der Kommunikationswissenschaft verbreitete Verständnis einer medialen Kampagne hinaus, indem er die kontextuellen Rahmenbedingungen für Gesundheitsverhalten im Sinne des **Settingansatzes** berücksichtigt.

Eine der erfolgreichsten Mehr-Ebenen-Kampagnen gegen das Rauchen war das 1989 begonnene California Tobacco Control Program (CTCP), das nicht nur zu einem deutlichen Rückgang des Tabakkonsums und der aktiv Rauchenden führte, sondern auch die tabakinduzierten Kosten im Gesundheitswesen nachweislich reduzierte (Lightwood et al 2008).

Kernstück dieses Programms war eine mediale Kampagne, die auf die Veränderung sozialer Normen im Zusammenhang mit Tabakkonsum zielte. Geplant wurde die indirekte Einflussnahme auf akute und potenzielle Raucher und Raucherinnen durch ein soziales Milieu und ein legales Umfeld, in dem der Konsum von Tabak weniger wünschenswert, akzeptabel und weniger verfügbar sein sollte. Die Kampagne führte zu erheblichen Konflikten mit der Tabakindustrie, die jedoch aufgrund ausreichender, politischer Unterstützung für die Kampagne keine Veränderung der Strategie erzwingen konnte.

Mit Blick auf die Wirksamkeit von Mehr-Ebenen-Kampagnen lässt sich abschließend festhalten, dass deren Erfolge nicht allein von der Qualität der konzeptionellen Planung und Durchführung sowie der Überzeugungskraft der kommunikativen Botschaften abhängig sind, sondern von der Beharrlichkeit und dem Vermögen, kontextinduzierte Widerstände zu überwinden, die sich oft als politische Interessenkonflikte verstehen lassen.

Literatur:

Abroms LC/Maibach EW, The Effectiveness of Mass Communication to Change Public Behavior, in: The Annual Review of Public Health, 29, 2008, 219-234;

Barth J/Bengel J, Prävention durch Angst? Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 4, BZgA, Köln 1998;

Baumann E/Hurrelmann K, Gesundheitskommunikation: Eine Einführung, in: Hurrelmann, K/ Baumann, E (Hg.), Handbuch Gesundheitskommunikation, Huber, Bern 2014, S. 8-17;

Baumann E/ Hastall MR/ Rossmann C/ Sowka A (Hrsg.), Gesundheitskommunikation als Forschungsfeld der Kommunikations- und Medienwissenschaft, Baden-Baden 2014;

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.), Neuroscience-Beiträge der Neurowissenschaften für Prävention und Gesundheitskommunikation , Band 18 Gesundheitsförderung Konkret, Köln 2014;

Dolan P/Hallsworth M/Halpern D/King D/ Metcalf R/Vlaev I, Influencing Behaviour, The MINDSPACE Way, in: Journal of Economic Psychology 33, 2012, S. 264-277;

Hurrelmann, K/ Baumann, E (Hg.), Handbuch Gesundheitskommunikation, Huber, Bern 2014;

Kreps, G (Hg.), Health Communication (Sage Benchmarks in Communication), 4 Bände, Sage 2010; Lightwood, JM/Dinno A/Glantz SA, Effect of the California Tobacco Control Program on Personal Health Care Expenditures, in: Plos Medicine, Volume 5, 2008, pp 1214-1222;

Miller WR/Rollnick S, Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior Guilford Press, New York 1991;

Naidoo J/Wills J, Lehrbuch der Gesundheitsförderung. Überarbeitete, aktualisierte und durch Beiträge zum Entwicklungsstand in Deutschland erweiterte Neuauflage, hrsg. von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Gamburg 2010, S. 284-308;

Pelikan JM/Schmied H/Dietscher C, Prävention und Gesundheitsförderung im Krankenhaus, in: Hurrelmann K/Klotz T/Haisch J (Hg.), Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung, 3. Aufl., Bern 2010, 290-301;

Thaler R/Sunstein C, Nudge: Improving Decisions about Health, wealth and Happiness, New Haven , 2009

Watzlawick P/Beavin JH/Jackson DD, Menschliche Kommunikation. Formen, Störungen, Paradoxien, Huber, Bern 2000

Internetadressen:

https://www.gov.uk/government/news/government-publishes-response-to-coi-review (COI)
http://chcr.umich.edu/ (Centre of Health Communication Research,Michigan)
www.netzwerk-gesundheitskommunikation.de/
www.bzga.de/die-bzga-im-internet

Verweise:

Health Literacy / Gesundheitskompetenz, Medienanwaltschaft: Interessenvertretung über die Medien und Agenda-Setting (Erklärungs- und Veränderungsmodelle III), Modell der Gesundheitsüberzeugungen / Health Belief Model (Erklärungs- und Veränderungsmodelle I), Settingansatz / Lebensweltansatz, Social Media / Gesundheitsförderung mit digitalen Medien, Sozial-kognitive Theorie (Erklärungs- und Veränderungsmodelle I)

Gesundheitskonferenzen

Alf Trojan

(letzte Aktualisierung am 04.01.2017)

Gesundheitskonferenzen (GK) sind eine - in Deutschland für die Kommunalpolitik besonders relevante - Form von **Partnerschaften für Gesundheit**. In einer englischsprachigen Auflistung von 15 verschiedenen Partnerschaftstypen (Baggott 2013, S. 10) gibt es keine Kategorie, die exakt auf Gesundheitskonferenzen anwendbar wäre. Aber alle genannten Bezeichnungen treffen zumindest teilweise zu, - um nur die wichtigsten zu nennen: Allianz, Koalition, Kooperation, Koordination, Ko-Produktion, Netzwerk, interorganisatorische / interdisziplinäre / intersektorale Zusammenarbeit. In Bayern und Baden-Württemberg wird konzeptionell mit einem Modell gearbeitet, in dem sich Gesundheitskonferenzen in Stufen zu immer größerer Verbindlichkeit fortentwickeln sollen: Vernetzung, Koordination, Kooperation, Verbund.

In einer älteren deutschen Begriffsbestimmung, die Hollederer in zwei aktuellen Übersichten wieder aufgreift, werden Gesundheitskonferenzen als „Runde Tische“ bezeichnet, die „die Vertreter aller relevanten Gruppierungen und Institutionen im Gesundheitswesen repräsentieren und auf Information und Verständigung, Kooperation und Partizipation zielen. Sie bewahren Eigenständigkeit und arbeiten nach dem Konsensprinzip.“ Auch wenn einige der eher normativen als beschreibenden Definitionsbestandteile einer vertieften Diskussion bedürfen, lässt sich grundsätzlich damit arbeiten.

In Baden-Württemberg wurde der Doppelcharakter als Struktur- und Prozess-Element folgendermaßen festgehalten:
„Kommunale Gesundheitskonferenzen sind:

- Steuerungsgremien, die über bedarfsorientierte, kommunale Analysen und Handlungsempfehlungen zur Gesundheit beraten und über deren Umsetzung entscheiden.
- Prozesse, in denen die relevanten Akteure gemeinsam über kommunale Stärken und Schwächen verhandeln, den kommunalen Bedarf feststellen und nach Lösungen suchen.“ (Ministeriumfür Arbeit und Sozialordnung, Familien und Senioren BW, 2010, S. 6)

Aus der Vielfalt der **Determinanten der Gesundheit** ergibt sich die Notwendigkeit, sich zu vernetzen und partnerschaftlich zusammenzuarbeiten. Dabei bleibt zunächst offen, auf welche Bereiche genau sich die Kooperation erstrecken soll, im Wesentlichen geht es aber

sowohl um die gesundheitliche und soziale Versorgung wie auch um die Prävention und Gesundheitsförderung. Koordination und Kooperation sind im Prinzip auf allen Ebenen nötig. Im Leitbegriff **Partnerschaften für Gesundheit** wird vor allem auf die internationale und nationale Ebene eingegangen. Hier werden die Landes- und Kommunal-Ebene behandelt.

Kooperationsstrukturen der Gesundheitsförderung gibt es schon sehr lange; sie werden uneinheitlich benannt als kommunale bzw. *regionale / Landes-Arbeitsgemeinschaften für Gesundheitserziehung* bzw. für *Gesundheitsförderung*, als *Arbeitskreise Gesundheit*, in NRW früher auch „kommunale Arbeitskreise" oder (jetzt) als *Gesundheitskonferenzen*. Ähnliche Kooperationsstrukturen haben sich auch in anderen Bereichen für andere Themen der Gesundheitsversorgung bewährt, z.B. als psychosoziale Arbeitsgemeinschaften, Pflegekonferenzen, Netzwerke Kinderschutz oder Armutskonferenzen. Ihre angezielte Zusammensetzung ist aus Abb.1 ersichtlich, hat in der Realität aber sowohl auf Landes- als auch auf Kommunal-Ebene starke Variationen.

Gesundheitspolitik/ Administration	• Mitglieder des zuständigen Stadt-/Landrates und von Gemeinderäten • Gesundheitsamt/Geschäftsstelle Gesundheitskonferenz • anlassbezogen Sozial-/Jugendhilfe, Verkehr, Umwelt, Schule, Arbeit etc.
Ambulante Gesundheitsversorgung	• Ärztekammer/Kreisärzteschaft, Kassenärztliche Vereinigung • Zahnärztekammer • Apothekerkammer • Psychotherapeutenkammer • Heilberufe
Stationäre Gesundheitsversorgung	• Einrichtungen der Gesundheitsvorsorge • Stationäre und teilstationäre Einrichtungen der Krankenversorgung, ggf. Pflege-/Rehabilitationseinrichtungen, Palliativversorgung
Sozialversicherungsträger	• Gesetzliche Krankenversicherung • Gesetzliche Pflegeversicherung, Gesetzliche Rentenversicherung, Gesetzliche Unfallversicherung bzw. Berufsgenossenschaften
Sonstige	• Vertreter der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe, Patientenvertreter/-schutz • Wohlfahrtsverbände, Beratungsstellen • Universitäten, Hochschulen, Forschungsinstitute • Weitere wichtige lokale Akteure, Beauftragte und Netzwerke

Abb.1: Typische Akteursgruppen in den Gesundheitskonferenzen (Quelle: Hollederer 2013)

Einige strukturelle und prozessuale Gemeinsamkeiten (allerdings auch mit starken regionalen Besonderheiten) sind: meist jährliche Treffen, Geschäftsstelle/ Koordinationsstelle als Infrastruktur, Ausschüsse / Arbeitsgruppen für Spezialthemen (als ständige Einrichtung oder ad-hoc), Organisation von Fachveranstaltungen wie z.B. Gesundheitstagen, Betreuung von Umsetzungs- und / oder Kooperationsprojekten.

Neben frühen Praxis- und Politik-Initiativen haben auch mehrere große Forschungsvorhaben zur Entwicklung, Erprobung und Implementierung neuer Koordinationsstrukturen beigetragen, insbesondere die Gemeindeinterventionen der Deutschen Herz-Kreislauf

Präventionsstudie (DHP, 1979-1991), der Verbund Laienpotential, Selbsthilfe und Patientenaktivierung (1979-1987) und die „Wohnortnahe Rheumaversorgung“ (1984-1990).

Bei all den alten und neuen Kooperationsstrukturen handelt es sich um „intermediäre“, zwischen Akteuren und Zuständigkeitsbereichen vermittelnde Instanzen (Konferenzen, Netzwerke, Foren, Arbeitsgemeinschaften u.ä.): Es sind gebiets-, zielgruppen- oder problembezogene, unterschiedlich organisierte Verbundsysteme, die oft Staat, Markt und informelle Sphäre miteinander verknüpfen (**Vermitteln und Vernetzen**). Solche Strukturen sind aber auch in Politikfeldern anzutreffen, die nicht explizit mit Gesundheit befasst sind (z.B. Umwelt, Stadtplanung, Bildung), aber implizit auch für Gesundheit relevant sind. Diese Verbundsysteme bzw. Partnerschaften sind Systemschnittstellen zwischen verschiedenen Politiksektoren, ermöglichen also intersektorale Politik. Obwohl bei Gesundheitskonferenzen die Absicht intersektoraler Verknüpfung immer mitschwingt, gelingt dies, wenn überhaupt, bisher meist nur für die Kooperation zwischen Gesundheits- und Sozialbereich.

Landesgesundheitskonferenzen (LGK). - In fast allen Bundesländern gibt es Koordinationsstrukturen für die gemeinsame Trägerschaft von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention. Diese sind außerordentlich heterogen bezüglich aller relevanten Strukturmerkmale.

Die Koordinationsstrukturen für Gesundheitsförderung und Prävention auf Landesebene haben Initiierungs- und Steuerungsfunktionen für ihre Mitglieder und die Landespolitik. Landesgesundheitskonferenzen gab es zuerst (seit 1998) in Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen-Anhalt, inzwischen in fünf Bundesländern.

Die Landes-Gesundheitskonferenz in *Sachsen-Anhalt* hat den Charakter einer Veranstaltung für und mit sowohl Fachwelt als auch Bevölkerung, während in anderen Bundesländern die Konferenzen Strukturelemente der Public Health-Politik darstellen. Sie ist ein Instrument, das fast ausschließlich im Dienst der Umsetzung von Gesundheitszielen steht. Im zweiten Gesundheitsbericht des Landes Sachsen-Anhalt (1997) wurde nicht nur über die gesundheitliche Versorgung berichtet, sondern auch der Vorschlag von fünf Gesundheitszielen gemacht. Dies war die Grundlage für die erste Landesgesundheitskonferenz, bei der die fünf vorgeschlagenen Ziele akzeptiert und ein sechstes (Zahngesundheit) hinzugefügt wurde.

Die sechs Ziele (Senkung der Säuglingssterblichkeit, der Herz-Kreislauf-Sterblichkeit und Krebssterblichkeit auf Bundesdurchschnitt, Erreichen eines altersgerechten Impfstatus, Verbesserung der Zahngesundheit und Senkung des Verbrauchs und der Auswirkungen legaler Suchtmittel) sind **Präventionsziele**. Dabei wurden folgende Typen unterschieden:

» Ziele, die an Krankheiten orientiert sind, deren Früherkennung verbessert, fortschreitend verhindert und deren letaler Ausgang reduziert werden sollen,

» Ziele, welche die Entstehung von Krankheiten mittels entsprechender (verhaltensorientierter bzw. medizinischer) Maßnahmen im Sinne des klassischen Präventionsansatzes erst gar nicht zulassen (Impfen und Gesundheitsförderung).

Zu diesen sechs Gesundheitszielen fanden in einem Zeitraum von ca. 1,5 Jahren „themenbezogene Workshops“ statt, die das Ziel hatten, die Ziele und die Umsetzungsmaßnahmen zu konkretisieren (MfAFGS 2001). Das Ergebnis der Workshops war die Bildung von Arbeitskreisen und z.T. auch Unterarbeitsgruppen dieser Arbeitskreise. Der gesamte Prozess von der Gesundheitsberichterstattung bis zur Umsetzung von Zielen wurde außerdem eng verknüpft mit einer landesweiten Gesundheitsstrategie („Initiative des Ministeriums für Arbeit, Frauen, Gesundheit und Soziales“) mit dem Titel „Vorsorgen - Gesundheit für Sachsen-Anhalt“.

Das Beispiel Sachsen-Anhalt beeindruckt durch die hohe Stringenz, mit der hier die Gesundheitspolitik nach dem **gesundheitspolitischen Aktionszyklus** (auch Regelkreis genannt) verfährt: Situationsanalyse durch Berichterstattung (**Gesundheitsberichterstattung**), Formulierung von präzisen prioritären Zielen (**Gesundheitsziele**), Umsetzung mit Experten und unter Beteiligung der Öffentlichkeit bei Steuerung durch das Ministerium sowie Evaluation des Erreichten mittels fortgeschriebener Berichterstattung.

Sachsen-Anhalt ist ein gutes Beispiel dafür, dass die Gesundheitskonferenz ganz und gar im Dienste der Prävention und Gesundheitsförderung steht. Ihre unregelmäßigen Treffen sind dennoch eher sporadisches Ereignis in einem Prozess als festes Strukturelement.

In *Mecklenburg-Vorpommern* hat es zwar einen frühen Beginn, aber keine große Kontinuität von Gesundheitskonferenzen gegeben. Seit einigen Jahren werden aber im Rahmen eines Aktionsbündnisses für Gesundheit Landeskonferenzen (im Sinne von Fachkonferenzen) abgehalten und hierdurch präventive und gesundheitsförderliche Aktivitäten gebündelt.

In *Baden-Württemberg* wurde 2013 die 1. Landesgesundheitskonferenz auf der Basis zweier vorangegangener „Gesundheitsdialoge“ durchgeführt. Als zentrale gesundheitspolitische Themen für den „Kongress in Stuttgart“ (Etikettierung laut Pressemitteilung) wurden die Handlungsfelder Gesundheitsförderung/Prävention, ambulante und stationäre Versorgung und Rehabilitation sowie die ambulante und stationäre Pflege, einschließlich Palliativversorgung und Hospizwesen genannt. Gesundheitsförderung steht zwar an erster Stelle, der Anspruch richtet sich jedoch sehr viel umfassender auf die gesamte Gesundheitsversorgung.

Die Landesgesundheitskonferenz *Berlin* besteht seit dem Jahr 2004 und wurde 2006 im Dienstreformgesetz des öffentlichen Gesundheitsdienstes verankert. Das Vorbild Nordrhein-Westfalen (NRW) hat die Konzeption maßgeblich beeinflusst.

In *NRW* waren die Ottawa-Charta und das Gesunde-Städte-Projekt (1986) sowie die Vorstellung des **Health Policy Action Cycle** durch das Institute of Medicine (1988) deutlich erkennbar die wichtigsten Meilensteine für die praktisch-politische und theoretische Entwicklung. Hierauf aufbauend wurde eine systematische Public Health-Politik gestartet, die 1988 mit der Landesgesundheitsberichterstattung begann, 1991 zur Landesgesundheitskonferenz führte, 1994/95 mit der Gründung der Gesundheitswissenschaftlichen Fakultät Bielefeld und des Landesinstituts für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (LÖGD) wichtige Infrastrukturelemente schuf, 1995 vorrangige Gesundheitsziele für NRW festlegte und das Modellprojekt „Ortsnahe Koordinierung der gesundheitlichen und sozialen Versorgung" startete. Noch bevor dieses vollständig ausgewertet war, wurden 1997 im Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst sowohl die Landesgesundheitskonferenz als auch die kommunalen Gesundheitskonferenzen formell implementiert und geregelt (§ 26 und 24). Die Landeskonferenz hat die Aufgabe, „gesundheitspolitische Fragen von grundsätzlicher Bedeutung mit dem Ziel der Koordinierung" zu beraten und „bei Bedarf Empfehlungen abzugeben"; „Die Umsetzung erfolgt unter Selbstverpflichtung der Beteiligten." Weitere (nicht gesetzlich vorgegebene) Aufgaben bestehen in der gemeinsamen Weiterentwicklung und Umsetzung der Gesundheitsziele und Gesundheitsberichterstattung für NRW sowie in der Betreuung des Projektverbundes „Gesundes Land NRW".

Die Mitglieder werden vom zuständigen Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie (MGSFF) einberufen (ungefähr wie in Abb.1). Die Verknüpfung mit der kommunalen Ebene ist durch Mitglieder aus den kommunalen Spitzenverbänden des Landes gegeben.

Nordrhein-Westfalen hat mit Abstand die größte Kontinuität und präziseste Regelung für die Koordination auf Landesebene. In einer Evaluation wird zu Recht festgestellt, dass die Landesgesundheitskonferenz (LGK) eine „unverzichtbare organisatorische Neuerung der Gesundheitspolitik auf Landesebene darstellt". Die aufgegriffenen Themen können als relevant im Sinne eines vorhandenen Gestaltungsbedarfs in dem jeweiligen Politikbereich gelten. Der Anspruch, Anstoß zu einer neuen Kultur „gemeinsamen Handelns im Gesundheitswesen" zu sein, wird erfüllt. Einschränkungen sind zu machen, inwieweit und in welchen Bereichen die LGK als Steuerungsinstrument dient (und dienen kann) und inwieweit ihre Empfehlungen zu greifbaren Auswirkungen führen.

Hamburg ist ein Beispiel dafür, dass gleichsinnige Bestrebungen nicht unbedingt auf die Etikettierung als „Landesgesundheitskonferenz" angewiesen sind: Länger zurückliegende Planungen für eine gesamtstädtische Strategie („Landesrahmenprogramm") und die „Bil-

dung von Handlungskoalitionen zu bedeutsamen Gesundheitsproblemen“ sind zwar bisher nicht in der anvisierten Form realisiert worden, sollen aber in der 2015 begonnenen Legislaturperiode wieder in Angriff genommen werden (Stichwörter: „Strategie Gesundes Hamburg“; Präventionskette). Allerdings gab es von 1992 bis 1997 eine „Gesundheits*förderungs*konferenz“ auf gesamtstädtischer Ebene, deren Aufgaben inzwischen von der Hamburgischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung (HAG) wahrgenommen werden.

Kommunale Gesundheitskonferenzen (KGK). - Diese gibt es in systematisch eingeführter Form bisher (2015) nur in 5 Bundesländern, in weiteren 9 wird an einzelnen Stellen damit experimentiert. Insgesamt waren 2014 ca. 130 kommunale Koordinations- und Kooperationsgremien bekannt (d.h. in ca. 1/3 aller Kreise und kreisfreien Städte). Die Bezeichnungen variieren: kommunale GK (NRW, Baden-Württemberg), gemeindenahe / regionale GK (Bayern), bezirkliche GK (Berlin), Gesundheits- und Pflegekonferenzen (Hamburg), auch regionale oder Kreis-Gesundheitskonferenzen.

In Gesetzen und programmatischen Papieren geht es um die gesundheitliche und soziale Versorgung, die Planung und Gestaltung des Gesundheitswesens und meist nur unter anderem um die Gesundheitsförderung und Prävention. Faktisch wird die Arbeit meist auf bestimmte Problembereiche und Bedarfe fokussiert. Im Vordergrund stehen chronische Erkrankungen mit ausgeprägten psychosozialen Komponenten (Abhängigkeiten, Psychische Störungen) oder bestimmte Zielgruppen (Kinder und Jugendliche; Alte und Pflegebedürftige). Überwiegend sind die konkreten Projekte eher als allgemeine Gesundheitsförderung und nur selten als gezielte Krankheitsprävention einzuordnen. Daneben gibt es auch primärpräventive Themen, besonders häufig ausgerichtet auf die Settings Schule und Kindergarten.

Die grundlegende Idee ist in den meisten Fällen, im lokalen Rahmen eine informationsgestützte Diskussion der Probleme und Bedarfe zu führen und dann mit der GK als Steuerungsinstrument die lokale Gesundheit und Gesundheitsversorgung zu verbessern. >Gesundheitsberichterstattung spielt dabei, wo immer sie vorhanden ist, eine wichtige Rolle. Der **ÖGD** hat in seiner Verantwortung für die GBE, aber auch darüber hinaus als Moderator und Träger der Geschäftsstellen eine Schlüsselrolle inne.

In Baden-Württemberg legte eine Projektgruppe „Kommunale Gesundheitskonferenzen“ 2010 einen Bericht bzw. eine Mischung aus Bestandsaufnahme und konkreter Planung vor, in dem die Einrichtung und Umsetzung von Kommunalen Gesundheitskonferenzen in diesem Bundesland konzipiert wurden. Erste Ergebnisse einer Evaluation bestätigen Erfahrungen, die andernorts gemacht wurden. Eine interessante Besonderheit gibt es in Hamburg; dort werden GK, GBE, Gesundheitsplanung und Maßnahmen zusammengefasst als „Gesundheitsförderungsmanagement“. Nur in einem Bezirk ist dies wiederum inte-

griert in das Sozialraummanagement, was kleinräumig eine gute Voraussetzung ist für integrierte bzw. intersektorale Handlungskonzepte darstellt (Abb. 2).

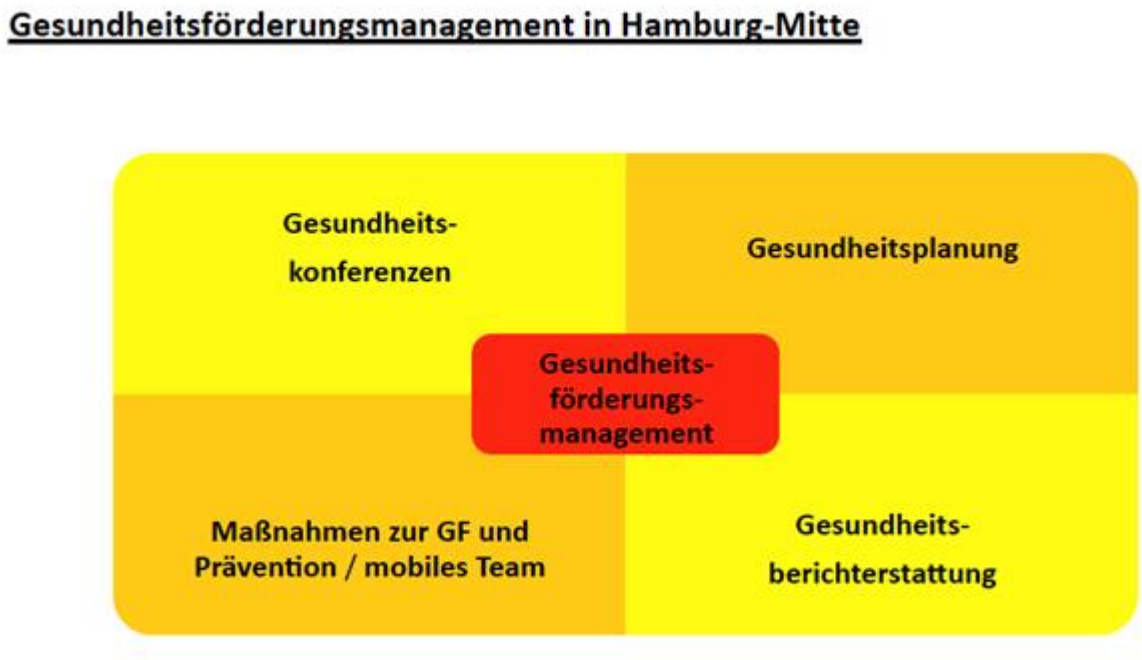


Abb. 2: Gesundheitskonferenz als Teil des Gesundheitsförderungsmanagements (Quelle: Internet-Auftritt des Gesundheitsamtes Hamburg Mitte)

Eine Online-Umfrage bei den Hamburger Gesundheitsämtern ergab, dass in allen 7 Hamburger Bezirken Gesundheits- oder Pflegekonferenzen bzw. Mischformen existieren, jedoch nur in 3 von 7 Ämtern Aktivitäten im Hinblick auf das Präventionsgesetz geplant waren (Herbst 2015). Auf Basis einer zukünftigen Landesrahmenvereinbarung und im Rahmen des Paktes für Prävention soll das kommunale Gesundheitsförderungsmanagement einschließlich der Gesundheitsförderungskonferenzen gestärkt werden.

Es gibt viele Beispiele guter Praxis von sehr aktiven Gesundheitskonferenzen (besonders in NRW), die auf den Internetseiten der betreffenden Städte gut dokumentiert sind, z. B. Bielefeld, Dortmund, Duisburg, Essen, Hamburg-Altona.

Auf der *Quartiersebene* wird die Kooperation und Koordination meist in Form „Runder Tische“ (Beispiel „Lenzgesund“) organisiert. Aus vielfältigen Gründen sind wirkliche Steuerungsfunktionen von ihnen kaum wahrzunehmen. Dies sind insbesondere die Verankerung der beteiligten Akteure in ihren jeweiligen hierarchischen Verantwortlichkeitsstrukturen und das Fehlen von Entscheidungsgewalt über einzusetzende finanzielle und personelle Ressourcen.

Möglichkeiten und Grenzen. - Systematische Evaluationen gibt es bisher wenig, am umfassendsten aus NRW. Allgemeine Aussagen sind deswegen schwer, weil es keine einheitli-

chen Zielsetzungen gibt, und das Erreichbare auch davon abhängt, wie stark die GKs formell implementiert und in der Kommunalpolitik akzeptiert sind.

Hollederer hat die Positiva und Negativa, die aus vorliegenden Erfahrungsberichten und Evaluationen vorliegen, in komprimierter Weise zusammengefasst (s. Abb. 3).

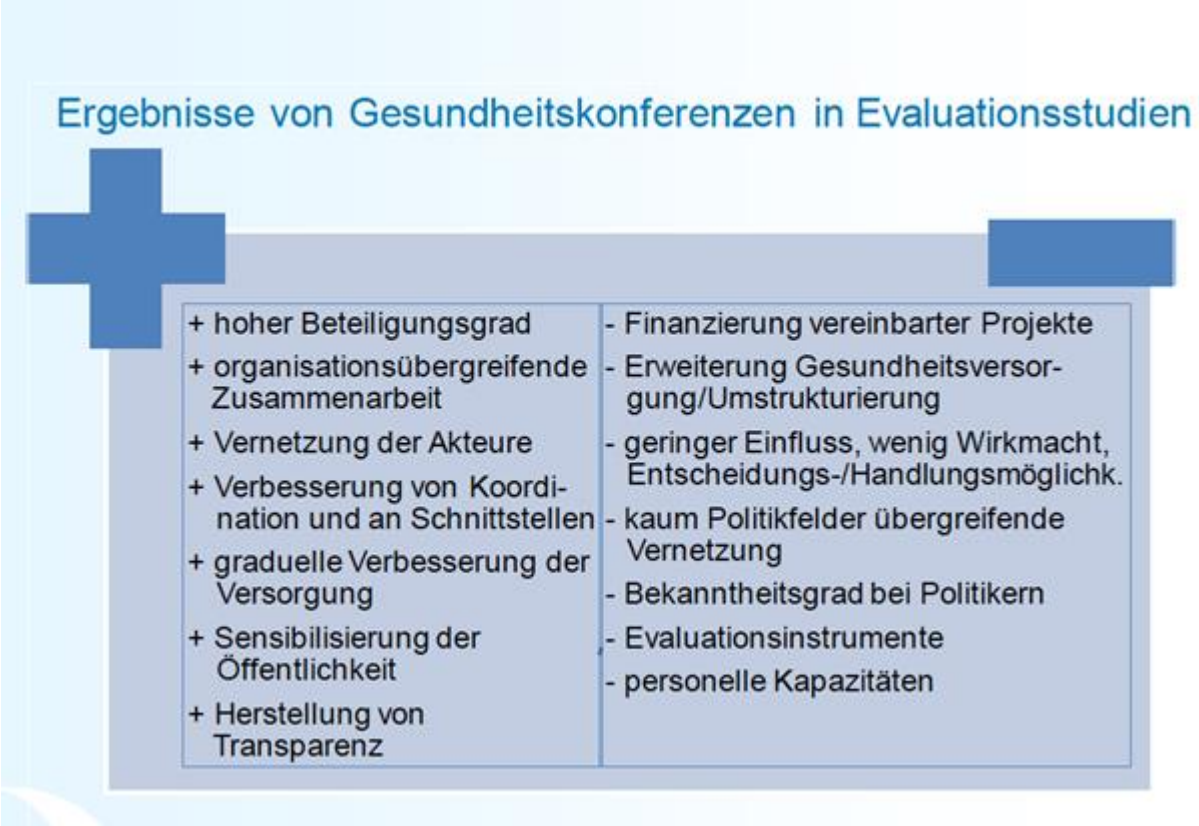


Abb. 3: Ergebnisse von Evaluationen (Quelle: Hollederer 2013)

Insbesondere aus der umfangreichen Evaluation der „ortsnahen Koordinierung“ und den späteren kommunalen Gesundheitskonferenzen in Nordrhein-Westfalen haben sich als *Hauptprobleme* herauskristallisiert: Konkurrenzprobleme zwischen bestimmten Anbietern, Entscheidungskompetenzen auf überörtlichen Ebenen, die Vernetzung und Kooperation mit GKV-finanzierten Strukturen und nur begrenzte Umsetzungserfolge.

Neuere Übersichtsarbeiten betonen als Hauptprobleme:

- Enge Gestaltungsspielräume durch bundesweit geregelte Vereinbarungen;
- Häufig fehlende Entscheidungsbefugnisse durch z.B. Zusammenlegung von Institutionen (Krankenkassen) und Zentralisierung;
- Status als Konsensgremium;
- mangelnde Politikfeld übergreifende Zusammenarbeit;
- Handlungsempfehlungen meist nur zu „weichen“ Themen;

» Fehlender Etat für Umsetzung; kommunal-politische Rahmenbedingungen allgemein („kommunale Ebene ist ausgeblutet“).

Eine sehr präzise Ausführungsverordnung in NRW von 1999 sollte unterstützen, dass Empfehlungen der GK tatsächlich von den Akteuren in kontrollierbarer Weise umgesetzt werden. Sie wurde jedoch 2006 von einer späteren Regierungskoalition aufgehoben, sicher im Einverständnis mit den meisten Kommunen, die die präzisen Vorgaben in den Empfehlungen als Überregulierung und Eingriff in die kommunale Gestaltungsautonomie empfanden. In Baden-Württemberg werden Gesundheitsförderungspläne und Fachpläne Gesundheit als Modelle erprobt, die größere Verbindlichkeit und Kontinuität schaffen sollen, ohne dass diese begrüßenswerten Konzepte zum jetzigen Zeitpunkt schon beurteilt werden könnten.

Eine allgemeine „Zwickmühle“ besteht darin, dass die kommunalen Gesundheitskonferenzen dort am erfolgreichsten sein können, wo es tatsächlich um lokale Probleme geht, andererseits aber viele lokale Probleme nur auf höheren politischen Ebenen beeinflussbar sind (Bundesgesetzgebung, bundesweit gesteuerte Politik der sozialen Leistungsträger, etc.). Zielerreichung, Prozess- und Ergebnisqualität hängen daher erheblich vom gewählten Thema bzw. den aufgegriffenen Problemlagen ab. Als zentrale Probleme für die zukünftige Weiterentwicklung der Gesundheitskonferenzen lassen sich zusammenfassen: die begrenzte Reichweite der ÖGD-Gesetze für kommunale Gesundheitspolitik, die Hindernisse für intersektorale Kooperation und die Umsetzungsschwierigkeiten bei im Prinzip „richtigen“ Gesetzen und Programmen.

Darüber hinaus gibt es erhebliche Probleme, Gesundheitskonferenzen mit gleichsinnigen Bestrebungen zu verknüpfen. Auf *horizontaler* Ebene stellt sich die Frage, warum „Integrierte kommunale Strategien“ bzw. integrative Handlungskonzepte, Präventionsketten, Netzwerke Frühe Hilfen, Kinderschutz-Netzwerke, , Koordinierungsstellen des Kooperationsverbundes gesundheitliche Chancengleichheit, Gesunde Stadt-Projekte etc. in aller Regel völlig losgelöst nebeneinander Netze und Koordinationsgremien schaffen, obwohl dies alles (lokal und auf Landesebene) zusammen in einem vernünftigen Gesamtkonzept integriert werden müsste.

Vertikal ist die Kommune in Bundesländern mit einer gezielten Public Health-Politik (NRW, Baden-Württemberg) immerhin programmatisch klar mit der Landeskonferenz verknüpft. Für Hamburg gilt das für die Hamburgische AG für Gesundheitsförderung und das Kommunale Gesundheitsförderungsmanagement der Bezirke schon weniger, soll aber im Rahmen der durch das **Präventionsgesetz** vorgesehenen Landesrahmenvereinbarung weiterentwickelt werden.

Für eine in dem **Präventionsgesetz** vorgesehene „Nationale Präventionskonferenz“ sind ähnliche Probleme bezüglich der Landesgesundheitskonferenzen (und-Behörden) vorprogrammiert.
Über die Zusammenarbeit der KGK mit Koordinierungsgremien auf niedrigeren Ebenen, z.B. Runden Tischen in Stadtteilen und Quartieren, gibt es keine Informationen, aber auch in diese Richtung wäre eine systematische Koordination und Kooperation wünschenswert.

Perspektiven. - Aus der vorliegenden Literatur sind einige notwendige *Voraussetzungen* herauszudestillieren, ohne die Gesundheitskonferenzen nicht wirklich wirksam werden können. Dazu gehören:

- ein politischer Wille und definierter Auftrag mit möglichst präziser Aufgaben- bzw. Prioritätenfestlegung;
- Möglichkeiten, Ergebnisse in die kommunalpolitischen Gremien einzubringen;
- finanzielle Basisausstattung und Ressourcen (möglichst fester Etat) für Umsetzung;
- eine Geschäftsstelle/Infrastruktur bzw. ein engagiertes Gesundheitsamt;
- fachliche Kompetenz und Integrationsfähigkeit bei der Leitung der GK;
- personelle und materielle Ressourcen;
- Fähigkeiten zur Gesundheitsberichterstattung und Public Health-Wissen;
- gute Auswahl und Aufbereitung der Themen ;
- neutrale, wertschätzende Sitzungsmoderation.

Hollederer hat 2016 das vorliegende Wissen in je 10 Empfehlungen für die Sicherung der Prozess- und der Ergebnisqualität für Praxis und Politik gebündelt zusammengefasst.

Wenn die Gesundheitskonferenzen tatsächlich bundesweit eine Schlüsselrolle für die Gesundheits*förderung* bekommen sollen, ist als Voraussetzung unabdingbar ein verbindlicheres Mandat der Gesundheitsämter und der von ihnen moderierten Gesundheitskonferenzen nötig. Dieses stärkere Mandat muss mit Ressourcen, Anreizen und Sanktionsmöglichkeiten verknüpft sein. Selbstverpflichtung *allein* reicht als Steuerungsinstrument für Koordination, Kooperation und Maßnahmenumsetzung nicht aus. Eckpunkte eines solchen verbindlichen Mandats wären in erster Linie:

- Gesundheitskonferenz als fest institutionalisiertes Instrument nicht nur der Koordination von Selbstverpflichtungen, sondern mit Entscheidungsbefugnissen über Prioritäten und Budgetbereitstellungen für Umsetzungsaktivitäten;
- ein rechtlich abgesicherter Auftrag, dem lokalen Parlament Entwicklungspläne für Prävention und Gesundheitsförderung (und Qualitätsentwicklung der Gesundheitsversorgung) vorzuschlagen („Fachpläne Gesundheit“);

» Auftrag, Kompetenzen und Ressourcen, um zu Gesetzesvorhaben und Programmen der Gesundheits-, Sozial-, Stadtentwicklungs- und Umweltpolitik Stellung nehmen zu können und Rechenschaft über deren Berücksichtigung zu erhalten (wie z.B. bei Umweltverträglichkeitsprüfungen).

Ein solches stringentes Mandat ist derzeit allerdings nur eine Vision für die fernere Zukunft der Gesundheitsförderung auf kommunaler Ebene.

Literatur:

Baggot R, Partnerships for Public Health and Well-Being. Policy and Practice, New York 2013

Fehr R/Fleuren T, Hassel H, Kommunale Gesundheitskonferenzen: Netzwerkarbeit in der Gesundheitsförderung. In: Kuhn J. (Hg.): „Gesundheit fördern mit dem ÖGD“. 2015, S.143-150

Hollederer A, Die Entwicklung der Gesundheitskonferenzen in Deutschland (Präsentation), Gemeinsamer Kongress Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP) und Deutsche Gesellschaft für Medizinische Soziologie (DGMS) am 20.9.2013 in Marburg (http://www.lgl.bayern.de/gesundheit/gesundheitsversorgung/gesundheitskonferenzen/index.htm,

Hollederer A, Gesundheitskonferenzen in Deutschland: ein Überblick. Gesundheitswesen 2015; 77(03): 161-167

Hollederer A, Regionale Gesundheitskonferenzen und Gesundheitsregionen plus in Deutschland: Struktur-,Prozess- und Ergebnisqualitäten. Public Health Forum 2016; 24 (1): 22-25

Knesebeck O v d u.a., Evaluation einer gesundheitspolitischen Intervention auf kommunaler Ebene. Das Modell „Ortsnahe Koordinierung der gesundheitlichen und sozialen Versorgung in NRW“, in: Gesundheitswesen 63, (2001), 35-41

Lorentz C, Wolf K, Trojan A , Der Runde Tisch Lenzgesund als Drehscheibe für die Entwicklung von Gesundheitsförderung im Quartier. Eine Gesamtbilanz, in: Trojan A, Süß W, Lorentz C, Nickel S, Wolf K (Hg), Quartiersbezogene Gesundheitsförderung. Umsetzung und Evaluation eines integrierten lebensweltbezogenen Handlungsansatzes. Weinheim/Basel 2013, S. 360-383

MfAFGS (Ministerium für Arbeit, Frauen, Gesundheit und Soziales): Gesundheit für Alle: die 6 Gesundheitsziele. Zwischenbericht zur 2. Landesgesundheitskonferenz am 06.03.2002. Magdeburg, 12/2001

Miksch A, Qualitätsentwicklung in den Kommunalen Gesundheitskonferenzen. Regionalkonferenz Baden-Württemberg 11.2.2015; http://bvoegdkon.rh-kunde.de/wp-cotent/uploads/sites/7/2016/05/KGK_Qualita%CC%88tsentwicklung_O%CC%88GD_30_04_2016.pdf (Zugriff 3.6.2016)

Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes NRW, Hrsg. Evaluation des Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG) des Landes NRW. Abschlussbericht. Hamburg, Köln: August 2003

Rieger-Ndakorerwa G, Stehr G, Nießen J, Zur Rolle und Funktion der Gesundheits- und Pflegekonferenzen in Hamburg bei der gesundheitszielbezogenen Umsetzung des Präventionsgesetzes in den Lebenswelten der Kommune. Gesundheitswesen 2016; 78 - V20, DOI: 10.1055/s-0036-1578835

Siegrist J, Geraedts M, Damerow T, Die Landesgesundheitskonferenz des Landes Nordrhein-Westfalens: Abschlussbericht über die Evaluation eines Instruments der Gesundheitspolitik nach 10jährigem Bestehen. Im Auftrag des MfGSFF des Landes NRW, Düsseldorf 2003

Weihrauch B, Gesundheitsziele - gesundheitspolitische Bedeutung und Entwicklungsansätze in den Ländern. Präsentation beim 8. Kongress Armut und Gesundheit, Berlin, 6./7.12.2002

Werse W, Kommunale Gesundheitskonferenzen, in: Journal für Gesundheitsförderung 2 (2), 2013, 36-41

Leykamm B, Kommunale Gesundheitskonferenzen - Einblicke in aktuelle Entwicklungen. Präsentation beim „3. Statussymposium - Die Gesundheitsstrategie in Dialog“ am 31.10.2012, Stuttgart 2012

Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familien und Senioren Baden-Württemberg. Bericht der Projektgruppe „Kommunale Gesundheitskonferenzen“. Reutlingen: 2010

Internetadressen:

www.lzg.nrw.de/ges_land_nrw/konf/index.html

http://gesundheitsziele.de/cgi-bin/render.cgi?__cms_page=gz_in_den_bl_sachsen-anhalt

(Zieleprozess seit 1997 in Sachsen-Anhalt)

www.lvg-lsa.de/o.red.c/gesund.php?site=f (Landeskonferenz Sachsen-Anhalt)

www.aktionsbuendnis-gesundheit-mv.de/Aktionsb%C3%BCndnis/Aktionsbuendnis/

www.berlin.gesundheitfoerdern.de/Landesgesundheitskonferenz.1012.0.html

http://gesundheitsdialog-bw.de/landesgesundheitskonferenz/

www.lgl.bayern.de/gesundheit/gesundheitsversorgung/ gesundheitskonferenzen/index.htm

Verweise:

Determinanten von Gesundheit, Gesundheitsberichterstattung, Gesundheitsziele, Öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD) und Gesundheitsförderung, Partnerschaften für Gesundheit, Prävention und Krankheitsprävention, Präventionsgesetz, Public Health Action Cycle / Gesundheitspolitischer Aktionszyklus, Vermitteln und Vernetzen

Gesundheitspolitik

Susanne Hartung, **Rolf Rosenbrock**

(letzte Aktualisierung am 05.08.2015)

Während die **Gesundheitswissenschaften** einschließlich der Medizin Antworten auf die Frage „Was ist gut, und was ist schlecht für die Gesundheit?" zu geben versuchen, geht es in der Gesundheitspolitik um das „Ob" und „Wie" der Umsetzung dieser Erkenntnisse in Programmen, Strukturen und Prozessen (*policy*) sowie um die auf dem Weg zur Umsetzung stattfindenden Auseinandersetzungen (*politics*) im Rahmen der dafür maßgeblichen Normen, Institutionen und kulturellen Orientierungen (*polity*).

Gesundheitspolitik ist demnach die Gesamtheit der - keineswegs nur staatlichen - Anstrengungen und Auseinandersetzungen im Hinblick auf bevölkerungs- bzw. gruppenbezogener Interventionen zur Förderung, Erhaltung und (Wieder-)Herstellung von **Gesundheit** sowie zur Bewältigung von **Krankheit** und ihrer Folgen. Zielformulierung, Finanzierung, Maßnahmengestaltung und Qualitätssicherung sind dabei wesentliche Elemente der Gesundheitspolitik. Dazu gehört auch die Gestaltung, Steuerung, Qualifizierung und Finanzierung der damit befassten Institutionen und Berufsgruppen.

Gesundheitspolitik findet dort statt, wo durch die Gestaltung von Verhältnissen, Verhaltensbedingungen oder Verhaltensanreizen populationsbezogen Wahrscheinlichkeiten von Erkrankung, Progredienz, Chronifizierung, Bewältigung oder krankheitsbedingter Einschränkung der Lebensqualität und Tod - positiv oder negativ - beeinflusst werden.

Das normative Ziel von Gesundheitspolitik ist die Verbesserung der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung. Das schließt Interventionen zur Senkung von Erkrankungswahrscheinlichkeiten (**Prävention** und **Gesundheitsförderung**) durch Minderung pathogener Belastungen und die Förderung **salutogener Ressourcen** ebenso ein wie die Gestaltung und Steuerung der Krankenversorgung einschließlich der Rehabilitation. Wie in der Medizin soll dabei eine Maßnahme dann - und nur dann - ergriffen werden, wenn die erwünschten Wirkungen hinreichend sicher eintreten und mögliche unerwünschte Wirkungen eindeutig übertreffen, und wenn die unerwünschten Wirkungen insgesamt tolerabel sind. Darüber hinaus sollen die Grundsätze der Selbstbestimmung des Individuums (z.B. durch **Partizipation**, *shared decision making)*, des Schutzes der Schwachen (ggf. durch „positive Diskriminierung", Zielgruppenorientierung) sowie die Bevorzugung von Selbststeuerung (Aktivierung, ***Empowerment)*** gegenüber Fremdsteuerung (das heißt z.B. möglichst wenig professionelle Intervention) gelten.

Die Ergebnisse der empirisch vorgefundenen Gesundheitspolitik weisen wegen der vielen in dieses Politikfeld involvierten Interessen nur zufällige Übereinstimmungen mit diesem normativ durchweg konsensfähigen Programm auf. In der öffentlichen Diskussion reduziert sich Gesundheitspolitik häufig auf Fragen der Steuerung und Finanzierung der Krankenversorgung. Gesundheitsförderliche Politik, verstanden als die Beeinflussung **sozialer Determinanten der Gesundheit** durch eine Zusammenarbeit verschiedener Politikbereiche (*health in all policies,* „implizite" Gesundheitspolitik, intersektorale Politik*)* werden in ersten Ansätzen aber dennoch nur zögernd betrieben.

Auf eine bessere Politiksteuerung in diesem Sinne zielt das europäische Rahmenkonzept „Gesundheit 2020" mit dessen Hilfe versucht wird, die vielen Determinanten zu verändern, die Gesundheit im nationalen aber auch europäischen Kontext beeinflussen. Die politische Rahmenstrategie sieht eine Zusammenarbeit der europäischen Regierungen vor und hält Gesundheitsministerien dazu an, eine Vielzahl gesellschaftlicher Akteure zur Erhaltung und Förderung von Gesundheit zusammenzubringen. Die ersten beiden Ziele von „Gesundheit 2020" sind die „Verbesserung der Gesundheit für alle und Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheiten" und die „Verbesserung von Führung und partizipatorischer Steuerung für die Gesundheit".

Ein gelungenes Beispiel für eine Determinanten-orientierte nationale Gesundheitspolitik findet sich in Schweden. Die 2003 in elf Zielen gefasste und vom Parlament verabschiedete neue Gesundheitspolitik wurde 2010 in drei Strategiebereiche (Schaffung gesunder Lebensbedingungen; Verbesserung der öffentlichen Gesundheit; Reduzierung von Alkohol- und Drogenkonsum und Spielsucht) gegliedert, die es Entscheidungsträgern erleichtern sollen, die anstehenden Herausforderungen anzugehen. Ganz innovativ hat das Schwedische Nationale Institut für öffentliche Gesundheit den Strategiebereichen viele Handlungsvorschläge für die verschiedenen Regierungs- und Verwaltungsebenen hinzugefügt, durch die verschiedene Informationen verteilt, Herausforderungen erkannt und die Kommunikation und gemeinsame Entscheidungsfindung der Entscheidungsträger befördert werden sollen. Unter den partizipativ und dialogisch entwickelten elf Zielen schwedischer Gesundheitspolitik sticht insbesondere das erste Ziel heraus, nach dem die soziale und politische Teilnahme und Einflussnahme (Partizipation, **Soziales Kapital**) der Bevölkerung gestärkt werden sollen.

» 1. Teilnahme und Möglichkeiten zur Mitbestimmung in der Gemeinschaft

» 2. wirtschaftliche und gesellschaftliche Sicherheit

» 3. sichere und fördernde Gegebenheiten für eine gesunde Kindheit

- 4. gesunde Arbeitsbedingungen
- 5. gesunde und sichere Umgebung und Produkte
- 6. Gesundheitssystem, das aktive Gesundheitsförderung betreibt
- 7. effektiver Schutz gegen nicht kommunizierbare Krankheiten
- 8. sichere Sexualität und Sexualleben
- 9. genügend körperliche Bewegung
- 10. ausgewogene und gesunde Ernährung
- 11. reduzierte Tabak- und Alkoholkonsum, Gesellschaft frei von Drogen und Drogenmissbrauch und Reduktion der Folgen von Spielsucht.

Abb. 1: Ziele schwedischer Gesundheitspolitik in Schweden (Quelle: Swedish Nation Institute of Public Health - **www.fhi.se**)

Im Hinblick auf die Organisation und Finanzierung der Krankenversorgung existieren in der Gesundheitspolitik die Alternativen „staatlich-steuerfinanziert" (v.a. Skandinavien, Großbritannien), „beitragsfinanzierte Sozialversicherung" (v.a. Zentraleuropa einschließlich Deutschland) und „marktwirtschaftlich" (v.a. USA). Kein System besteht in reiner Form. Nur primär staatliche und sozialversicherungsförmige Systeme haben bislang die Zivilisationsstufe erreicht, auf der jeder Mensch unabhängig von seinem sozialen Status und seinen finanziellen Ressourcen Zugang zu einer vollständigen und qualitativ hochwertigen medizinischen Krankenversorgung haben soll. Ungelöst ist v.a. das Steuerungsproblem, sodass die für die Akutversorgung gewachsenen Strukturen und Prozesse der Krankenversorgung den Notwendigkeiten der weiter zunehmenden Dominanz chronischer Erkrankungen immer weniger gerecht werden. Kritisiert wird die Dominanz der Interessen der Leistungsanbieter (z.B. Pharmaindustrie) im System und insbesondere die Arztzentrierung, durch die die Wirkungsmöglichkeiten anderer Gesundheitsberufe (v.a. Pflege, Sozialarbeit), aber auch der **Selbsthilfe** zum Teil behindert bzw. blockiert werden.

Seit 2009 besteht in Deutschland eine Versicherungspflicht für alle Personen. Die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) als Teil der sozialen Sicherung versichert ca. 90 Prozent der Wohnbevölkerung. Die im 19. Jahrhundert wesentlich von *Bismarck* unter Berücksichtigung der katholischen Soziallehre und der protestantischen Leistungsethik konzipierte GKV beruht auf einem Steuerungsmodell, das auf fünf Grundentscheidungen aufbaut:

1. Der Staat übernimmt die Verantwortung für die materielle Bewältigung gesundheitlicher und sozialer Notlagen, er fungiert gewissermaßen als Ausfallbürge.
2. Zugleich entlastet sich der Staat weitgehend von Steuerungs- und Gestaltungsaufgaben in der GKV durch Delegation an die Selbstverwaltung der dafür besonders legitimierten Akteure „Kapital“ und „Arbeit“, die die Aufsicht über die GKV führen.
3. Die Beiträge werden - im Gegensatz zur Privaten Krankenversicherung - nicht nach dem individuellen Risiko, sondern nach der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit (in Form eines festen Prozentsatzes vom Bruttoeinkommen) erhoben (Solidarprinzip). Sie sind fast paritätisch von den Versicherten und vom Arbeitgeber zu zahlen. Dadurch entsteht ein dauernder Ausgleich nicht nur zwischen Gesunden und Kranken, sondern auch zwischen Arm und Reich, Jung und Alt, Männern und Frauen, Alleinlebenden und Familien.
4. Im direkten Verkehr zwischen Trägern der Krankenversorgung und Patienten bzw. Patientinnen soll Geld keine Rolle spielen, auch ist die GKV mit ihrer Nachfragemacht (und nicht der Patient bzw. die Patientin) Vertragspartner der Leistungserbringer und damit auch zuständig für den Leistungskatalog und die Qualitätssicherung (Sachleistungsprinzip).
5. Inhalt, Mengen und Preise der Leistungen des Krankenversorgungssystems werden in Verhandlungen zwischen den Verbänden der Leistungserbringer und der Krankenkassen festgelegt (Gemeinsame Selbstverwaltung, Korporatismus). Kommen sie nicht zu einer Einigung, entscheidet der Staat. Trotz vielerlei Modifikationen und Beschädigungen hat sich dieses Modell als außerordentlich robust und entwicklungsfähig erwiesen, steht aber unter dauerndem Veränderungsdruck: Dabei werden immer wieder marktförmige und die Solidarität untergrabende Systemwechsel diskutiert.

Erschwert werden Reformversuche zur Verringerung bzw. Lösung dieser Probleme v.a. durch zwei übergeordnete Trends:

1. Infolge einer kontinuierlichen Abnahme des Anteils der Lohn- und Gehaltseinkommen am Bruttoinlandsprodukt steigen die Versicherungsbeiträge, die v.a. im Hinblick auf die Beitragsanteile der Arbeitgeber (Arbeitskosten, „Lohnnebenkosten“, „Standortsicherung“) thematisiert werden. Obgleich die infolge der Alterung der Bevölkerung und des medizinisch-technischen Fortschritts auftretenden Kostensteigerungen grundsätzlich als im GKV-System beherrschbar angesehen werden können, verstärkt sich die Tendenz, die Kosten durch Streichung auch medizinisch notwendiger Leistungen, also durch Rationierung, bzw. durch erhöhte Direktzahlungen der Patienten und Patientinnen zu senken, wodurch sozial benachteiligte

Gruppen, die ohnehin ein wesentlich erhöhtes Erkrankungsrisiko aufweisen, weiter benachteiligt werden.

2. Seit den letzten Jahrzehnten des 20. Jahrhunderts werden dem Markt und der wirtschaftlichen Konkurrenz in den dominanten Sektoren von Wissenschaft, Politik und Gesellschaft nahezu unbegrenzte Problemlösungskapazitäten zugeschrieben. In der Gesundheitspolitik einschließlich der Prävention besteht das zentrale Verteilungsproblem aber darin, dass Menschen mit der geringsten Kaufkraft zugleich auch den höchsten Bedarf an Gesundheitsleistungen haben, weshalb Marktsteuerung in einem grundsätzlichen Konflikt mit dem Ziel der Chancengleichheit (*equity*) steht.

Seit der Ottawa-Charta (1986) haben auch in Deutschland die Bemühungen um nichtmedizinische Primärprävention und Gesundheitsförderung an Kraft und Vielfalt gewonnen. Sie werden von einer Vielzahl staatlicher und zivilgesellschaftlicher Institutionen und Organisationen getragen. Die GKV hat seit 1989 einen begrenzten und mehrfach modifizierten Präventionsauftrag. Nach mehreren Anläufen (2005, 2008) ist es in Deutschland mit dem im Juni 2015 verabschiedeten Präventionsgesetz gelungen, dem Regelungsbedarf im Hinblick auf Zuständigkeiten, Finanzierung und Qualitätssicherung in der Prävention durch ein Bundesgesetz (**Prävention**) Rechnung zu tragen und damit diesem zentralen Feld einer nachhaltigen Gesundheitspolitik mehr Bedeutung zu verleihen.

Zur Beurteilung von Chancen und Risiken gesundheitspolitischer Entwicklungstendenzen ist von der historisch und aktuell vielfach belegten Erfahrung auszugehen, dass Gesundheit zwar ein moralisch stark klingendes Motiv ist, das sich aber in der politischen Auseinandersetzung nur selten gegen konkurrierende Werte wie Gewerbefreiheit, Wirtschaftswachstum etc. durchsetzen kann. Die Geschichte der Gesundheitspolitik zeigt, dass es zu gesundheitspolitischen Fortschritten und zielführenden Innovationen regelmäßig nur dann kommt, wenn sich das Gesundheitsmotiv mit einem anderen, handlungsmächtigeren Motiv (z.B. Produktivität, Bürgerrechte) verbindet und/oder wenn sich starke soziale Bewegungen des jeweiligen Themas annehmen und in möglichst breiten Koalitionen „gegentendenzielle“ Projekte oder Politiken durchsetzen.

Literatur:

Hurrelmann K/Razum O (Hg.), Handbuch Gesundheitswissenschaften. 5. vollständig überarbeitete Aufl., Weinheim 2012;

Kickbusch I/ Hartung S, Die Gesundheitsgesellschaft. Konzepte für eine gesundheitsförderliche Politik, 2. vollständig überarbeitete Aufl., 2014;

Labisch A, Homo Hygienicus, Frankfurt am Main 1992;

Rosenbrock R/Gerlinger T, Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung, 3. vollständig überarbeitete Aufl., Bern 2014;

Schwartz FW et al (Hg.), Public Health. Gesundheit und Gesundheitswesen, 3. völlig neu bearbeitete und erweiterte Aufl., München 2012;

Simon M, Das Gesundheitssystem in Deutschland. Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise, 4. vollständig überarbeitete Aufl., Bern 2013

Internetadressen:

www.fhi.se (Public Health Policy in Schweden)

Verweise:

Determinanten von Gesundheit, Empowerment/Befähigung, Gesundheit, Gesundheitsförderung 1: Grundlagen, Gesundheitswissenschaften / Public Health, Krankheit, Partizipation: Mitentscheidung der Bürgerinnen und Bürger, Prävention und Krankheitsprävention, Salutogenetische Perspektive, Selbsthilfe, Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeförderung, Soziales Kapital

Gesundheitsschutz

Joseph Kuhn, Andreas Böhm

(letzte Aktualisierung am 13.01.2015)

Unter dem Begriff Gesundheitsschutz werden Maßnahmen verstanden, die der Abwehr von Gefahren für das Leben oder die Gesundheit der Menschen dienen und die in der Regel auf einer rechtlichen Grundlage beruhen. Aus diesen beiden Definitionsmerkmalen lassen sich bereits einige Abgrenzungen zur Gesundheitsförderung ablesen. Anders als der Gesundheitsförderung liegt dem Gesundheitsschutz ein pathogenetischer Handlungsansatz zugrunde (**Salutogenetische Perspektive**). Des Weiteren ist der Gesundheitsschutz durch Handlungspflichten geprägt, d.h. es wird in die Privatsphäre von Menschen bzw. die Gestaltungsautonomie von Institutionen eingegriffen. Daher ist eine differenzierte Rechtsgrundlage für diese Eingriffe erforderlich, die es in dieser Form für die Inhalte der Gesundheitsförderung nicht gibt.

Historisch ist der Gesundheitsschutz vor allem durch eine gesundheitspolizeiliche Tradition geprägt. Maßnahmen des Gesundheitsschutzes wurden ursprünglich nicht eingeführt, um die Gesundheit des Individuums zu schützen, sondern um die öffentliche Ordnung aufrechtzuerhalten, vor allem im Hinblick auf den Ausbruch von Seuchen. Vorschriften zur Seuchenbekämpfung gehören zu den ältesten Gesundheitsschutzmaßnahmen - sie finden sich bereits im Altertum und in der Bibel. Einen Aufschwung haben gesundheitspolizeiliche Maßnahmen ab dem Mittelalter im Zusammenhang mit den Pestepidemien erfahren, z.B. was die Einführung von Quarantänemaßnahmen oder von Hygienevorschriften betrifft.

Die im Industriezeitalter entstandene Ausdifferenzierung des Gesundheitsschutzes sowie der mit dem Aufstieg des Bürgertums verbundene größere Stellenwert der körperlichen Unversehrtheit des Individuums führten jedoch zu einem Begründungswandel des Gesundheitsschutzes, weg von der Aufrechterhaltung der öffentlichen Ordnung, hin zum Schutz der Gesundheit des Individuums. Aus der Geschichte des Gesundheitsschutzes erklärt sich, warum die staatliche Gesundheitsverwaltung früher bei den Innenministerien, also den Polizeiministerien, angesiedelt war. Selbstständige Gesundheitsministerien sind historisch recht neuen Datums, das Bundesgesundheitsministerium gibt es z.B. erst seit 1961.

In Deutschland ergibt sich die Verpflichtung des Staates, für Maßnahmen des Gesundheitsschutzes Sorge zu tragen, aus dem Grundgesetz: Demnach sind Leben und Gesundheit des

Einzelnen nach Art. 2 Abs. 2 des Grundgesetzes zu schützen („Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit"). Die Gesetzgebungskompetenz liegt dabei sowohl beim Bund als auch bei den Ländern. Zudem sind inzwischen EU-Vorschriften richtungsweisend für viele Bereiche des Gesundheitsschutzes, vom Arbeitsschutz bis hin zur Lebensmittelsicherheit. Artikel 168 (1) des „Vertrags über die Arbeitsweise der Europäischen Union (AEUV)" sieht vor, dass bei allen Unionspolitiken „ein hohes Maß an Gesundheitsschutzniveau sichergestellt" wird, auch wenn die Verantwortung der Mitgliedsstaaten für die Gesundheitspolitik, die Organistion des Gesundheitswesens und die medizinische Versorgung gewahrt bleiben muss (Art. 168 (7) AEUV).

Gegenstand von Maßnahmen des Gesundheitsschutzes sind heute nahezu alle Bereiche des Lebens. Zu nennen sind hier zum Beispiel:

- Arbeitsschutz (Arbeitsstätten, Arbeitsplätze, Arbeitsmittel, Arbeitszeiten usw.),
- gesundheitlicher Verbraucherschutz (Sicherheit von Lebensmitteln, Produkten, Arzneimitteln usw.),
- umweltbezogener Gesundheitsschutz (Immissionsschutz, Strahlenschutz, Anlagensicherheit, Betriebssicherheit usw.),
- Infektionsschutz,
- Katastrophenschutz,
- Verkehrssicherheit,
- Überwachung der Gesundheitsberufe.

Dabei folgt man im Wesentlichen drei Handlungsprinzipien (s. Abb. 1).

Vorsorgeprinzip	Die Gefahren sollen erkannt und abgewendet werden, bevor sie Schaden verursacht haben.
Verursacherprinzip	Die Verantwortung für die Gefahrenabwehr soll nach Möglichkeit der Verursacher tragen.
Kooperationsprinzip	Behörden, Verursacher und andere Beteiligte wirken bei der Gefahrenabwehr zusammen.

Abb. 1: Primäre Handlungsprinzipien des Gesundheitsschutzes

Um diese Handlungsprinzipien zu verdeutlichen, werden fünf Bereiche des Gesundheitsschutzes im Folgenden exemplarisch beschrieben: Arbeitsschutz, Infektionsschutz, Trinkwasserschutz, Lebensmittelhygiene, Überwachung von Arzneimitteln und Medizinprodukten.

Arbeitschutz: Der Begriff umfasst nach § 2 (1) des Arbeitsschutzgesetzes (ArbSchG) von 1996 „Maßnahmen zur Verhütung von Unfällen bei der Arbeit und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren einschließlich Maßnahmen der menschengerechten Gestaltung der Arbeit". In zahlreichen Einzelvorschriften des Arbeitsschutzrechts sind in Konkretisierung dieser Rahmenvorschrift z.B. Regelungen zur Gestaltung von Arbeitsstätten, zum Umgang mit Gefahrstoffen, zur Handhabung von Lasten, zum Schutz besonderer Personengruppen (Schwangere, Jugendliche etc.) oder zur Dauer und Lage der Arbeitszeit getroffen. Normadressat des Arbeitsschutzgesetzes und der anderen Rechtsvorschriften ist im Wesentlichen der Arbeitgeber, d.h. auf der betrieblichen Ebene ist in erster Linie der Arbeitgeber für die Sicherstellung des Arbeitsschutzes verantwortlich.

Auf der überbetrieblichen Ebene ist das deutsche Arbeitsschutzsystem von einem Dualismus zwischen staatlichem Arbeitsschutz und selbstverwaltetem Arbeitsschutz durch die Unfallversicherungsträger geprägt. Der 7. Band des Sozialgesetzbuches (SGB VII) enthält für die Unfallversicherungsträger weitreichende Pflichten zur Prävention, die über die entschädigungsrelevanten Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten hinaus auch die arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren betreffen. Als Rahmen der Verständigung der Akteure auf gemeinsame Arbeitsschutzziele wurde 2008 im Arbeitsschutzgesetz und im SGB VII die „Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie" festgelegt.

Das Arbeitsschutzgesetz schreibt für den modernen Arbeitsschutz eine problemorientierte Vorgehensweise vor, d.h. der Arbeitgeber soll sich einen Überblick über die gesundheitlichen Gefährdungen an den Arbeitsplätzen verschaffen, diese in ihrer Relevanz beurteilen und festlegen, ob und welche Maßnahmen als Abhilfe vorzusehen sind (§ 5 ArbSchG). Damit soll vermieden werden, dass sich Arbeitgeber in ihrem Arbeitsschutzhandeln lediglich auf das Einhalten formaler Arbeitsschutzvorschriften konzentrieren und die tatsächliche Gefährdungssituation im Betrieb in den Hintergrund tritt. Für die Beschäftigten sieht das Arbeitsschutzgesetz sowohl Mitwirkungsrechte als auch Mitwirkungspflichten im Arbeitsschutz vor.

Eine wichtige Vorschrift zur Organisation des innerbetrieblichen Arbeitsschutzsystems stellt das Arbeitssicherheitsgesetz von 1973 dar. Es legt fest, dass die Betriebe Betriebsärzte bzw. -ärztinnen und Fachkräfte für Arbeitssicherheit verpflichten müssen. Den zeitlichen Betreuungsumfang legen die Unfallversicherungsträger (Berufsgenossenschaften) in ihren Unfallverhütungsvorschriften fest. In Kleinbetrieben ergeben sich aus dem relativ geringen Betreuungsumfang erhebliche Probleme in der betriebsärztlichen und sicherheitstechnischen Betreuung. Hierzu befinden sich neue Formen der Kleinbetriebsbetreuung in der Umsetzung (z.B. das „Unternehmermodell").

Für die Weiterentwicklung des Arbeitsschutzes spielen heute zum einen internationale Standards eine immer wichtigere Rolle - sie werden vor allem durch EU-Vorschriften allen

Mitgliedsländern der EU einheitlich vorgegeben. Zum anderen kommt der Arbeitsschutzforschung große Bedeutung zu, getragen z.B. durch arbeitsmedizinische Institute an den Hochschulen, Forschungsinstitute der Unfallversicherungsträger oder durch staatliche Forschungseinrichtungen wie z.B. der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.

Infektionsschutz: Mit dem Infektionsschutzgesetz (IfSG, Gesetz zur Neuordnung seuchenrechtlicher Vorschriften) von 2000 soll übertragbaren Krankheiten vorgebeugt, sollen Infektionen frühzeitig erkannt und ihre Weiterverbreitung verhindert werden.

Akteure	***Aufgaben***
Niedergelassene Ärzte/Ärztinnen und Krankenhäuser	Diagnose, Therapie, Belehrung, Beratung, Meldung an die Gesundheitsämter bei meldepflichtigen Krankheiten, Impfungen
Labore	Meldung an die Gesundheitsämter bei meldepflichtigen Nachweisen von Krankheitserregern
Gesundheitsämter	Maßnahmen zur Erkennung, Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten, Belehrung zu hygienisch zweckmäßigen Verhaltensweisen, Ermittlung des Impfstatus und Schließen von Impflücken, Trinkwasser-, Schwimmbeckenwasser- und Badegewässerüberwachung, Überprüfung von Hygienestandards z.B. in Krankenhäusern, Pflege- und Gemeinschaftseinrichtungen
Robert Koch Institut (RKI)	Konzeptionen zum Infektionsschutz. Beratung auf Ersuchen der obersten Landesgesundheitsbehörden, Richtlinien zum vorbeugenden Gesundheitsschutz, Auswertung von Meldedaten, Zusammenarbeit mit dem European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) und der Weltgesundheitsorganisation (WHO)

Abb. 2: Akteure und Aufgaben im Infektionsschutz (Beispiele)

Weitere wichtige Institutionen mit Aufgaben im Infektionsschutz, deren Rechtsgrundlage in anderen Vorschriften als dem Infektionsschutzgesetz geregelt ist, sind z.B. die Lebensmittel- und Veterinärüberwachungsbehörden oder die Arbeitsschutzbehörden. Neben den hier genannten Maßnahmen gibt es einen individuellen Spielraum zum Infektionsschutz: sich und die Kinder impfen lassen, Beachtung von Hygieneregeln und eine gesunde Lebensweise, die die allgemeine Infektabwehr stärkt.

Trinkwasserschutz: Wichtige gesetzliche Grundlagen sind §§ 37-40 des Infektionsschutzgesetzes und die Trinkwasser-Verordnung (TrinkwV) von 2001, mit der die EG-Richtlinie Trinkwasser umgesetzt wird. In der Trinkwasserverordnung werden u.a. die Anforderun-

gen an Wasser für den menschlichen Gebrauch (Trinkwasser) festgelegt, die Pflichten der Unternehmer/Inhaber der Wasserversorgungsanlagen und die Pflichten/Rechte der Gesundheitsämter als zuständiger Überwachungsbehörde.

Trinkwasser muss frei von Krankheitserregern, genusstauglich und rein sein (TrinkwV 2001). Dieses Erfordernis gilt als erfüllt, wenn bei der Förderung, Aufbereitung und Verteilung die allgemein anerkannten Regeln der Technik und die mikrobiologischen und chemisch/physikalischen Grenzwerte/Anforderungen eingehalten sind. Die Qualität des Trinkwassers wird in vorgeschriebener Weise in Eigenkontrollen durch die Unternehmer/Inhaber der Wasserversorgungsanlagen und durch amtliche Kontrollen der Gesundheitsämter überwacht. Maßnahmen für den Fall der Nichteinhaltung von Grenzwerten/Anforderungen sind in der TrinkwV ebenfalls festgelegt. Die Verantwortung der Gesundheitsämter hat sich mit der neuen TrinkwV erhöht. Die Verbraucher sind über die Qualität des Wassers durch die Unternehmer/Inhaber zu informieren.

Lebensmittelsicherheit und -hygiene: Ein zunehmend wichtiger Bereich des gesundheitlichen Verbraucherschutzes betrifft die gesundheitliche Unbedenklichkeit von Lebensmitteln, z.B. im Hinblick auf lebensmittelbedingte Infektionen, Kontaminanten, Rückstände (z.B. Pestizide) und Fremdkörper oder problematische Inhaltsstoffe. Auf europäischer Ebene wurde 2002 die EU-Basisverordnung zum Lebensmittelrecht (Verordnung [EG] Nr. 178/2002) erlassen, die allgemeine Grundsätze des Lebensmittelrechts, die Einrichtung einer Europäischen Behörde für Lebensmittelsicherheit und einige Verfahrensfragen (Schnellwarnsystem, Krisenmanagement und Notfälle) regelt. Im sogenannten „Hygienepaket“ wurden 2004 drei EU-Verordnungen erlassen (VO [EG] Nr. 852/2004 - VO [EG] Nr. 854/2004), die u.a. die von den Herstellern einzuhaltenden Anforderungen enthalten. Die Primärverantwortung für die Sicherheit der Lebensmittel und die Einhaltung der rechtlichen Anforderungen liegt beim Lebensmittelunternehmer; die Erfüllung dieser Vorgaben wird von der Lebensmittelüberwachung stichprobenweise kontrolliert. Durch Einführung der VO [EG] Nr. 882/2004 wurden einheitliche Vorgaben für die amtlichen Kontrollen geschaffen. Ein wichtiges Instrument in diesem Zusammenhang ist das Hazard Analysis and Critical Control Points-Konzept (HACCP-Konzept), das die Festlegung und Überwachung von kritischen Punkten in der Lebensmittelproduktion im Verantwortungsbereich des Unternehmers vorsieht. Damit folgt die Lebensmittelsicherheit hier einer ähnlichen Logik wie die oben erwähnte Gefährdungsbeurteilung im Arbeitsschutz.

Mit der ab Dezember 2014 geltenden Lebensmittelinformationsverordnung (LMIV) ist auch die Kennzeichnung von Lebensmitteln europaweit vereinheitlicht. Die Lebensmittelinformation soll explizit auch „einem umfassenden Schutz der Gesundheit und Interessen der Verbraucher“ dienen (Art. 3 Abs. 1 LMIV). Analog zu den meisten anderen Feldern des Gesundheitsschutzes soll auch die amtliche Lebensmittelüberwachung nicht nur repressiv handeln (Überwachung der Einhaltung von Vorschriften, Einleitung von Ord-

nungswidrigkeitenverfahren bzw. Veranlassung strafrechtlicher Verfolgung), sondern auch beratend wirken. Die im Lebensmittel-, Bedarfsgegenstände- und Futtermittelgesetzbuch von 2005 (LFGB) genannten Überwachungsmaßnahmen sind Ländersache und werden dort in unterschiedlicher Zuständigkeit umgesetzt. Auf der mittleren und unteren Behördenebene wird das LFGB durch die Regierungen, Kreisverwaltungsbehörden und Fachbehörden (z.B. Untersuchungsämter) umgesetzt.

Überwachung von Arzneimitteln und Medizinprodukten: Zum Gesundheitsschutz gehört auch die Kontrolle der Arzneimittel (auch Blutprodukte) und Medizinprodukte. Qualität, Wirksamkeit und Unbedenklichkeit sind die Richtschnur für diesen gesundheitlichen Verbraucherschutz. Für neuartige Arzneimittel gibt es eine zentrale Zulassung in Europa durch die EMA (European Medicines Agency). In Deutschland werden nationale Zulassungen durch das BfArM (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte) bzw. das PEI (Paul-Ehrlich-Institut) erteilt. Auf der Landesebene werden Überwachungsaufgaben geleistet. Dazu gehören beispielsweise Inspektionen bei pharmazeutischen Unternehmern, bei Großhändlern und in Krankenhausapotheken. Auch die Überwachung von klinischen Prüfungen und die Überwachung des Rückrufs qualitätsgeminderter Arzneimittel bis hin zur Warnung der gesamten Bevölkerung in Fällen von regional übergeordneter Bedeutung ist Aufgabe der Landesbehörden. In Zusammenarbeit mit den Zollbehörden wird der Import von Arzneimitteln kontrolliert. Finanziert wird die Überwachung von Arzneimitteln und Medizinprodukten durch den Bund (Zulassung), die Länder (Überwachung) und die pharmazeutischen Unternehmen (Gebühren für die Zulassung und Überwachung). Eine wichtige Rolle für eine qualitativ hochwertige Versorgung mit Arzneimitteln im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung spielt seit 2004 das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), das u.a. die Evidenz für den Nutzen neuer Arzneimittel prüfen soll.

Entwicklungstendenzen und Probleme: Deutschland hat im Gesundheitsschutz ein hohes Niveau erreicht. Viele Bereiche sind durch Rechtsvorschriften erfasst und im Hinblick auf Zuständigkeiten der Überwachung und Durchführung geregelt, es stehen qualifizierte Fachkräfte zur Verfügung und die Akzeptanz der meisten Maßnahmen bei der Bevölkerung ist gut. Es zeichnen sich jedoch auch einige Entwicklungen ab, deren Konsequenzen in den nächsten Jahren systematischer aufgegriffen werden müssen. Hier sei auf vier solcher Entwicklungen hingewiesen:

1. Die Globalisierung der Märkte erfasst auch den Gesundheitsschutz (**Globale Gesundheit/Global Health**). In der Folge ist das Gesundheitsschutzsystem zunehmend mit der Kontrolle und Überwachung von Produkten oder Unternehmen aus anderen Ländern und anderen Rechtssystemen konfrontiert. Um dieser Anforderung angemessen nachkommen zu können, fehlen vielfach noch die rechtlichen und organisatorischen Voraussetzungen. Ein anderer Aspekt der Globalisierung besteht

für den Gesundheitsschutz darin, dass er in vielen Bereichen zugunsten der Vereinheitlichung von Wirtschafts- und Sozialräumen an internationalen Standards ausgerichtet werden muss. Dabei muss es in Zukunft auch mehr darum gehen, die Qualität des Gesundheitsschutzes nach Benchmarking-Gesichtspunkten an den positiven Beispielen zu orientieren und nicht zu nivellieren.

2. Die rechtliche Normierung des Gesundheitsschutzes, die für eine Eingriffsverwaltung unverzichtbar ist, ist in einigen Bereichen nach wie vor unzureichend und schränkt die Handlungsmöglichkeiten des Staates spürbar ein. In anderen Bereichen besteht dagegen eine Normenvielfalt, die auch von Fachleuten nicht mehr vollständig durchdrungen wird. Hier ist es erforderlich, zu einer neuen Balance zwischen einer verlässlichen rechtlichen Grundlegung des Gesundheitsschutzes und einem transparenten und praktikablen Normensystem zu kommen. Damit einher geht die Notwendigkeit, anstelle der Überwachung von rechtlich geregelten Detailvorgängen eher eine übergeordnete Ergebnis- und Systemkontrolle durchzuführen, bei der im Vorfeld die „Erzeuger von Gefahren“ mehr Eigenverantwortung in der Gefahrenabwehr übernehmen. Im Verhältnis zwischen Gesundheitsschutzbehörden und ihrer Klientel gewinnen dadurch beraterische Elemente gegenüber Überwachungs- und Sanktionstätigkeiten an Gewicht.

3. Mit dem eingangs beschriebenen Wandel vom Schutzziel „Öffentliche Ordnung“ hin zum Schutzziel „Gesundheit“ geht auch ein Wandel einher von der direkten Gefahrenabwehr hin zur Sicherung der Qualität von Produkten, Verfahren und Lebensbedingungen (**Nachhaltigkeit**). Das Schutzniveau beschränkt sich nicht mehr auf die Mindestanforderungen einer unmittelbaren Gefahrenabwehr. Die Entwicklung des gesundheitlichen Verbraucherschutzes ist dafür ein prägnantes Beispiel. Je mehr aber Qualitätsgesichtspunkte im Vordergrund stehen, desto problematischer wird die rechtliche Durchsetzbarkeit von Normen auf der Ebene der Einzelkontrolle bzw. -überwachung, sodass andere Regelungsmechanismen entwickelt werden müssen.

4. Hinter der bereits erwähnten Umorientierung des Gesundheitsschutzes von der flächendeckenden Kontrolle und Überwachung aller Details hin zu einem Ansatz, der mehr auf Systemkontrolle und auf Beratung setzt, stehen neben den erwähnten inhaltlichen Überlegungen auch die Sparzwänge der öffentlichen Haushalte. Der Umbau des Gesundheitsschutzes geht daher vielerorts mit einem Abbau einher. Es kommt jedoch darauf an, den Gesundheitsschutz in seiner Qualität zu erhalten, seine Strukturen zukunftsorientiert weiterzuentwickeln und dabei insbesondere auch

den Öffentlichen Gesundheitsdienst nicht zum Symbol eines verarmten „Nachtwächterstaats“ im 21. Jahrhundert werden zu lassen.

Literatur:

Bachmann W/Schiwy P, Das Grüne Gehirn - Sammlung von medizinisch-fachlichen Erläuterungen und Rechtsgrundlagen mit Kommentaren zu den Aufgaben des Öffentlichen Gesundheitswesens (Loseblattwerk in 4 Ordnern), Starnberg 2011;

Bundesgesundheitsblatt, hrsg. von BfArM, BgVV, BZgA, DIMDI, PEI und RKI, im Internet unter www.bundesgesundheitsblatt.de;

Locher WG/Wildner M/Kerscher GF (Hg.), Der Öffentliche Gesundheitsdienst im internationalen Vergleich - Euregio Bodensee, München 2009;

Robert Koch-Institut, Statistisches Bundesamt (Hg.), Gesundheit in Deutschland, Berlin 2006, im Internet unter www.rki.de

Internetadressen:

www.baua.de/DE/Home/Home_node.html (Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin)
www.bfr.bund.de (Bundesinstitut für Risikobewertung)
www.dguv.de (Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung)
www.gda-portal.de (Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie)
www.rki.de (Robert Koch-Institut)

Verweise:

Globale Gesundheit / Global Health, Nachhaltigkeit und nachhaltige Gesundheitsförderung, Salutogenetische Perspektive

Gesundheitsverhalten, Krankheitsverhalten, Gesundheitshandeln

Toni Faltermaier

(letzte Aktualisierung am 19.10.2015)

Als *Gesundheitsverhalten* („health behavior") werden alle Verhaltensweisen von gesunden Menschen verstanden, die nach wissenschaftlichen (epidemiologischen) Erkenntnissen die Wahrscheinlichkeit erhöhen, dass Krankheiten vermieden werden oder die Gesundheit erhalten wird. Der Begriff wird damit vielfach als Gegenbegriff zum Risikoverhalten verwendet, der alle Verhaltensweisen oder Gewohnheiten umfasst, die wissenschaftlich belegt die Wahrscheinlichkeit erhöhen, eine spezifische Krankheit zu entwickeln.

Wir haben heute relativ gute Erkenntnisse über diese verhaltensbedingten Risikofaktoren: Sie tragen neben den somatischen (z.B. hohes Cholesterin, hoher Blutdruck) und psychosozialen **Risikofaktoren** (z.B. Stress, riskante Persönlichkeitsmerkmale) wesentlich zur Erklärung von schweren und chronischen Krankheiten (z.B. Koronare Herzerkrankungen, Diabetes, Krebserkrankungen) bei. Gut belegt sind Risikoverhaltensweisen wie z.B. Rauchen, übermäßiger Alkoholkonsum, Bewegungsmangel, fett- und kalorienreiche Ernährung, exzessives Sonnenbaden oder riskantes Sexualverhalten (**Risikofaktoren**). Im Umkehrschluss werden von Experten und Expertinnen jene Verhaltensweisen als Gesundheitsverhalten eingestuft, die diese riskanten Gewohnheiten vermeiden, z.B. ausreichende Bewegung oder Sport, ausgewogene Ernährung, ausreichender Schlaf, „safer sex" oder die Inanspruchnahme von Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen. Es ist aber empirisch viel schwieriger zu belegen, welche Verhaltensweisen in welchem Ausmaß und in welcher Dauer die Gesundheit erhalten können. Mehrfaches Risikoverhalten potenziert statistisch betrachtet das Risiko, eine Krankheit zu entwickeln; umgekehrt lassen sich mehrere Gesundheitsverhaltensweisen zu einem gesunden Lebensstil kombinieren. Empirisch lassen sich dann eine bessere Gesundheit bzw. geringere Krankheits- und Mortalitätsraten nachweisen.

Krankheitsverhalten („illness behavior") umfasst das Verhalten von Personen, die bereits Symptome einer Krankheit wahrnehmen und sich darum bemühen, diese abzuklären, eine Diagnose vorzunehmen und eine geeignete Behandlung zu erreichen. Es kann sich dabei etwa um Versuche handeln, die Bedeutung von Beschwerden einzuschätzen, auch durch

die Kommunikation mit anderen, sich Informationen über die Krankheit einzuholen, eine Krankheit und ihre Folgen zu verstehen, sich soziale Unterstützung und Hilfen in seinem sozialen Umfeld zu erschließen oder professionelle Hilfen (Ärzte/Ärztinnen, Beratungsstellen) aufzusuchen.

Krankheitsverhalten kann unterschieden werden vom *Krankenrollenverhalten* („sick role behavior"), das das Verhalten von Personen beschreibt, die bereits die medizinische Diagnose einer Krankheit erhalten haben und dadurch in der Regel die Rolle eines Patienten oder einer Patientin angenommen haben bzw. als solche wahrgenommen werden. Dazu gehören alle Bemühungen, eine geeignete Behandlung zu erhalten und das Fortschreiten einer Krankheit zu verhindern, die soziale Interaktion und Zusammenarbeit („compliance") mit behandelnden Experten/Expertinnen sowie der Umgang mit Behandlungsmaßnahmen und ihren Folgen.

Als *Gesundheitshandeln* („health action") wird das subjektiv bedeutsame Handeln von gesunden oder kranken Menschen verstanden, das mehr oder weniger bewusst mit dem Ziel der Gesunderhaltung und im alltäglichen sozialen Kontext erfolgt. Das Konstrukt wurde von Faltermaier (1994) in kritischer Absetzung zum Begriff des Gesundheitsverhaltens eingeführt, um der normativen Vorgabe eines umgrenzten, nur von Experten und Expertinnen definierten Verhaltens ein stärker subjektorientiertes und sozialwissenschaftliches Konzept entgegenzusetzen, das Handlungskompetenz auch bei medizinischen Laien unterstellt. Das Gesundheitshandeln wird im Kontext der **Salutogenese** und ihres **Gesundheits-Krankheits-Kontinuums** verstanden, muss also keiner eindeutigen Zuordnung von Menschen als gesund oder krank folgen, sondern kann das Gesundheitsmotiv bei allen Menschen unterstellen.

Das Gesundheitshandeln baut auf dem *Gesundheitsbewusstsein* auf (**Health Literacy**), also auf dem Alltagswissen von Personen oder sozialen Gruppen und ihren alltäglichen Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit (**Subjektive Gesundheit: Alltagskonzepte von Gesundheit**). Je nach subjektiver Sicht kann das Gesundheitshandeln mehrere Verhaltensebenen (Bewegung, Ernährung, Umgang mit wahrgenommenen Risiken und Belastungen, Aufbau und Erhaltung von personalen und sozialen Ressourcen) zu einer Lebensweise kombinieren und muss nicht in Einklang mit Expertenwissen stehen. Je nach sozialem Kontext kann sich das Gesundheitshandeln unterschiedlich manifestieren.

Für die *Gesundheitsförderung* bedeutet der Bezug auf Gesundheits- und Krankheitsverhalten bzw. auf Gesundheitshandeln, dass Menschen durch ihre alltäglichen Verhaltens- und Lebensweisen sowie deren Veränderung ihre Gesundheit wesentlich beeinflussen können und dass Professionelle der Gesundheitsförderung sie dabei in vielfältiger Weise unterstützen können: Es kann dabei um den Abbau eines spezifischen Risikoverhaltens (wie z.B. Rauchen) gehen, um den Aufbau eines Gesundheitsverhaltens (wie z.B. eines Bewegungs-

verhaltens), um die Unterstützung eines Krankheitsverhaltens (wie z.B. besserer Compliance bei einem Diabetespatienten), aber auch um die Weiterentwicklung eines Gesundheitshandelns bzw. einer gesunden Lebensweise. Als Grundlagen für diese professionellen Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung sind wissenschaftliche Erkenntnisse über die Bedingungen eines Gesundheits- und Krankheitsverhaltens und die Möglichkeiten ihrer Veränderung heranzuziehen. Diese Bedingungen haben viel mit Motivation und den sozialen Rahmenbedingungen zu tun (**Health Literacy**, **Soziale Ungleichheit**). Umfangreiche Forschungen zu den *Bedingungen des Gesundheitsverhaltens* werden v.a. in der Gesundheitspsychologie durchgeführt, die Medizinpsychologie beschäftigt sich stärker mit dem Krankheitsverhalten. Aber auch in der Medizinsoziologie, Sozialmedizin und Public Health sind einschlägige Forschungs- und Praxisansätze zu finden. Während psychologische Disziplinen oder die Verhaltensmedizin traditionell stärker mit dem Verhaltensbegriff arbeiten, ist der Begriff des Gesundheitshandelns stärker in der Tradition einer sozial- und subjektwissenschaftlichen Gesundheitsforschung verankert.

Modelle des Gesundheitsverhaltens versuchen, das Gesundheitsverhalten durch kognitive, soziale und soziodemografische Faktoren zu erklären (**Theorien und Modelle - Verhalten I-V**). Diese Tradition begann in den 1970er-Jahren mit dem Health Belief Model, in dem spezifische gesundheitliche Überzeugungen (wahrgenommene Risiken, wahrgenommener Nutzen und Kosten eines Verhaltens) formuliert wurden, um gesundheitsbezogene Verhaltensweisen wie z.B. die Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen zu erklären. In Kritik an der beschränkten Vorhersagekraft dieser frühen Modelle entstanden neue Modelle, die empirisch besser geprüft und konzeptionell durch ihre prozessualen Zusammenhänge überzeugender waren. International sehr bekannte Modelle sind heute etwa das „Health Action Process Approach"-Modell (HAPA) des deutschen Gesundheitspsychologen Schwarzer (2004) und das „Transtheoretische Modell" (TTM) des amerikanischen Psychologen Prochaska.

Als Bedingungen des tatsächlichen Gesundheitsverhaltens werden in diesen Modellen meist intentionale und volitionale Prozesse unterschieden. Ob eine Person die Absicht (*Intention*) für eine Verhaltensänderung ausbildet, setzt voraus, dass sie sich auch selbst als verwundbar wahrnimmt (*Risikowahrnehmung*), dass sie eine positive Wirkung auf die eigene Gesundheit erwartet (*Ergebniserwartung bzw. Kontrollüberzeugung*) und dass sie schließlich davon überzeugt ist, das Gesundheitsverhalten auch dauerhaft umsetzen zu können (Kompetenz- oder *Selbstwirksamkeitsüberzeugung*). Die Bildung einer Intention reicht aber allein nicht aus für eine Verhaltensänderung, vielmehr müssen in Prozessen der *Volition* („Wille") auch die Umsetzung der Verhaltensziele konkret geplant und kontrolliert werden, d.h. gegen Hindernisse und Widerstände abgeschirmt sowie in ihren Ergebnissen bewertet werden. Dabei sind neben kognitiven Prozessen auch *soziale Einflüsse* (normative Überzeugungen und Unterstützungen des Gesundheitsverhaltens in der eige-

nen Bezugsgruppe) und *sozialstrukturelle Faktoren (Geschlecht, Alter, sozialer Status)* wirksam; das verweist darauf, dass spezifische Formen des Gesundheitsverhaltens im sozialen Kontext eingebettet sind und über Prozesse der Sozialisation aufgebaut werden.

Das Krankheitsverhalten umfasst neben der Wahrnehmung von körperlichen Beschwerden und der Erstellung einer *„Laiendiagnose"* insbesondere den Umgang mit der Krankheit im Laiengesundheitssystem (Selbstbehandlung, Selbstmedikation, Hilfesuchen) und im professionellen System. Umfangreiche Forschungen befassen sich mit den Versuchen der Bewältigung von krankheitsbezogenen Belastungen (Copingforschung, **Stress**), den Bedingungen der Inanspruchnahme von und der Kooperation mit professionellen Leistungen (Complianceforschung) sowie mit den subjektiven Krankheitsvorstellungen von Patientinnen und Patienten, die den Umgang mit der eigenen Krankheit und mit den behandelnden Expertinnen und Experten wesentlich beeinflussen.

Es wird heute zunehmend erkannt, dass Prozesse des Gesundheits- und Krankheitsverhaltens in hohem Maße im *„Laiengesundheitssystem"* („lay health care system") erfolgen. Viele präventive und auf Krankheit bezogene Aktivitäten werden sozial abgestimmt und organisiert, sozial unterstützt oder gehemmt - vor, gleichzeitig und nach dem Kontakt mit dem professionellen System. Damit sind alle professionellen Bemühungen in der Prävention und Gesundheitsförderung darauf verwiesen, das individuelle und soziale Gesundheitshandeln wahrzunehmen, zu explorieren und zu respektieren, bevor professionelle Interventionen und damit Eingriffe in den Alltag von gesunden oder kranken Menschen erfolgen. Die Subjektorientierung in den Sozial- und Gesundheitswissenschaften geht von der Kompetenz und der eigenen Handlungslogik von „Laien" in allen Gesundheitsfragen sowie von sozial eingebundenen Prozessen aus. Die Subjektperspektive stellt damit die Grundlage für die in der Gesundheitsförderung geforderte **Partizipation** und für die Prozesse des **Empowerments** von Zielgruppen dar. Die Perspektive der **Salutogenese** hebt die Trennung zwischen Gesundheits- und Krankheitsprozessen auf und lässt das Gesundheitshandeln von mehr oder weniger gesunden oder kranken Menschen auf der Grundlage ihrer subjektiven und sozialen Bedingungen hervortreten.

Literatur:

Bengel J/Jerusalem M (Hg.), Handbuch der Gesundheitspsychologie und Medizinischen Psychologie, Hogrefe, Göttingen 2009;

Faltermaier T, Gesundheitsbewußtsein und Gesundheitshandeln. Über den Umgang mit Gesundheit im Alltag, Beltz, Weinheim 1994;

Faltermaier, T, Subjektive Konzepte und Theorien von Gesundheit und Krankheit. In R. Schwarzer (Hrsg.), Gesundheitspsychologie. Enzyklopädie der Psychologie C/X/1 (S. 31-53). Göttingen: Hogrefe 2005.

Faltermaier T, Gesundheitspsychologie, 2. überarb. und erw. Aufl., Kohlhammer, Stuttgart 2016;

Jerusalem M/Weber H (Hg.), Psychologische Gesundheitsförderung. Diagnostik und Prävention, Hogrefe, Göttingen 2003;

Schwarzer R, Psychologie des Gesundheitsverhaltens, 3. überarb. und erw. Aufl., Hogrefe, Göttingen 2004

Verweise:

Empowerment/Befähigung, Gesundheits-/Krankheits-Kontinuum, Health Literacy / Gesundheitskompetenz, Partizipation: Mitentscheidung der Bürgerinnen und Bürger, Risikofaktoren und Risikofaktorenmodell, Salutogenetische Perspektive, Soziale Ungleichheit und Gesundheit/Krankheit, Stress und Stressbewältigung, Subjektive Gesundheit: Alltagskonzepte von Gesundheit, Theorie des geplanten Verhaltens (Erklärungs- und Veränderungsmodelle I)

Gesundheitswissenschaften/ Public Health

Peter Franzkowiak

(letzte Aktualisierung am 09.06.2015)

Gesundheitswissenschaften/Public Health ist eine Begriffskombination, die in den 1980er-Jahren in Deutschland für eine neue Querschnittsdisziplin in der Gesundheitsforschung und im Gesundheitswesen eingeführt wurde - als deutsche Entsprechung zu den international eingeführten Bezeichnungen „Health Sciences“ und „Public Health“. Mittlerweile hat sich der Dachbegriff Gesundheitswissenschaften etabliert als Definition für „ein Ensemble von Einzeldisziplinen, die auf einen gemeinsamen Gegenstandsbereich gerichtet sind: die bevölkerungs- und systembezogene Analyse von Determinanten und Verläufen von Gesundheits- und Krankheitsprozessen und die Ableitung von bedarfsgerechten Versorgungsstrukturen und deren systematische Evaluation unter Effizienzgesichtspunkten“ (Hurrelmann u.a. 2012, 16).

Die Gesundheitswissenschaften befassen sich mit den körperlichen, psychischen und gesellschaftlichen Bedingungen (**Determinanten**) von Gesundheit und Krankheit, der systematischen Erfassung der Verbreitung von gesundheitlichen Störungen in der Bevölkerung und den Konsequenzen für Organisation und Struktur des medizinischen und psychosozialen Versorgungssystems. Sie erforschen die hinter den Erkrankungs- und Sterbewahrscheinlichkeiten in einer Population epidemiologisch fassbaren Risikostrukturen, Verursachungszusammenhänge, Bewältigungsmöglichkeiten und Versorgungsformen. Zu diesem Zweck integrieren sie Theorien, Modelle und Ergebnisse der herkömmlichen Spezialdisziplinen zu Gesundheit und Krankheit.

Public Health („Öffentliche Gesundheit/Gesundheit der Bevölkerung“) ist ein problembezogenes, multidisziplinär ausgerichtetes Fachgebiet der Gesundheitswissenschaften. Public Health umfasst die Gesamtheit aller sozialen, politischen und organisatorischen Anstrengungen, die auf die Verbesserung der gesundheitlichen Lage, Verminderung von Erkrankungs- und Sterbewahrscheinlichkeiten sowie Steigerung der Lebenserwartung von Gruppen oder ganzen Bevölkerungen zielen. Zur Public Health zählen alle organisierten, multidisziplinären und multiprofessionellen Ansätze in der Krankheitsprävention, Gesundheitsförderung, Krankheitsbekämpfung, Krankheitsbewältigung, Rehabilitation und Pflege. Ein besonderer Schwerpunkt liegt auf dem Management und der Evaluation kollektiver Gesundheitsprobleme und der Versorgungsgestaltung mit dem Ziel der Ent-

wicklung und Steuerung eines Gesundheitssystems, das der ganzen Bevölkerung (bzw. größeren Subpopulationen) eine möglichst gute und bedarfsgerechte gesundheitliche Versorgung bietet - unter Einsatz kulturell und medizinisch angemessener, wirksamer sowie ethisch und ökonomisch vertretbarer Mittel.

Entwicklung und Geschichte: Ab den 1970er-Jahren wuchs weltweit der Bedarf an wissenschaftlich gesicherten Entscheidungsgrundlagen angesichts der zunehmenden Probleme bei der Steuerung des Gesundheitssystems und der Kontrolle der Gesundheitsausgaben. Neben dieser Funktion diente in Deutschland die Einführung des Arbeitsbegriffs Gesundheitswissenschaften/Public Health ab Mitte der 1980er-Jahre auch dazu, die durch die Deutsche Herz-Kreislauf-Präventionsstudie (DHP) aufgebaute Forschungs- und Interventionsinfrastruktur zu erhalten. Dank großzügiger öffentlicher Förderung entstanden zwischen 1991 und 2001 fünf eigenständige Forschungsverbünde „Public Health". Eine Deutsche Koordinierungsstelle für Gesundheitswissenschaften war von 1992-2006 aktiv; seit 1997 existiert als wissenschaftlicher Dach- und Fachverband die Deutsche Gesellschaft für Public Health e.V. (DGPH). Von einer eigenständigen „scientific community" der Public Health in Deutschland zu sprechen, hielten die Bielefelder Pioniere Schnabel und Wolters 2010 allerdings noch für verfrüht. 2015 jährte sich zum 20. Mal der Kongress „Armut und Gesundheit", der mittlerweile größten Public Health-Veranstaltung in Deutschland mit kontinuierlichem Fokus auf Analyse und Abbau sozial bedingter Ungleichheiten in Gesundheitschancen.

Gesundheitswissenschaften und/oder Public Health sind in Deutschland mittlerweile nicht nur als Forschungsfelder, sondern auch als akademische (Querschnitts-)Disziplinen etabliert: mit Fakultäten, Instituten und einer wachsenden Zahl von grundständigen und postgradualen Studiengängen an Universitäten und Fachhochschulen/Hochschulen für Angewandte Wissenschaften. Nach Angaben der DGPH werden gegenwärtig an deutschen Hochschulen 9 grundständige B.A.-Studiengänge mit Public Health-Orientierung angeboten: 4 an Universitäten, 2 an Pädagogischen Hochschulen, 3 an Fachhochschulen. Als konsekutive, berufsbegleitende oder Weiterbildungs-Master gibt es Studienangebote an 11 Universitäten, 2 Pädagogischen Hochschulen und 4 Fachhochschulen. Promotionsmöglichkeiten bieten die Universitäten in Bielefeld, Bremen und Düsseldorf sowie die Medizinische Hochschule Hannover. In der Schweiz koordiniert und fördert die Swiss School of Public Health (SSPH+), ein übergreifender Zusammenschluss von Universitäten, Hochschulen und Weiterbildungseinrichtungen, auf nationaler Ebene die universitäre Weiterbildung und die damit verbundene Forschung in allen Bereichen von Public Health und Gesundheitsökonomie. Derzeit werden in der Schweiz - neben mehreren BA- und MA-Programmen zur Gesundheitsförderung und Prävention - 2 Public Health-Weiterbildungsmaster sowie ein verbundbasiertes PhD-Programm angeboten. In Öster-

reich gab es 2013 3 postgraduelle Public Health-Universitätslehrgänge und 2 Public Health-Doktoratsstudien.

Anfangs orientierten sich die Gesundheitswissenschaften/Public Health in Deutschland am Stand der Public Health in den USA, die als international führend angesehen wurde. Vorrangig ist hier die in den 1980er-Jahren einsetzende Entwicklung von „Old Public Health" zu „New Public Health" zu nennen (Abb. 1). Die „alte" Public Health sprach mit wissenschaftlich begründeten öffentlichen Hygienemaßnahmen schwerpunktmäßig gesundheitlich unterversorgte und sozial gefährdete Teilgruppen an - in dieser Ausrichtung durchaus vergleichbar mit der europäischen und deutschen Sozialhygiene des frühen 20. Jahrhunderts. New Public Health erweiterte den Adressatenkreis. Hier wird die Versorgung der gesamten Bevölkerung mit medizinischen und psychosozialen Dienstleistungen in den Blick von Forschung und Anwendung genommen.

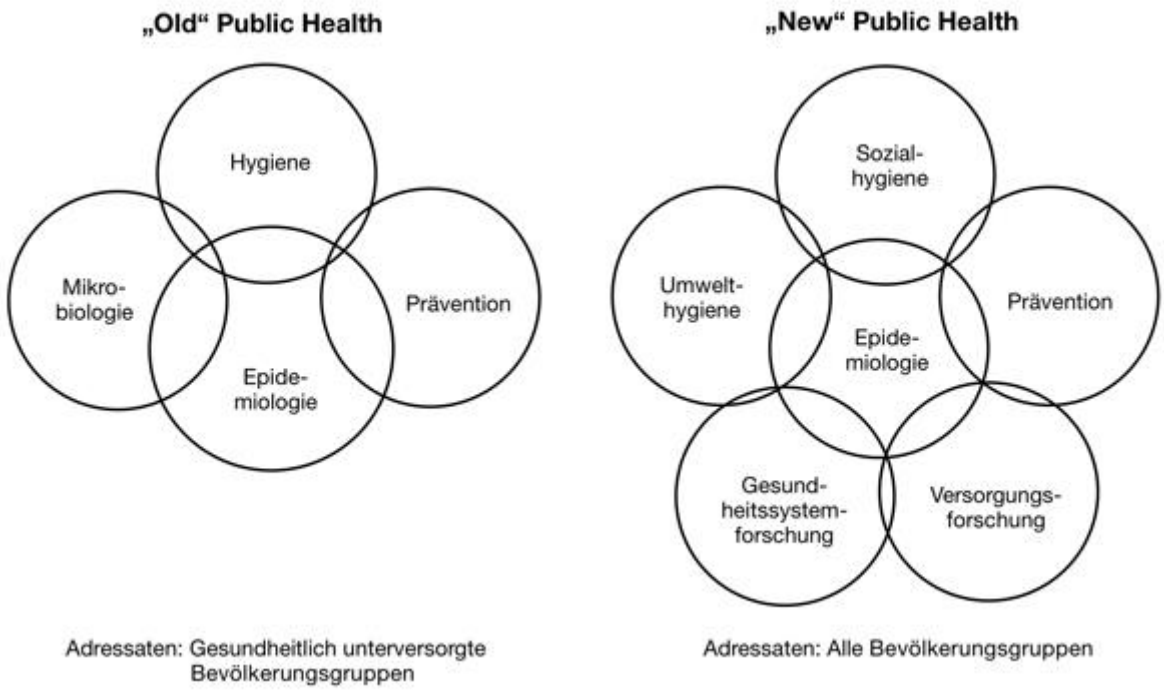


Abb. 1: Disziplinäre Entwicklung und Adressaten von Public Health in den USA (aus: Hurrelmann/Laaser/Razum 2012, 20)

Der Übergang führte zu einer Erweiterung der methodischen Basis. Während das traditionelle Konzept im Kern epidemiologisch bestimmt ist, treten im neuen Ansatz organisations- und systemorientierte Ansätze sowie die Gesundheitsökonomie gleichwertig hinzu. Im angelsächsischen Raum ist Public Health fest in der Forschungslandschaft und v.a. in der Gesundheitspolitik etabliert. Als Disziplin und Anwendungsfeld kann Public Health hier auf eine Tradition zurückblicken, die bis in die frühen Jahrzehnte des 20. Jahrhunderts reicht (Basisdefinition von Winslow 1920/1923) und zum Ende des Jahrhunderts revitali-

siert wurde durch „The Future of Health Report“ (USA 1988) und den Acheson-Report „Public Health in England“ (GB 1988).

Im angelsächsischen Raum und Skandinavien zeichnen sich - im Gegensatz zur (noch) bestehenden Situation in Deutschland - sowohl die alte als auch die neue Public Health durch einen starken politischen Anwendungsbezug und eine aktive Politikberatung aus. In Deutschland wurden v.a. die Forschungstraditionen und Theoriebildungen aus der **Sozialmedizin und Medizinsoziologie** unter das neue Dach subsumiert. Zugleich wurden die US-amerikanischen Konzepte, Forschungsschwerpunkte und -strategien der New Public Health aufgegriffen und auf deutsche Verhältnisse übertragen („nachholende Modernisierung“ nach Schwartz).

Inhalte und Forschungsthemen: „Gesundheitswissenschaften/Health Sciences“ (im Plural) wird derzeit als angemessener Oberbegriff für den Wissenschaftsbereich angesehen (Abb. 2).

Abb. 2: Das Selbstverständnis von Old Public Health, New Public Health und Health Sciences/ Gesundheitswissenschaften (aus: Hurrelmann/Laaser/Razum 2012, 31)

Die Gesundheitswissenschaften erheben den Anspruch, Erkenntnisse aus ihren bisher isoliert forschenden gesundheitsbezogenen Einzeldisziplinen zusammenzuführen und gemeinsame Fragen zu stellen. Sie beanspruchen, eine interdisziplinäre, gegenstandsbezogene Querschnittsdisziplin mit Integrationswirkung zwischen dem medizinisch-naturwissenschaftlichen und dem sozial-verhaltenswissenschaftlichen Paradigma zu sein. Wichtige Teildisziplinen sind Sozial-, Human- und Verhaltensmedizin, Psychiatrie und Neurologie, Arbeits- und Umweltmedizin, Epidemiologie und Demografie, Soziologie und

Politologie, Systemtheorie, Ökonomie und Gesundheitspolitik, Versorgungsforschung, Organisations- und Managementwissenschaften, Pädagogik und Kommunikationswissenschaften, Gesundheitspsychologie, Pflegewissenschaft, und Soziale Arbeit, Alternswissenschaften. Wissenschaften und Teilbereiche des medizinisch-naturwissenschaftlichen Paradigmas gruppieren sich um die **Epidemiologie** als zentrale Methode. Die Disziplinen des verhaltens- und organisationswissenschaftlichen Paradigmas gruppieren sich um das methodische Kerngebiet der empirischen Sozialforschung.

In der Zusammenführung von Konzepten, Methoden und Ergebnissen dieser Spezialwissenschaften wird eine Vielzahl von Gegenstandsbereichen und Umsetzungsfeldern wissenschaftlich bearbeitet (Abb. 3).

- Epidemiologische Beobachtung (Monitoring, Gesundheitsberichterstattung, Surveillance) und ätiologische Analyse der für das gegenwärtige und zukünftige Krankheitsspektrum zentralen chronischen Erkrankungen und ihrer Risikofaktoren/-strukturen;
- Ermittlung prioritärer Gesundheitsprobleme und Interventionsbereiche;
- Analyse der Determinanten von Gesundheit und Krankheit und deren Gestaltbarkeit;
- Analyse, Bewertung, Steuerung und Qualitätssicherung der Entscheidungsprozesse im Gesundheitswesen und der gesundheitlichen Versorgung in Richtung auf bedarfsgerechte, effektive und effiziente Gesundheitsdienste und Interventionsverfahren für die Bevölkerung und Gemeinschaften;
- Analyse und Bewertung von Entscheidungen in diversen Politikfeldern für die Gesundheit der Bevölkerung („health in all policies“/„equity in all policies“);
- Förderung von Gesundheit in Bevölkerung, Gemeinden und sozialen Gemeinschaften durch Senkung von (pathogenen) Belastungen und die Stärkung bzw. Erweiterung von (salutogenen) Ressourcen / Planung, Durchführung und Bewertung politischer und lebensweltbezogener Interventionen zur Gesundheitsförderung und zur Prävention gesundheitlicher Beeinträchtigungen;
- Analyse, Bewertung und Prognose der Bedarfe an präventiver, kurativer, rehabilitativer, pflegerischer und palliativer Versorgung sowie der Gesundheitsförderung der Bevölkerung, gegenwärtig und in der Zukunft;
- Wirksamkeits- und Effizienzprüfungen unterschiedlicher Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention sowie zur Krankenbehandlung;
- Bewertung der Eignung bestehender Strukturen und Prozesse (u.a. der Steuerung und Finanzierung) im Sinne einer effektiven und effizienten gesundheitlichen Versorgung und Gesundheitsförderung / Empfehlungen zur Gestaltung eines Gesundheitssystems, das allen Menschen eine hohe Ver-

sorgungsqualität und einen gleichen, undiskriminierten, ihrem Bedarf entsprechenden und bezahlbaren Zugang zu Versorgungsleistungen bietet;

» Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Krankheit und Tod, Verbesserung des Zugangs zu Gesundheitsdiensten für alle Teilgruppen einer Bevölkerung, insbesondere für sozial Benachteiligte;

» Sicherung angemessener Beteiligung von Patientinnen und Patienten sowie Bürgerinnen und Bürgern an der Gestaltung des Gesundheitswesens und an gesundheitsrelevanten Entscheidungen in allen Politikfeldern / Unterstützung von Prozessen zur Wahrung der Menschenrechte im Gesundheitswesen, insbesondere des Rechts auf selbstbestimmten Umgang mit Gesundheit und Krankheit;

» Bestimmung und Erforschung der weitergehenden Aspekte von Gesundheit im allgemeinen Kontext von Arbeitswelt und Umwelt, d.h. Arbeits- und Umweltepidemiologie, und die daraus resultierenden Strategien des **Gesundheitsschutzes** und der **betrieblichen und ökologischen Gesundheitsförderung**;
Bewertung und Folgeabschätzungen medizinischer und genetischer/gentechnologischer Entwicklungen und Erkenntnisse aus gesamtgesellschaftlicher Perspektive (**Health Impact Assessment** und **Health Technology Assessment**);

» Ansätze von Politikberatung durch Formulierung von öffentlicher Gesundheitspolitik („public health policies“) in Zusammenarbeit mit lokalen, regionalen und nationalen Einrichtungen der offiziellen (Gesundheits-)Politik und der Ebene von Nicht-Regierungs-Organisationen (NGOs);

» Analyse und Bewertung der Gesundheitsentwicklung in regionaler, nationaler und internationaler Perspektive.

Abb. 3: Gegenstandsbereiche der Gesundheitswissenschaften / Public Health Zusammenfassung von DGPH 2012, Schwartz et al. 2012, Hurrelmann/Razum 2014)

Gesundheitswissenschaftlerinnen und -wissenschaftler sehen soziale, wirtschaftliche und ökologische Einflüsse als bestimmend für die Dauer und die Qualität des Lebens an. In der Forschung konzentriert man sich insbesondere auf die (vergleichende) Analyse der Zusammenhänge zwischen Lebens- und Arbeitsbedingungen mit Lebensdauer, Risiko, Krankheit, Lebensqualität, Funktionsfähigkeit und Wohlbefinden. Die im 20. Jahrhundert national wie global erzielten Gewinne an Gesundheit und Lebenserwartung verteilen sich ungleich: nach Geschlecht und in Abhängigkeit von Bildung, Berufsstatus, Einkommen, soziokulturellem Milieu, ethnischer Zugehörigkeit, nach Region, politischer Verfassung, ökologischen Verhältnissen und wohlfahrtsstaatlicher Versorgung (**Soziale Ungleichheit**, **Epidemiologie und Sozialepidemiologie**).

Aufgabenfelder der Public Health: Im Anschluss an eine Definition der WHO aus dem Jahre 1952 definieren die angelsächsischen Reports der 1980er-Jahre Public Health als Gesamtheit aller organisierten, systemischen Steuerungsansätze und Interventionsformen, die dazu dienen, Krankheiten zu verhindern, Erkrankungs- und Sterbewahrscheinlichkeiten

zu vermindern, das Leben zu verlängern, die Lebensqualität zu verbessern, das gesunde Altwerden zu ermöglichen und die Versorgung der Bevölkerung mit notwendigen, effektiven und effizienten Gesundheitsleistungen sicherzustellen. Das Erkenntnis- und Veränderungsinteresse von Public Health gilt nicht der Gesundheit oder Krankheit von Einzelpersonen. In dieser Ausrichtung zeigt sich eine Abgrenzung zum Individuums- und Körperbezug der **Biomedizin**, zugleich eine enge Verbindung zur **Sozialmedizin** und der Medizinischen Soziologie. Trotzdem steht Public Health nicht diametral im Konflikt mit individueller Gesundheit. Das angemessene Management kollektiver Gesundheitsprobleme negiert nach Schwartz keinesfalls individuelle Präferenzen und Bedürfnisse. Vielmehr sei die Befriedigung auch individueller Bedürfnisse (möglichst aller Menschen) eine zentrale Vorstellung in modernen Public Health-Konzepten. Von besonderem Interesse für die öffentliche Gesundheit sind alle persönlichen, sozialen, materiellen und natürlichen Ressourcen, die zur Sicherung und Erhaltung von Gesundheit beitragen. Praktische Ansatzpunkte der öffentlichen Gesundheit sind Krankheitsprävention, Gesundheitsförderung, die Steuerung und Finanzierung der Krankenversorgung, Evaluation und Qualitätssicherung, Gesundheitsberichterstattung. Die in diesem Rahmen eingesetzten Mittel und Ansätze müssen kulturell und medizinisch angemessen, wirksam, ethisch und ökonomisch vertretbar sein. Die DGPH formuliert als übergeordnetes Ziel die Erarbeitung evidenzbasierter Aussagen über den gesundheitlichen Zustand der Bevölkerung und die Entwicklung des Gesundheitswesens.

Hurrelmann, Laaser und Razum sehen die zentralen Arbeitsfelder der Gesundheitswissenschaften in der Verschränkung von:

- an Personen und Gruppen orientierter Gesundheitsforschung (darin: Analyse der körperlichen, seelischen und sozialen Bedingungen und Kontexte der Gesundheits-Krankheits-Balance sowie Feststellung des Gesundheits-/Krankheitsstatus der Bevölkerung und Ableitung des Versorgungsbedarfs) mit der
- an Strukturen und Organisationen orientierten Gesundheitssystemforschung (darin: Analyse der Versorgungsbereiche Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention, Kuration, Rehabilitation und Pflege und ihrer Verzahnung sowie Ableitung von Modellen der Steuerung und Finanzierung des Versorgungssystems und Beratung der Gesundheitspolitik).

Entwicklungstendenzen, Probleme, Kritik: Ein theoretisches Kernproblem der Gesundheitswissenschaften/Public Health betrifft die Integration einzelwissenschaftlicher Erkenntnisse. Trotz des oft geäußerten Anspruchs einer multidisziplinären Integration ist noch nicht absehbar, welche Bausteine und gesicherten Ergebnisse aus den Einzelwissenschaften im Einzelnen und im v.a. in ihrem Zusammenwirken eine Theorie der Gesundheit (und der Gesundheitsförderung) bilden.

Konzeptionell wird in den Gesundheitswissenschaften/Public Health von der gleichberechtigten Kooperation, idealtypisch: der Gleichwertigkeit aller Teildisziplinen auf dem Hintergrund einer salutogenetischen Orientierung ausgegangen. Dies ist zumindest für die im Gesundheitssystem weiterhin dominierenden medizinischen Teildisziplinen (noch) nicht der Fall. Im Gesundheitswesen wie in der kulturellen Kodierung von Körperlichkeit, Gesundheit, Risiko, Krankheit und Sterben besteht (noch) ein umfassendes Definitions- und Handlungsmonopol der Medizin als „Krankheitswissenschaft". In Folge dieses ungelösten Grundkonfliktes ist bis heute auch das wissenschaftstheoretische und praktische Verhältnis zwischen medizinischer Prävention und Gesundheitsförderung innerhalb des Feldes nicht hinreichend geklärt.

Zukunftsaufgaben und Perspektiven umfassen: die weiter auszubauende Strukturbildung in Deutschland, eine Festigung des salutogenen Paradigmas im Wissenschaftsfeld, die Formulierung eines tragfähigen konsensuellen Gesundheits- und Krankheitsbegriffes, die Operationalisierung, empirische Festigung und Überprüfung komplexer gesundheitswissenschaftlicher Erklärungsmodelle, die Entwicklung einer interdisziplinär-dynamischen Lebenslauf- und Demografieperspektive für Forschung und Versorgung, eine Ausweitung und Stärkung der Versorgungs- und Qualitätsforschung, Erhöhung der Kompetenz zur Politikberatung sowie die Ausformulierung einer Public-Health-Genetics-Perspektive.

Die WHO fordert, das wissenschaftliche und politische Augenmerk verstärkt auf „global public health" zu richten. Als Ergebnis der Globalisierungsprozesse seien (negative wie positive) Determinanten der öffentlichen Gesundheit längst nicht mehr auf Staatsgrenzen beschränkt. Daher benötigen Public Health-Ansätze einerseits Aufmerksamkeit auf grenzüberschreitende Gesundheitsprobleme (z.B. Zugang zu gefährlichen Produkten, Klimawandel), zugleich das Bewusstsein, dass wirksame Lösungen oftmals transnationaler Kooperation benötigen und weit gefächerte Implikationen für globale Ökonomien und Handel, internationale Entwicklungsprozesse und Regierungshandeln haben können. Auch Razum und Kollegen verweisen auf die zunehmende Internationalisierung von sowohl Gesundheitsproblemen als auch Lösungsansätzen. Dazu zählen sie die globale Ausbreitung und Notwendigkeit der Bekämpfung von Infektionskrankheiten, die weltweit wirkenden epidemiologischen und demografischen Transitionen, nicht zuletzt die Notwendigkeit integrierter internationaler Ansätze zur Erhöhung von Verteilungsgerechtigkeit, insbesondere zur Bekämpfung von Armut und defizitärer Bildung als Hauptrisikofaktoren für vermeidbare Krankheiten und verkürzte Lebenserwartung (**Globale Gesundheit**, **Determinanten**).

Literatur:

Acheson D, Public health in England: The report of the Committee of Inquiry into the Future Development of the Public Health Function, London 1988;

Blättner B/Waller H, Gesundheitswissenschaft, Stuttgart 2011;

Detels R et al (Eds), Oxford Textbook of Global Public Health, Oxford 2015;

DGPH, Situation und Perspektiven von Public Health in Deutschland - Forschung und Lehre, Positionspapier 2012 - online: http://www.deutsche-gesellschaft-public-health.de/fileadmin/user_upload/_temp_/ DGPH_-_Public_Health_in_Deutschland.pdf;

Diem G/Dorner TE, Public Health Ausbildung in Österreich - Ein Überblick, in: Wiener Medizinische Wochenschrift 2014 (164), 131-140

Hurrelmann K/Razum O. (Hg.), Handbuch Gesundheitswissenschaften, Weinheim 2012;

Hurrelmann K/Laaser U/Razum O, Entwicklung und Perspektiven der Gesundheitswissenschaften in Deutschland, in: Hurrelmann K/Razum O (Hg.), Handbuch Gesundheitswissenschaften, Weinheim 2012, 15-51;

Institute of Medicine, Committee for the Study of the Future of Public Health, Division of Health Care Services, The Future of Public Health, Washington DC 1988;

Klemperer D, Sozialmedizin - Public Health - Gesundheitswissenschaften: Lehrbuch für Gesundheits- und Sozialberufe, Bern 2013;

Razum O et al (Hg), Global Health - Gesundheit und Gerechtigkeit, Bern 2014;

Schnabel P-E/Wolters P, 16 Jahre Fakultät für Gesundheitswissenschaften an der Universität Bielefeld, in: Schott T/Hornberg C (Hg.), Die Gesellschaft und ihre Gesundheit, Wiesbaden 2011, 105-126

Schott T/Hornberg C (Hg.), Die Gesellschaft und ihre Gesundheit - 20 Jahre Public Health in Deutschland, Wiesbaden 2011;

Schwartz FW, Public Health - Zugang zu Gesundheit und Krankheit der Bevölkerung, Analysen für effektive und effiziente Lösungsansätze, in: Schwartz FW et al (Hg.), Public Health - Gesundheit und Gesundheitswesen, München 2012, 3-6;

Schwartz W et al (Hg.), Public Health - Gesundheit und Gesundheitswesen, München 2012; WHO, Public Health - online: www.who.int/trade/glossary/health_ethics/en/.

Internetadressen:

www.aspph.org (Association of Schools of Public Health)
www.deutsche-gesellschaft-public-health.de (Deutsche Gesellschaft für Public Health e.V.)
www.eupha.org (European Public Health Association)
www.wfpha.org (World Federation of Public Health Associations)
www.swisstph.ch/ (Swiss Institute of Public Health)

Verweise:

Biomedizinische Perspektive, Determinanten von Gesundheit, Epidemiologie und Sozialepidemiologie, Gesundheitsförderung und Betrieb, Gesundheitsschutz, Globale Gesundheit / Global Health, Health Impact Assessment (HIA) / Gesundheitsverträglichkeitsprüfung, Health Technology Assessment (HTA) / Technikfolgenabschätzung, Soziale Ungleichheit und Gesundheit/Krankheit, Sozialmedizin

Gesundheitsziele

Miriam G. Gerlich, **Friedrich Wilhelm Schwartz**, **Ulla Walter**

(letzte Aktualisierung am 18.06.2018)

Gesundheitsziele sind durch Akteure des Gesundheitswesens vereinbarte Ziele, die in einem festgelegten Zeitraum erreicht werden sollen. Sie können direkt auf die Verbesserung der Gesundheit in definierten Bereichen oder für bestimmte Gruppen ausgerichtet sein, aber auch indirekt auf verbesserte Strukturen abzielen, die Einfluss auf die Gesundheit der Bevölkerung und auf die Krankenversorgung haben. Gesundheitsziele dienen der Priorisierung von besonderen Gesundheitsproblemen und -risiken und gesundheitsbezogenen Belangen der Bürgerinnen und Bürger sowie Patientinnen und Patienten. Auf der Grundlage gesicherter Erkenntnisse werden für ausgewählte Zielbereiche Empfehlungen formuliert und Maßnahmenkataloge erstellt. Die nachhaltige Entwicklung und Umsetzung von Gesundheitszielen ist oftmals als langfristiger Prozess angelegt. Zur Zielbestimmung gehört auch die Festlegung von Zeiträumen für die Umsetzung. Gesundheitsziele sollen:

- durch die Priorisierung den politischen Diskurs über die Weiterentwicklung von Gesundheitsförderung, Prävention, Kuration und Rehabilitation vorantreiben,
- die für Gesundheit zur Verfügung stehenden finanziellen Mittel problemangemessen lenken,
- neue Impulse für Management und Leistungserbringung vor Ort setzen.

Gesundheitsziele können sich auf sämtliche Gesundheitsbereiche beziehen: Prävention und Gesundheitsförderung, Früherkennung, Diagnostik, Therapie, ambulante und stationäre Versorgung sowie Rehabilitation und Pflegeleistungen. Zur Operationalisierung von Gesundheitszielen werden Teilziele, Strategien und Maßnahmen definiert. Ein Bestandteil ist dabei die Benennung der Zielgruppen und Handlungsfelder sowie der Allianzen für die fachliche und politische Unterstützung. Fast alle Gesundheitszielprogramme greifen Querschnittsthemen wie **sozial bedingte gesundheitliche Ungleichheiten** und **Gender Mainstreaming** auf. Am Teilziel 3 „Prävention von Krebserkennung ausbauen“ (s. Abb. 1) des Gesundheitszieles „Krebs bekämpfen“ lässt sich der multisektorale Charakter von Gesundheitszielprogrammen illustrieren. So sind hier als Handlungsfelder das Krankenhaus, die Familie und die Lebenswelt der Jugendlichen benannt.

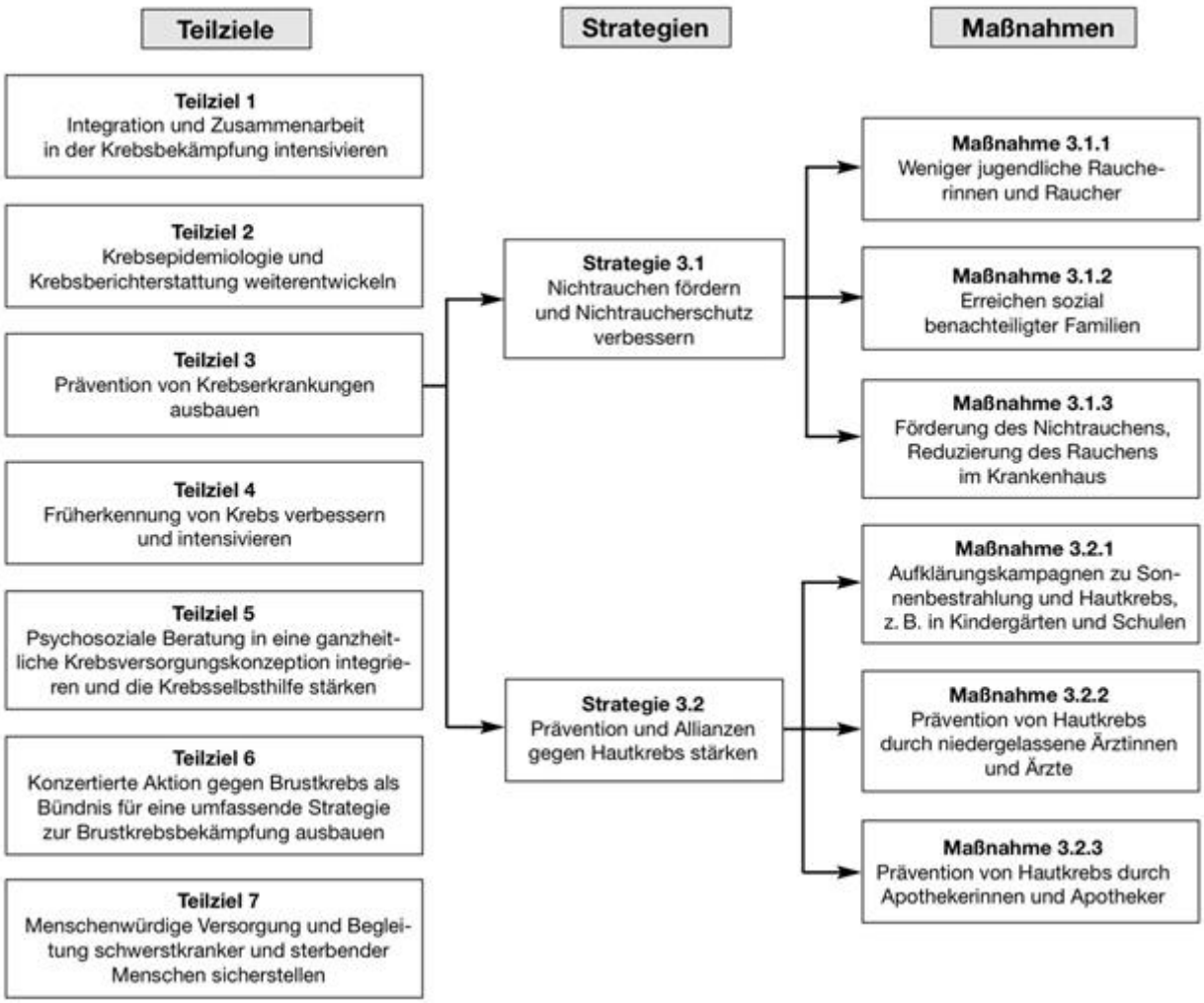


Abb. 1: Gesundheitsziele am Beispiel „Krebs bekämpfen", nach: Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen (2000/2005)

Um die Fortschritte bei der Erreichung eines Gesundheitsziels zu bewerten, müssen **Gesundheitsindikatoren** definiert werden. Die Indikatoren können sich auf alle Ebenen der Zieldefinition beziehen.

Die Ursprünge der Gesundheitszielprogramme reichen über 40 Jahre zurück. Unter anderem angeregt durch eine Umorientierung der kanadischen Gesundheitspolitik zu Beginn der 1970er Jahre, setzte sich die WHO für die Entwicklung von Gesundheitszielen ein. Eine andere Inspirationsquelle für die WHO stellte das Konzept „Management by objectives" der Industrie und weiterer Großorganisationen seit Ende der 1960er Jahre dar. Dieses Konzept ist auch heute noch in der internationalen Politik aktuell, wie in den Themenbereichen Klimaziele, Energiegewinnung, Ernährung, Abrüstung und Seuchenbekämpfung.

In Folge der Deklaration von Alma Ata von 1978 verabschiedete die WHO ihr erstes weltweites Gesundheitszielprogramm „Health for All", dem 1984 die Verabschiedung des eu-

ropäischen „Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000“ folgte, das 1991 aktualisiert wurde. 1998 wurde „Gesundheit für Alle bis zum Jahr 2000“ in das Gesundheitszielprogramm „Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert - Gesundheit 21“ überführt. 2012 wurde das europäische Rahmengesundheitskonzept „Health 2020“ vom europäischen Regionalbüro der WHO und den 53 Mitgliedstaaten in der europäischen Region beschlossen. Es beinhaltet die beiden strategischen Ziele „Verbesserung der Gesundheit für alle und Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheiten“ sowie „Verbesserung von Führung und partizipatorischer Steuerung für die Gesundheit“. Zudem werden vier vorrangige Handlungsfelder vorgeschlagen (s. Abb. 2). Auf diesen Grundlagen werden die Dachziele für die Europäische Region benannt.

Handlungsfeld 1	Investitionen in Gesundheit durch einen Lebenslauf-Ansatz und Stärkung der Handlungsfähigkeit der Menschen
Handlungsfeld 2	Bekämpfung der großen Krankheitslast aufgrund nichtübertragbarer und übertragbarer Krankheiten in der Europäischen Region
Handlungsfeld 3	Stärkung von bürgernahen Gesundheitssystemen, von Kapazitäten in den öffentlichen Gesundheitsdiensten und von Vorsorge-, Surveillance- und Gegenmaßnahmen für Notlagen
Handlunsgfeld 4	Schaffung stützender Umfelder und widerstandsfähiger Gemeinschaften

Abb. 2: Vorrangige Handlungsfelder von „Health 2020“

Außerhalb Deutschlands wurden Gesundheitsziele in zahlreichen OECD-Ländern entwickelt. Die Anzahl der Gesundheitszielprogramme auf regionaler Ebene ist kaum mehr zu überblicken.

In Deutschland wurden ab Mitte der 1980er Jahre Versuche unternommen, auf Bundesebene die Basis für die Definition von Gesundheitszielen zu legen. Verschiedene Bundesländer griffen das Gesundheitszielkonzept auf, so z.B. Hamburg (1992) und Nordrhein-Westfalen (1995). Für Berlin wurden von wissenschaftlicher Seite Gesundheitsziele entwickelt (1996), die zunächst keine politische Unterstützung fanden, später jedoch wieder aufgegriffen wurden. Ab Ende der 1990er Jahre entwickelten weitere Bundesländer Gesundheitsziele. Inzwischen werden in ganz Deutschland länderspezifische Gesundheitsziele oder prioritäre Handlungsfelder verfolgt.

Seit dem Jahr 2000 wurden auf Bundesebene Gesundheitsziele definiert. Das Programm *gesundheitsziele.de* bringt zahlreiche gesundheitspolitische Akteure in einem Forum zusammen und entwickelt im Konsens konkrete Gesundheitsziele (**www.gesundheitsziele.de**). Von 2003 bis 2006 wurden sechs Zielbereiche entwickelt,

drei weitere kamen anschließend dazu und wurden 2012, 2015 und 2017 und veröffentlicht.

1. Diabetes mellitus Typ 2: Erkrankungsrisiko senken, Erkrankte früh erkennen und behandeln (2003)
2. Brustkrebs: Mortalität vermindern, Lebensqualität erhöhen (2003; Aktualisierung 2011 und 2014)
3. Tabakkonsum reduzieren (2003; Aktualisierung 2015)
4. Gesund aufwachsen: Ernährung, Bewegung, Stressbewältigung (2003; Aktualisierung 2010)
5. Gesundheitliche Kompetenz erhöhen; Souveränität der Patientinnen und Patienten stärken (2003; Aktualisierung 2011)
6. Depressive Erkrankungen: Verhindern, früh erkennen und nachhaltig behandeln (2006)
7. Gesund älter werden (2012)
8. Alkoholkonsum reduzieren (2015)
9. Gesundheit rund um die Geburt (2017)

Für das Gesundheitsziel "Depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln" wird derzeit der Überarbeitungsbedarf geprüft. Das (noch nicht in der Liste enthaltene) 2013 beschlossene Gesundheitsziel „Patientensicherheit“ wird seit 2014 durch eine Arbeitsgruppe bearbeitet (**www.gesundheitsziele.de**).

Ein "Leitfaden zur Stärkung der Querschnittsanforderung Gesundheitliche Chancengleichheit" wurde im Jahr 2014 entwickelt und veröffentlicht (BMG 2018).

Es reicht nicht aus, alleinig Gesundheitsziele zu bestimmen, sondern ihre Umsetzung und Wirksamkeit müssen geprüft werden. Evaluationskonzepte liegen bislang für die Gesundheitsziele Tabakkonsum, Souveränität von Patientinnen und Patienten, Depressive Erkrankungen sowie Gesund aufwachsen im Setting Kindertagesstätte vor.

Die Bewertungskriterien zur Auswahl von Zielthemen umfassen folgende Dimensionen und Indikatoren:

1. Das Gesundheitsproblem verursacht eine hohe Mortalität
2. Das Gesundheitsproblem verursacht eine hohe bevölkerungsbezogenen Krankheitslast (Arbeitsunfähigkeit, Frühberentung, Rehabilitation)

3. Weite Verbreitung des Gesundheitsproblems in der Bevölkerung (Morbiditätsraten, Prävalenz, Verbreitung von Risikofaktoren, funktionelle Einschränkungen, Pflegebedarf)
4. Es besteht ein hoher Bedarf, aber auch hohe Chancen zur Verbesserung des Problems
5. Das Gesundheitsproblem ist mit hohen Kosten verbunden, die durch zielbezogene Maßnahmen verringert werden können
6. Es liegen keine ethischen Bedenken gegen das Gesundheitsziel vor; Das Gesundheitsziel hat aus ethischer Perspektive eine besondere Relevanz
7. Das Ziel leistet einen Beitrag zum Ausgleich sozialer und gesundheitlicher Benachteiligung (Geschlecht, soziale Lage, Alter, Migration)
8. Das Gesundheitsproblem ist aus Sicht der Bevölkerung und der Politik von hoher Priorität
9. Erfolge bei der Zielerreichung lassen sich wissenschaftlich messen
10. Instrumente und Verfahren zur Umsetzung des Ziels sind vorhanden
11. Akteure unterstützen die Umsetzung notwendiger Maßnahmen
12. Beteiligungsmöglichkeiten von Bürgerinnen und Bürgern sowie Patientinnen und Patienten (strukturell, individuell) sind gegeben.

Eine Herausforderung bleibt, den Erfolg von Gesundheitszielprogrammen zu bewerten. Die Programme wurden häufig nicht für die Umsetzung konzipiert, sondern um die öffentliche Debatte um eine gesundheitspolitische Strategie anzuregen. Außerdem wurde vielfach eine angemessene Beteiligung und Einbindung der Öffentlichkeit und der unmittelbaren Leistungserbringer versäumt. Auch waren oft an die Zielformulierung weder finanzielle Mittel noch Maßnahmen oder Koordinierungsmechanismen gebunden.

„Modelle guter Praxis“ im engeren Sinne gibt es für Gesundheitsziele nicht. Allerdings lassen sich in der Literatur eine Reihe von Elementen herausarbeiten, die ein erfolgreiches Gesundheitszielprogramm verwirklichen muss:

- Die Auswahl von Gesundheitszielen muss sich an wissenschaftlichen Erkenntnissen und an gesellschaftlichen Konsensentscheidungen orientieren;
- Die Zielsetzungsprozesse müssen transparent und nachvollziehbar sein;
- Gesundheitsziele müssen konkret sein (Teilziele, Strategien, Maßnahmen, Indikatoren, Zeitrahmen der Zielerreichung);

- Bei der Definition und Umsetzung von Gesundheitszielen müssen Bürgerinnen und Bürger, Patientinnen und Patienten sowie Leistungserbringer vor Ort eingebunden werden, um die Unterstützung zu gewährleisten;
- Gesundheitsziele müssen multisektoral Grenzen der Versorgung überbrücken und Zuständigkeiten koordinieren;
- Gesundheitsziele erfordern eine Koordinierung;
- Gesundheitsziele müssen nachvollziehbar für die Beteiligten/Betroffenen auf die Zielerreichung überprüft werden.

Gesundheitsziele können von großer politischer und auch praktischer Bedeutung für Prävention und Gesundheitsförderung sein. Sie bilden ein Korrektiv zur vorwiegend kurativen Ausrichtung der gesundheitlichen Versorgung. Darüber hinaus werden durch Gesundheitsziele auch andere „gesundheitsferne" Politikfelder wie z.B. die Steuerpolitik (Tabaksteuern), die Agrarpolitik (der gemeinsame Agrarmarkt in der Europäischen Union) oder die Verkehrspolitik zu relevanten gesundheitspolitischen Handlungsfeldern.

Inzwischen haben zahlreiche Länder nationale Gesundheitsziele benannt, so z.B. auch Österreich, wo 2012 zehn Rahmengesundheitsziele beschlossen wurden. An der Erarbeitung dieser Ziele waren mehr als 30 unterschiedliche Institutionen beteiligt. Zudem haben mehr als 40.000 Bürgerinnen und Bürger meinungsgebend über eine Internet-Plattform mitgewirkt (**Gesundheitsförderung in Österreich**).

In der Schweiz wurden 2002 von der Schweizerischen Gesellschaft für Public Health 21 Gesundheitsziele formuliert und veröffentlicht. Diese sollen zur Reflexion anregen, festgelegte Prioritäten unterstützen und als Orientierungspunkte für alle Akteure im Gesundheitswesen dienen. Im Januar 2013 wurde vom Bundesrat die Strategie „Gesundheit 2020" verabschiedet, die insgesamt 36 gesundheitspolitische Maßnahmen enthält (**Gesundheitsförderung in der Schweiz**).

Für Deutschland ist es zentral, den Nutzen der Gesundheitsziele messbar und sichtbar zu machen und die politische Verankerung auf Bundes- und Länderebene unter Vernetzung beider Ebenen zu fördern. Die bis dahin erarbeiteten Gesundheitsziele bzw. Themengebiete (**www.gesundheitsziele.de**), die auf Prävention und Gesundheitsförderung abzielen, fanden Eingang in das am 24.07.2015 in Kraft getretene Präventionsgesetz. Somit stehen seitdem gesetzliche Rahmenbedingungen zur Erreichung dieser Gesundheitsziele zur Verfügung.

Mit dem Präventionsgesetz soll die trägerübergreifende und zielorientierte Zusammenarbeit in der Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten gestärkt werden. Hierzu wurde die „Nationale Präventionskonferenz" gebildet. Das von gesetzlicher Kranken-, Unfall-, Renten- und Pflegeversicherung getragene Gremium hat sich im Oktober 2015

konstituiert und am 19. Februar 2016 erstmals bundeseinheitliche Rahmenempfehlungen zu Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten verabschiedet, die kontinuierlich weiterentwickelt und fortgeschrieben werden. An der Entwicklung der Bundesrahmenempfehlungen haben neben den vier Sozialversicherungsträgern Vertreterinnen und Vertreter von Bundes- und Landesministerien, kommunalen Spitzenverbänden, der Bundesagentur für Arbeit, Sozialpartnern, Patientinnen und Patienten sowie der Bundesvereinigung für Prävention und Gesundheitsförderung mitgewirkt (BMG 2018). In den Bundesrahmenempfehlungen wurden die gemeinsame Ziele "Gesund aufwachsen", "Gesund leben und arbeiten" sowie "Gesund im Alter" festgelegt. Durch die Orientierung am Lebenslauf soll gewährleistet werden, dass mit lebensweltbezogener Prävention grundsätzlich Menschen jeglichen Alters erreicht werden. Zusätzlich zu den Zielen und Zielgruppen beschreiben die Bundesrahmenempfehlungen auch konkrete Handlungsfelder und das Leistungsspektrum. Ebenfalls sind die Beiträge, die die Sozialversicherungsträger dazu leisten können, und die weiteren einzubeziehenden Organisationen enthalten (BMG 2018). Die konkrete Ausgestaltung präventiver und gesundheitsförderlicher Maßnahmen liegt bei den Akteuren auf Landes- und kommunaler Ebene. Diese haben nach dem Präventionsgesetz Landesrahmenvereinbarungen beschlossen, die neben den Bundesrahmenempfehlungen auch regionale Erfordernisse berücksichtigen.

Zukünftig gilt es, auf den bisher gewonnenen Ergebnissen aufzubauen und den Prozess der Evaluation und qualitätsgesicherten Umsetzung von Gesundheitszielen weiter voran zu bringen. Ein Schritt in diese Richtung ist der nach dem Präventionsgesetz alle vier Jahre zu veröffentlichende Präventionsbericht, der die Dokumentation, die Erfolgskontrolle und die Evaluation der Präventionsstrategie im Zeitverlauf zum Ziel hat. Erstmalig wird der Präventionsbericht zum 01.07.2019 erscheinen.

Literatur:

Bundesgesetzblatt Jahrgang 2015 Teil I Nr. 31, ausgegeben zu Bonn am 24. Juli 2015. Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz - PrävG), 17. Juli 2015

Geene R / Luber E (Hg.), Gesundheitsziele, Frankfurt/m. 2000;

Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung (GVG) e.V. (Hg.) gesundheitsziele.de - Forum Gesundheitsziele für Deutschland. Gesundheitsziele für Deutschland: Entwicklung, Ausrichtung, Konzepte, Köln 2001, 79-112;

Maschewsky-Schneider U / Klärs G / Ryl L et al. Gesundheitsziele.de Ergebnisse der Kriterienanalyse für die Auswahl eines neuen Gesundheitsziels in Deutschland, in: Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz 2009, 764-774;

Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen (2000). Zehn vorrangige Gesundheitsziele für NRW, Ziel 2: Krebs bekämpfen, online erhältlich unter:

http://www.liga.nrw.de/_media/pdf/strategien/gesundheitsziele/ziel_2_krebs.pdf (erhalten am 19.01.2011);

Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen (2005). Gesundheitsziele NRW - 2005-2010, online erhältlich unter: www.mgepa.nrw.de/pdf/gesundheit/gesundheitsziele2005-10.pdf (erhalten am 19.01.2011);

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Band I: Zielbildung, Prävention, Nutzerorientierung und Partizipation, Sondergutachten 2000/2001, Baden-Baden 2001;

Schweizerische Gesellschaft für Prävention und Gesundheitswesen. Gesundheitsziele für die Schweiz. Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert (WHO Europa). Bern 2002;
van de Water HPA / van Herten LM, Health policies on target? Review of health target and priority setting in 18 European Countries, NL-Leiden 1998;

WHO Regionalbüro für Europa, Gesundheit21 - Eine Einführung zum Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ für die Europäische Region der WHO, Kopenhagen 1998;

WHO Regionalbüro für Europa, Gesundheit 2020 - Rahmenkonzept und Strategie der Europäischen Region für das 21. Jahrhundert“, Kopenhagen 2013;

Wismar M / McKee M / Ernst K / Srivastava D / Busse R. Health targets in Europe. Learning from Experience. European Observatory on Health Systems and Policy. WHO Regional Office for Europe, Kopenhagen 2008;

Internetadressen:

www.gesundheitsziele.de (Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. Gesundheitszie-
le.de)www.bmg.bund.de/themen/gesundheitssystem/gesundheitsziele.html (Bundesministerium für Gesundheit Deutschland)
www.gesundheitsziele-oesterreich.at (Bundesministerium für Gesundheit Österreich)
www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/strategien-politik/gesundheit-2020.html (Bundesamt für Gesundheit Schweiz)

Verweise:

Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Gender Mainstreaming, Gesundheitsförderung 6: Österreich, Gesundheitsförderung 7: Schweiz, Soziale Ungleichheit und Gesundheit/Krankheit

Globale Gesundheit/Global Health

Silke Gräser

(letzte Aktualisierung am 19.02.2015)

Im Zentrum von Global Health/Globaler Gesundheit stehen die Entwicklungen und Auswirkungen einer zunehmend globalisierten Welt auf Gesundheit und die damit verbundenen Herausforderungen. Global Health bezieht sich auf die transnationalen Einflüsse der Globalisierung auf gesundheitliche Lagen, Determinanten und Risiken, die außerhalb der Kontrolle einzelner Nationen liegen. Dabei gehören zur globalen Gesundheitsagenda v.a. auch Ungleichheiten, die durch internationalen Handel und Investitionen hervorgerufen werden, wie auch Effekte des Klimawandels, die Vulnerabilität von Migrantenpopulationen, das Marketing von schädigenden Produkten durch transnationale Unternehmen und die Übertragung von Krankheiten durch internationale Reisen.

Der neue Begriff Global Health beginnt den bisherigen Terminus der „Internationalen Gesundheit" abzulösen. Internationale Gesundheit ist traditionell verbunden mit einem Fokus auf Entwicklungsländer und deren Gesundheitsprobleme, v.a. in Bezug auf Infektionskrankheiten wie z.B. Tuberkulose, Malaria oder Ebola, Wasser und sanitäre Bedingungen sowie Fehl- und Mangelernährung. Andere klassische Felder traditioneller „Internationaler Gesundheit" umfassen v.a. Themen der reproduktiven Gesundheit, der Mutter-Kind-Gesundheit und der Verbreitung von Infektionskrankheiten mit einem besonderen Schwerpunkt auf HIV/AIDS.

Gemeinsam ist den beiden Begriffen eine Orientierung an einem populationsorientierten Zugang, die Betonung von Prävention und die Konzentration auf vulnerable und unterprivilegierte Bevölkerungsgruppen; im Hintergrund steht ein gemeinsames Verständnis von Gesundheit als *öffentlichem* Gut, das multisektorale und multidisziplinäre Kooperationen verschiedener Akteure erfordert und die Bedeutsamkeit von System und Strukturen erkennt.

Während sich „Internationale Gesundheit" traditionell eher mit der Kontrolle von Epidemien und Infektionskrankheiten befasst hat, bezieht der Terminus Global Health die Gesundheitsbedürfnisse von Menschen über nationale Grenzen hinweg weltweit in einer globalen Perspektive mit ein. Global Health als neuer Begriff unterscheidet sich von der „Internationalen Gesundheit" insbesondere dadurch, dass er globale gesundheitsbezogene Herausforderungen einschließt, die sich den Kontrollmöglichkeiten einzelner Staaten ent-

ziehen. Global Health, International Health und Public Health werden auch diskutiert als unterschiedliche Ebenen öffentlicher Gesundheit, die die Reichweite bezüglich der jeweils gemeinten Populationen (global, international, national) beschreiben.

Globalisierung im Kontext von öffentlicher Gesundheit. Globale öffentliche Gesundheit (Global Public Health) thematisiert Gesundheit umfassend, aus der Globalisierungsperspektive heraus und diskutiert die zunehmende ökonomische, politische und soziale gegenseitige Abhängigkeit von Staaten in Bezug auf gesundheitsbezogenes Kapital, Güter, Personen, Konzepte Vorstellungen, Ideen und Werte als ein komplexes globales System, das Staatsgrenzen überwindet. Ökonomie, Ökologie und Politik sind so gleichermaßen in Global Health einzubeziehen und stehen mit ihren Auswirkungen auf die Sozialen **Determinanten von Gesundheit** und auf Aspekte der **Chancengleichheit** besonders im Fokus. Gleichzeitig entwickeln sich durch globalisierten Handel und Wirtschaft aber auch neue Möglichkeiten für den Einsatz weiterentwickelter und neuer Technologien in Gesundheitssystemen weltweit (z.B. *e-health, Telemedizin).* Durch die Verbreitung von Innovationen und evidenzbasiertem Lernen aus „Modellen guter Praxis" kann Globale Gesundheit zudem von Entwicklungen und Erfahrungen in anderen Ländern oder Regionen profitieren. Zentrale Zielsetzung von Global Health ist ein gleich guter und gleichberechtigter Zugang zu Gesundheit in allen Regionen der Welt.

Global Health umfasst auch die sozioökonomischen und sozioökologischen Auswirkungen der Globalisierung auf den Markt, die Verfügbarkeit von Produkten und Dienstleistungen und die resultierende Veränderung von Lebensstilen. Neben globalen Umweltveränderungen wie dem Klimawandel werden auch Umweltbedingungen wie die Verfügbarkeit von sauberem Trinkwasser oder sanitären Anlagen oder anderen Umweltbedingungen (z.B. in der Folge von Urbanisierung oder als Ergebnis der Etablierung neue Betriebsstätten) als gesundheitsrelevante Aspekte (**Health Impact Assessment**) in Global Health mit einbezogen.
Epidemiologische Messungen zu Global Health erfassen derzeit vorwiegend Mortalitäten und Morbiditäten, zunehmend werden aber auch andere **Gesundheitsindikatoren** wie DALYs (Disability-adjusted life years) erhoben, z.B. durch das Global Health Observatory der WHO,.Dabei wird die Messung von DALYs eingesetzt, um globale Krankheitslasten und die Effektivität von gesundheitsbezogenen Interventionen zu evaluieren, die dann internationalen Organisationen zur Kosten-Nutzen-Analyse dienen, z.B. bei der Bestimmung der wirtschaftlichen Rentabilität durch „Economic Rates of Return" (ERRs).

Eine systematische Analyse der DALYS für 291 Krankheiten in 21 Regionen (2012) und der WHO-Report „Global Health Risks" (2009) stellen eine Risikoverschiebung im Laufe der ökonomischen Entwicklung von Staaten fest: Übliche Erkrankungen der weniger wohlhabenden Länder wie Diarrhöe oder Lungenentzündung verschieben sich hin zu nichtübertragbaren Erkrankungen wie Diabetes, kardiovaskulären Erkrankungen; auch

psychische und Verhaltensstörungen nehmen kontinuierlich zu, so sind z.B. Depressionen zwischen 1990 und 2010 um 37% angestiegen. So stehen Entwicklungsländer vor der Herausforderung, einerseits den klassischen Gesundheitsrisiken durch übertragbare Erkrankungen und gleichzeitig den Herausforderungen durch zunehmende Globalisierung und Urbanisierung zu begegnen. Mit der epidemiologischen Transition von den Infektionskrankheiten hin zu der zunehmenden Bedeutung von nicht-übertragbaren Erkrankungen im Kontext öffentlicher Gesundheit nimmt auch die Bandbreite von Aufgaben für globale Gesundheit zu.

Eng verbunden ist Global Health mit den acht Millenniums-Entwicklungszielen (Millennium Development Goals = MDGs) der Vereinten Nationen (2000), die sich in ihrer Zielsetzung für 2015 auch auf gesundheitsrelevante Ziele im Sinne der Ottawa-Charta richten.

MDG 1	Beseitigung der extremen Armut und des Hungers
MDG 2	Verwirklichung der allgemeinen Grundschulbildung
MDG 3	Förderung der Gleichstellung der Geschlechter und Ermächtigung der Frauen
MDG 4	Senkung der Kindersterblichkeit
MDG 5	Verbesserung der Müttergesundheit
MDG 6	Bekämpfung von HIV/Aids, Malaria und anderen Infektionskrankheiten
MDG 7	Sicherung der ökologischen Nachhaltigkeit
MDG 8	Aufbau einer weltweiten Entwicklungspartnerschaft

Abb. 1: Millenniums-Entwicklungsziele (United Nations, 2014)

Bedeutsam für Globale Gesundheit sind die derzeit im Entwicklungsprozess befindlichen Entwicklungsziele für die neue Post-2015-Entwicklungsagenda der Vereinten Nationen. So soll auch nach 2015 an den MDGs festgehalten werden, die noch nicht umgesetzt sind, gleichzeitig sollen aber auch Aspekte von Nachhaltigkeit stärker einfließen. Neue Entwicklungsziele für die Agenda nach 2015 sollen daher auch die Entwicklungsziele zur Nachhaltigkeit (Sustainable Development Goals (SDGs) berücksichtigen, die in Folge der UN Konferenz zur nachhaltigen Entwicklung von 2012 (Rio+20) derzeit erarbeitet werden.

Zentrale Ansatzpunkte für Strategien von Global Health sind gesundheitspolitische Interventionen auf Basis neuer globaler Partnerschaften. Aus einer Global-Health-Perspektive lässt sich den neuen Herausforderungen nur über nationale und internationale Kooperationen begegnen, die internationale Organisationen (wie die WHO), Staatengemeinschaften, Regierungen, NGOs, private Stiftungen, die Zivilgesellschaft und Unternehmen mit einbeziehen. Global Health befasst sich daher auch mit der Steuerung und der Finanzierung ei-

ner globalen Antwort auf Gesundheitsprobleme und formuliert Aufträge für eine übergreifende Gesundheitspolitik, z.B. im Sinne der **primären Gesundheitsversorgung** mit dem Ziel einer Abschwächung von gesundheitlichen Ungleichheiten. Dabei stehen globale wie auch gleichzeitig lokale Aspekte beim Aufbau von Kapazitäten im Vordergrund.

Globale *Gesundheitsförderung* bezieht sich auf die Strategien und Prinzipien gesundheitsfördernden Handelns innerhalb globaler Kontexte und kann definiert werden als ein Prozess, der es Menschen ermöglicht, zunehmend Kontrolle über ihre Gesundheit zu gewinnen und Gesundheit in einem zunehmend globalen Kontext zu verbessern (Lee 2007). Für die Gesundheitsförderung spielt die Bangkok-Charta der WHO von 2005 eine zentrale Rolle: Sie fokussiert besonders auf die gesundheitlichen Anforderungen in einer globalisierten Welt, deren Auswirkungen auf gesundheitliche Chancengleichheit und adäquate globale Handlungsstrategien für Gesundheitsförderung. Die Deklaration formuliert dabei vier zentrale Forderungen, und zwar nach der Integration von Gesundheitsförderung

- als einem Schwerpunkt in einer globalen Agenda durch Zusammenarbeit von internationalen Organisationen, nationalen Regierungen, Zivilgesellschaft und dem Privatsektor,
- als Kernverantwortlichkeit für alle Regierungsebenen im Sinne eines multisektoralen Ansatzes einschließlich des Einsatzes von z.B. **Health Impact Assessment** als Instrument der umfassenden gesundheitlichen Folgenabschätzung ökonomischer und politischer Entscheidungen,
- mit einem Fokus auf Gemeinschaften, Zivilgesellschaften und deren Potenzialen unterstützt durch **Capacity Building** (Kapazitätsentwicklung) und
- als Verantwortungsbereich guter Unternehmensführung sowohl im Sinne **Betrieblicher Gesundheitsförderung** als auch im Sinne einer Verantwortungsübernahme des Privatsektors für gesundheitlich relevante Entwicklungen.

Immer noch ist der Begriff der Globalen Gesundheit vorwiegend medizinisch konnotiert mit einem Schwerpunkt auf Infektionskrankheiten in den Entwicklungsländern. Ein Beispiel ist das Ebolafieber, mit dem laut WHO mehr als 25.000 Menschen, vorwiegend in Westafrika, infiziert sind, mit über 10.000 tödlich verlaufenden Fällen (Stand: März 2015); hier zeigten sich vor allem die Grenzen und Beschränkungen nationaler wie auch globaler Gesundheitssysteme wie auch die Notwendigkeit eines effektiven globalen Krisenmanagements. Globale Gesundheit ist aber auch geprägt durch einen epidemiologischen Übergangsprozess, der den Rückgang von Sterblichkeitsraten durch Infektionskrankheiten hin zu einer Zunahme chronischer Erkrankungen und nichtübertragbarer Erkrankungen wie Diabetes, Hypertonie oder Krebs v.a. für Schwellenländer und Entwicklungsländer beinhaltet. Denn eine globalisierte Welt hat auch die Übernahme neuer, eher durch Industrie-

länder geprägte Lebensstile zur Folge, die mit einer Veränderung von Ernährungsmustern durch die veränderte Verfügbarkeit von Nahrungsmitteln auf einem globalen Markt, einer veränderten Arbeitswelt, der Zunahme von Stress, weniger körperlicher Bewegung oder erhöhtem Tabak- und Alkoholkonsum einhergehen. Dazu gehören grundlegende Veränderungen in der Lebens- und Arbeitswelt und in der ökonomischen Situation, aber auch Veränderungen gemeinschaftlicher und familiärer Strukturen, die soziale Korrosion von Familien- und Unterstützungsnetzen und die Zunahme von Gewalt und Konflikten.

Für Globale Gesundheit müssen nun globale und gemeinsame partnerschaftliche Lösungsstrategien entwickelt werden. Die monopolistische Anwendung von Einheitskonzepten durch internationale Organisationen und andere international agierende Geberstaaten impliziert jedoch die Gefahr, kulturelle Unterschiede in den einkommensschwächeren Ländern, ihren Regionen und in Gemeindekontexten nicht zu berücksichtigen. Die zentrale Herausforderung für Global Health ist daher, politische Strategien und Partnerschaften auf transnationaler Ebene zu entwickeln, die praktikabel und v.a. nachhaltig umsetzbar sind und sich in der politischen Praxis und in den unterschiedlichen Gesundheitssystemen als tragfähig erweisen. Dabei sind Fragen von Globaler Gesundheitssteuerung (Global Health Governance, GHG) eng verbunden mit Fragen von Gerechtigkeit zwischen Ländern und Partizipation im Sinne einer nachhaltigen Stärkung nationaler Gesundheitssysteme., Dazu gehört wesentlich die soziale und ökonomische Absicherung eines universellen Zugangs zu Gesundheitsleistungen (Universal Health Coverage, UHC) als ein zentrales Entwicklungsziel einer Agenda zur Globalen Gesundheit („flächendeckende Gesundheitsversorgung“). Denn in der Praxis internationaler Entwicklungszusammenarbeit und der Steuerung sind die ungleich verteilten Ressourcen der unterschiedlichen Staaten verknüpft mit einer hierarchischen Beziehung zwischen internationalen Gebern und Empfängerstaaten; das kann auch bedeuten, dass die nationale Entscheidungsmacht über die Ausrichtung der staatlichen Gesundheitspolitik und nationale Systementscheidungen eingeschränkt und Ungleichheiten befördert werden.

Initiativen wie die „Joint Learning Initiative on National and Global Responsibilities for Health“ (Gemeinsame Lern-Initiative zur nationalen und globalen Verantwortung für Gesundheit) und die neu etablierte ‚Plattform zur Entwicklung einer Rahmen-Konvention zur globalen Gesundheit’ markieren die Etablierung globaler Koalitionen von Zivilgesellschaft und Wissenschaft. Der Fokus liegt dabei auf einem partizipativen Ansatz in der Verantwortlichkeitsübernahme von Staaten, dem Verständnis von Gesundheit als Menschenrecht und einem gerechten Zugang zu Gesundheit auch im Sinne einer nationalen Verpflichtung im Kampf gegen Armut und Ungleichheit auf globaler Ebene (Gostin et al 2013). Dazu gehören partnerschaftliche Netzwerke aus Regierungen, internationalen Organisationen, Nichtregierungsorganisationen, Unternehmen und der Zivilgesellschaft wie auch Fragen eines globalen und internationalen Finanzierungsmechanismus. Im Kontext von globaler

Gesundheit spricht man dann von Global Public-Private Partnerships (GPPPs), also von privat-öffentlichen Partnerschaften, die in einer Kombination aus „Bottom-up"- und „Top-down"-Ansätzen eine zentrale Rolle übernehmen sollen für neue Formen politischer Steuerung in einer globalisierten Welt (Global Health Governance [GHG]). Beispielhaft zeigt sich eine solche Partnerschaft im „Global Fund to fight AIDS, Tuberculosis and Malaria" (GFATM) als Finanzierungsinstrument im Kampf gegen die weltweit drei häufigsten armutsbedingten Infektionskrankheiten; dabei macht der Kampf gegen HIV/AIDS rund ein Viertel der internationalen finanziellen Hilfen aus.

Im globalen Kontext gilt es auch Potenziale einer globalen Entwicklung zu nutzen, wie sie z.B. in neuen medizinischen Technologien oder neuen Kommunikationstechnologien liegen können, z.B. durch die Nutzung von Telemedizin in großflächigen Entwicklungsländern mit einer Nomadenbevölkerung als Instrumente, um den Zugang zu Gesundheitsleistungen und so die Chancengleichheit zu erhöhen. Gleichzeitig müssen aber auch neue Risiken durch globale partizipative, gemeindebasierte und kulturell systemsensible Interventionskonzepte für Prävention und Behandlung nachhaltig abgeschwächt werden. Dazu gehören ein integrierter und umfassender Ansatz in primärer, sekundärer und tertiärer Prävention und in der Diagnostik, Versorgung und Behandlung. Der Ansatz soll einen verbesserten Zugang zu gemeindebasierten Diensten und Dienstleistungen, auch in schwer erreichbaren Regionen und Kommunen und für schwer erreichbare Zielgruppen, ermöglichen. Ebenso stellen sich aber auch Anforderungen an eine qualitativ hochwertige Prävention und Versorgung, an die Implementierung individueller verhaltensorientierter wie auch struktureller, organisatorischer und umweltbezogener Maßnahmen sowie an eine auf Partizipation und Empowerment ausgerichtete globale Partnerschaftlichkeit in Planung, Steuerung und Finanzierung von globalen Gesundheitsproblemen. Vorhandene Potenziale und Ressourcen, die auch die nationalen Gesundheitssysteme stärken, müssen dabei genutzt werden.

Literatur:

Brown TM/Cueto M/Fee E, The World Health Organization and the transition from „International" to „Global Public Health", Am J Public Health, 96, 2006, 62-72;

Bundesministerium für Gesundheit (o.J.), Globale Gesundheitspolitik. gestalten - gemeinsam handeln -Verantwortung wahrnehmen. Konzept der Bundesregierung. www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/Publikationen/Gesundheit/Broschueren/Globale_Gesundheitspolitik-Konzept_der_Bundesregierung.pdf; accessed 25.6.2018;

De Cock KM et al, The New Global Health, in: Emerging Infectious Diseases, 19 (8), 2013, 1192-1197;

Garrett L/Alavian EH, Global Health Governance in a G-20 World, Global Health Governance, IV (1), 2010, 1-14;

Gostin LO et al, Towards a framework convention on global health, Bull World Health Organ, 91, 2013, 790-793;

Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). GBD. Seattle, WA: IHME, University of Washington, 2016. Available from http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare. (Accessed 22.06.2018;

Koplan JP et al, Towards a common definition of global health, The Lancet, 373 (9679), 2009, 1993-1995;

Kickbusch I, Franz C, Holzscheiter A et al. Germany´s expanding role in global health. The Lancet, Vol. 390, 2017, No. 10097, p898-912;

Kickbusch I Globale Gesundheitspolitik in Deutschland. Journal Gesundheitsförderung. 6, 2018, (1) 62-67

Lee K, Global health promotion: how can we strengthen Governance and build effective strategies? Health Promotion International, 21 (S1), 2007, 42-50;

Murray et al., Disability adjusted life-years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1900-2010:a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010, The Lancet, 380 (9859), 2012, 2197-2223;

United Nations, Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable development, 2015.

World health statistics 2018: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. Geneva: World Health Organization; 2018;

World Health Organization, Health in 2015 from MDGs, Millenium Development Goals to SDGs, Sustainable Development Goals, WHO 2015.

Internetadressen:

www.ghwatch.org (Global Health Watch)
www.who.int/healthpromotion/areas/foundations/en/ (International Network of Health Promotion Foundations)
www.iuhpe.org (International Union for Health Promotion and Education)
www.theglobalfund.org (The Global Fund)

Verweise:

Capacity Building / Kapazitätsentwicklung, Determinanten von Gesundheit, Gesundheitliche Chancengleichheit, Gesundheitsförderung und Betrieb, Gesundheitsindikatoren, Health Impact Assessment (HIA) / Gesundheitsverträglichkeitsprüfung, Primäre Gesundheitsversorgung / Primary Health Care

Health Impact Assessment (HIA)/ Gesundheitsverträglichkeits-prüfung

Susanne Linden, Jürgen Töppich

(letzte Aktualisierung am 15.02.2016)

Fast jeder Politikbereich hat auch Auswirkungen auf die Gesundheit der Bevölkerung. In gesellschaftlichen Bereichen wie z.B. Bauen, Verkehr, Arbeit-, Bildung und Wirtschaft wird über Gesundheit (mit-)entschieden, ohne dass dies den beteiligten Akteuren und Akteurinnen in vollem Umfang bewusst sein muss. Durch ein Health Impact Assessment werden gesundheitliche Konsequenzen erkennbar und können in Entscheidungsprozesse einbezogen werden.

HIA ist eine Kombination von Verfahren, Methoden und Werkzeugen, mit denen eine Politik, ein Programm oder ein Projekt - in der Regel außerhalb des Gesundheitssektors - auf potenzielle Gesundheitseffekte und deren Verteilung auf die Bevölkerung beurteilt werden kann. Ziel ist es, die gewonnenen Erkenntnisse in anstehende Entscheidungen zu integrieren.

Teildefinitionen sind:

- Health Impact: gesundheitliche (Aus-)Wirkungen, d.h. Konsequenzen für die Gesundheit, die sich aus bestimmten Handlungen und Vorhaben ergeben. Die Wirkungen können nützlicher oder schädlicher Natur sein.
- Impact Assessment: die Vorhersage oder Schätzung der Konsequenzen einer geplanten, laufenden oder abgeschlossenen Maßnahme.

HIA ist ein am „Health in all Policies"-Gedanken (Gesundheit in allen Politikfeldern) orientierter, bevölkerungsbezogener, interdisziplinärer Public-Health-Ansatz, der relevante Gesundheitsdeterminanten (vgl. Abbildung 1 im Stichwort **Determinanten der Gesundheit**) erfasst. Ein HIA bezieht Interessenvertreterinnen und -vertreter sowie Schlüsselpersonen aus den jeweiligen Handlungsfeldern ein.

HIA untersucht in einem strukturierten Verfahren die positiven und negativen Auswirkungen von Projekten, Programmen und politischen Entscheidungen in Teilsystemen der Gesellschaft und erstellt Aussagen über Gesundheitseffekte von Entscheidungen. HIA dient der systematischen Verknüpfung von Wissensproduktion und Entscheidungsfindung und

kann so zur Förderung der multisektoralen Verantwortung für die Gesundheit beitragen. HIA unterscheidet sich von einer Evaluation dadurch, dass **nicht intendierte** gesundheitliche Auswirkungen untersucht werden, die mit einer geplanten Maßnahme außerhalb des Gesundheitssektors einhergehen.

Langjährige Erfahrungen mit dem Instrument HIA haben Länder wie u.a. Kanada, Australien, England, Irland, Schweden und die Niederlande. Die Entwicklung eines Standardtools für die Durchführung von HIA wird von der EU gefördert.

In Deutschland (vgl. Abb. 1) werden gesundheitliche Auswirkungen von Planungsmaßnahmen als Gesundheitsverträglichkeitsprüfung (GVP) meist im Rahmen einer Umweltverträglichkeitsprüfung (UVP) auf regionaler oder kommunaler Ebene durchgeführt. UVP sind seit 1990 gesetzlich vorgeschrieben. Die Einbeziehung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) in Raumplanungsverfahren ist in mehreren Bundesländern gesetzlich geregelt. Bei der Entwicklung und Durchführung von GVP nimmt der ÖGD eine wesentliche Rolle ein. Untersuchungsgegenstände von GVP sind vielfältig und betreffen insbesondere Bereiche wie Transport, Immissionsschutz, Abfallwirtschaft, Wohnungswesen und Stadtplanung. Auf Bundesebene wird die Etablierung von GVP/UVP durch das Aktionsprogramm „Umwelt und Gesundheit“ gefördert.

	Innerhalb UVP (Umweltverträglichkeitsprüfung)	***Unabhängig von UVP***
Projekt-Impact Assessment	» UVPG* » Straßenbau » Deponieerweiterung	» ÖGDG** u.a. » Stilllegung einer Bahnlinie; Projekt „Wachsende Stadt“
Strategische Impact Assessment: Politikentscheidung, Plan, Programm	» SUP-Richtlinie*** » Verkehrswegeplan, » Förderprogramm Solarenergie	» ÖGDG u.a. » Int.: EU-Agrarpolitik, » Privatisierungsstrategien

*Gesetz über die Umweltverträglichkeitsprüfung
**Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst
*** Strategische Umweltprüfung

Abb. 1: Einsatzgebiete HIA in Deutschland. Quelle: Mekel et al (2009);

Durchführung eines HIA: Ein HIA kann prospektiv, begleitend oder retrospektiv durchgeführt werden:

Ein prospektives HIA findet auf der Basis vorhandenen Wissens vor der Implementation einer Maßnahme statt, um Empfehlungen vor Beginn der Umsetzungsphase berücksichtigen zu können. Ein begleitendes HIA findet parallel zur Durchführung von Maßnahmen statt und kann die kurz-, mittel- und ggf. langfristigen Folgen/Auswirkungen in die Steuerung der Umsetzung einer Maßnahme einbeziehen. Ein retrospektives HIA analysiert stattgefundene Interventionen mit dem Ziel, Erkenntnisse für vergleichbare zukünftige Maßnahmen zu gewinnen.

Prozessbeschreibung: Die Durchführung eines HIA stellt hohe Anforderungen an die Nachvollziehbarkeit und Transparenz des wissenschaftlichen Prozesses. Verbreitet ist ein Ablaufschema, wie es in Abbildung 2 dargestellt wird.

Prozessbeschreibung

1. Screening/Analyse der Ausgangssituation

2. Scoping/Abgrenzung des inhaltlichen und organisatorischen Rahmens des HIA

3. Appraisal/Bewertung

3.1 Analyse des Vorhabens

3.2 Raum- und Bevölkerungsanalyse

3.3 Qualitative und quantitative Datensammlung

3.4 Folgenabschätzung und Bewertung

3.5 Priorisierung und Handlungsempfehlungen

4. Reporting/Abschlussbericht

5. Monitoring und Evaluation

Abb. 2: Prozessbeschreibung (eigene Darstellung nach Institute of Public Health Ireland - IPH 2009)

In verschiedenen (englischsprachigen) Quellen werden Leitfäden und Checklisten zur Verfügung gestellt, um die Durchführung der einzelnen Schritte zu vereinfachen und zu standardisieren (Institute of Public Health Ireland - IPH 2009).

Beschreibung des Ablaufs: Im Rahmen des *Screenings* wird geprüft, ob ein HIA für die konkrete Maßnahme adäquat und machbar ist. Dazu werden mögliche gesundheitliche Effekte der Maßnahme und Auswirkungen auf vulnerable Bevölkerungsgruppen untersucht und abgeschätzt, ob und wie detailliert die Untersuchung erfolgen soll. Zentrale Akteure und Akteurinnen werden in die Voruntersuchung einbezogen (z.B. Fachleute aus dem Gesund-

heitsbereich, der Politik, Bürgerinitiativen, Betroffenengruppen). Wichtig ist, dass der Prozess transparent verläuft und die getroffenen Entscheidungen anhand einer strukturierten Datensammlung nachvollzogen werden können. Im Arbeitsschritt des *Scopings* wird das Konzept des durchzuführenden HIA erarbeitet. Dazu werden anhand eines Rasters Titel, Ziel(e), Schwerpunkte, Zeitrahmen, konkret terminierte Meilensteine, Methoden, Mitarbeitende, nicht verhandelbare Aspekte, Lenkungsausschuss, Interessenvertretungen, Informationsquellen, Prozessverantwortliche, Finanzplanung, Präsentationsform, Beratungsorte etc. festgelegt. Grundwerte wie z.B. Transparenz, Gleichheit, Nachhaltigkeit oder Inklusion sind ebenfalls im Arbeitsplan aufzuführen. *Appraisal* bzw. die Bewertung ist das Kernelement des HIA und umfasst die in der Prozessbeschreibung (s. Abb. 2) aufgeführten Schritte. Je nach Komplexität der Untersuchung ist eine Priorisierung der möglichen gesundheitlichen Auswirkungen sinnvoll. Hierzu können die in Abbildung 3 aufgeführten Kriterien berücksichtigt werden.

Priorisierungskriterien

- Stärke der gesundheitlichen Maßnahmenfolgen
- Wahrscheinlichkeit des Auftretens
- Zahl der Betroffenen
- Zeitspanne, in der die Auswirkungen möglicherweise auftreten (kurz-, mittel-, langfristig)
- Ungleichheit der Auswirkungen
- Aspekte von besonderer lokaler oder regionaler Bedeutung
- Umsetzbarkeit

Abb. 3: Priorisierungskriterien (eigene Darstellung nach IPH 2009)

Die Berichterstattung (*Reporting*) nimmt Bezug auf jede einzelne Gesundheitsfolge der Maßnahme. Die formulierten Empfehlungen sollen von konkret benannten (handelnden) Akteuren und Akteurinnen innerhalb eines festgesetzten Zeitrahmens umsetzbar, weitreichend und kosteneffektiv sein. Das HIA wird von *Monitoring und Evaluation* begleitet. Die Prozessevaluation (**Evaluation**) konzentriert sich auf die Durchführung des HIA und bewertet den Beitrag des HIA zur Entscheidungsfindung. Die Ergebnisevaluation (**Evaluation**) untersucht den Grad der Umsetzung der Empfehlungen, ihre Akzeptanz und ob die erwarteten positiven gesundheitlichen Effekte eingetroffen sind und die negativen gesundheitlichen Effekte reduziert werden konnten.

Als Beispiel eines HIA wird im Folgenden die Einführung eines „Streetcar“ Schnellbussystems in North Staffordshire beschrieben.

Screening/Analyse der Ausgangssituation: Der geplante Schnellbus ist ein Element einer nachhaltigen Verkehrsentwicklungsstrategie der Region North Staffordshire. Gegenstand des HIA ist die Nord-Süd-Verbindung, die insbesondere von Berufstätigen mit einem Bedarf an schnellen Verbindungen genutzt werden soll. Es werden ca. 40.000 wöchentliche Fahrgäste erwartet. Darüber hinaus soll die Busverbindung auch von den Bewohnergruppen genutzt werden, die über kein eigenes Fahrzeug verfügen.

Gesundheit und (Individual-)Verkehr sind eng miteinander verknüpft. Dies betrifft die positiven Auswirkungen wie Zugang zum Arbeitsplatz, zu Freizeit- und Versorgungseinrichtungen und die größeren Möglichkeiten des sozialen Kontaktes. Die Abhängigkeit vom Auto hat aber auch vielfältige negative Gesundheitseffekte; dazu gehören z.B. Bewegungsmangel, Verkehrsunfallrisiko, Umweltbelastungen, räumliche Isolierung durch Verkehrswege sowie spezifische Einschränkungen für Menschen mit Behinderungen, für ältere Menschen, Personen mit geringem Einkommen sowie Kinder und Jugendliche.

Die Nutzung des öffentlichen Personennahverkehrs - verbunden mit Fuß- oder Fahrradwegen - bietet die Chance, den Anteil an physischer Aktivität im Alltag dauerhaft zu erhöhen.

Scoping/Abgrenzung des inhaltlichen und organisatorischen Rahmens: Das HIA untersuchte die möglichen positiven gesundheitlichen Effekte der Schnellbuslinie sowie Möglichkeiten, diese Effekte zu verstärken und ggf. negative Auswirkungen zu mildern. Der Untersuchungsbereich umfasste die Route des geplanten Schnellbusses.

Die Bewertung ergab:

Analyse des Vorhabens: Folgende Gesundheitsdeterminanten waren Gegenstand des HIA: übertragbare Infektionen, nicht übertragbare Infektionen einschließlich der Auswirkungen auf die Luft-, Wasser- und Bodenverschmutzung sowie Lärmemissionen, Unfälle einschließlich Vergiftungen, psychische Gesundheit und Wohlbefinden, Beschäftigung und Wirtschaft, Wohnungsbau, Transport und Vernetzung, Lernen und Ausbildung, Kriminalität und Sicherheit, Gesundheit und Sozialwesen, Einkaufsmöglichkeiten, Sozialkapital und Gemeinschaftsgefühl, Kultur und Freizeit, Lebensstil und tägliche Routinen, Energie und Abfall, räumliche Entwicklung.

Raum- und Bevölkerungsanalyse: In die Betrachtung einbezogen wurden die Wohnbevölkerung an oder nahe der geplanten Busroute, die weiter entfernt lebenden Bewohner sowie die Besucher der Region. Dabei wurden sowohl aktuelle Busnutzende als auch Nichtnutzende einbezogen. Untersucht wurden die möglichen Auswirkungen des Schnellbus-

systems auf folgenden Teilgruppen: ältere Menschen, Menschen mit Behinderungen, Frauen, Kinder und Jugendliche, Angehörige von ethnischen Minderheiten sowie Personen mit niedrigem Einkommen bzw. ohne Beschäftigung. Die Bevölkerungsgesundheit ist im Untersuchungsgebiet im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung unterdurchschnittlich.

Qualitative und quantitative Datensammlung: Es wurden vorhandene Daten und Informationen genutzt und Diskussionen mit Personen geführt, die an der Entwicklung des Vorhabens beteiligt waren. Eine Beteiligung der betroffenen Bevölkerung hatte in einem früheren Planungsstadium bereits stattgefunden und wurde im Rahmen des HIA nicht mehr vorgenommen.

Folgenabschätzung und -bewertung: Folgende Auswirkungen auf gesundheitliche Aspekte sind durch die Projektrealisation möglich: Veränderung der physischen Aktivitäten, des Zugangs zu Versorgungs- und Serviceeinrichtungen, der Emissionen und Luftverschmutzung, der Verletzungen und tödlichen Unfälle, der Lärmbelastung, der Sicherheit und des Sicherheitsgefühls, der Vernetzung innerhalb der Ortsteile, der Zugehörigkeit sowie der Gleichheit bzw. Ungleichheit.

Priorisierung und Handlungsempfehlungen: Die Einführung des Schnellbussystems hat überwiegend positive Auswirkungen auf die Gesundheit, sodass empfohlen wird, diese Auswirkungen zu verstärken oder zu unterstützen, da nur wenig Bedarf zur Reduktion schädlicher Auswirkungen gegeben ist. Es wird eine Begrünung der Busstrecke empfohlen, um die Fußwege attraktiver zu gestalten. Dabei sind an Haltestellen und Kreuzungen freie Sichtbeziehungen zu schaffen, um die Sicherheit der Fahrgäste und Fußgänger zu gewährleisten. Zur Emissionsreduktion (Lärm und Abgas) wird der Einsatz von Elektrobussen bzw. mindestens Hybridfahrzeugen empfohlen. Die Busse sollten mit Rampen versehen sein, um den Zugang mit Kinderwagen oder Rollstühlen zu erleichtern. Es sollte mindestens Platz für zwei Kinderwagen vorgesehen sein. Die Straßenraumgestaltung sollte die Bedürfnisse von Fußgängern und Fußgängerinnen sowie von Radfahrern und Radfahrerinnen ausreichend berücksichtigen. Die Berufspendler und -pendlerinnen sollten zur Nutzung des Schnellbusses ermutigt werden. Ein Teil des Marketingbudgets sollte dazu verwendet werden, Bewegungsförderungsprogramme mit der Busnutzung zu verknüpfen. Negative Auswirkungen sind zu erwarten, wenn die Ausgestaltung des Angebots nicht die Bedürfnisse der unterschiedlichen Nutzergruppen berücksichtigt, also z.B. kein behindertengerechter Zugang zum Bus möglich ist.

Abschlussbericht: Insgesamt sind von der Einführung des Schnellbussystems positive und langfristige gesundheitliche Effekte für die Nutzerinnen und Nutzer zu erwarten, die durch ergänzende Maßnahmen verstärkt werden können. Das HIA ist in seiner Aussagekraft etwas eingeschränkt durch fehlende Teilinformationen zu den Nutzergruppen. Es fehlen soziodemografische Daten sowie Informationen zu den zurückgelegten Fußwegen von der

Wohnung zum Bus bzw. von der Haltestelle zum Zielort; darüber hinaus fehlen Informationen zur generellen Bewertung des Angebots durch die Nutzenden. Die Erhebung dieser Daten ist sehr schwierig und kostenintensiv und deshalb unterblieben.

Monitoring/Evaluation: Es sollte eine Nutzerbefragung im Abstand von einem oder zwei Jahren erfolgen, die die gesundheitlichen Effekte der Einführung des Bussystems untersucht.

Kritische Würdigung des HIA-Nutzens für Gesundheitsförderung: HIA kann dazu beitragen, Wissensproduktion und politische Entscheidungsfindung enger zu verknüpfen. HIA kann eine gute Basis bilden, um fach- und institutionenübergreifende Kooperationen und Bürgerbeteiligung mit dem Ziel der multisektoralen Verantwortung für Gesundheit zu fördern. Zunehmende Bedeutung erhält HIA unter dem Aspekt der gesundheitlichen Auswirkungen des Klimawandels. Kritisch anzumerken ist, dass es eine allgemeingültige Definition von HIA derzeit noch nicht gibt. Sein zukünftiges Gewicht ist von der Entwicklung abgestimmter valider Methoden abhängig (Mackenbach und Lhachimi 2009).

Literatur:

Fehr R, Gesundheitliche Wirkungsbilanzen (Health Impact Assessment) als Beitrag zur nachhaltigen Gesundheitsförderung, in: Göpel E (Hg.), Nachhaltige Gesundheitsförderung, Mabuse Verlag, Frankfurt am Main 2010, 131-160;;

Institute of Public Health Ireland (IPH) (Hg.), Health Impact Assessment Guidance, 2009.

Download unter http://www.publichealth.ie/files/file/IPH%20HIA_0.pdf;

Mackenbach J/Lhachimi S, Quantitative Health Impact Assessment: Where do we go from here?, Department of Public Health, Erasmus MC 2009;

Wismar M, Health Impact Assessment - Politikberatung als Bindeglied zwischen Wissensproduktion und Entscheidungsfindung, 2003. Download unter http://wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf_ggw/GGW_4-03_25-35.pdf

Internetadressen:

www.dynamo-hia.eu (Standardtool für die Durchführung einer HIA)
www.euro.who.int/healthimpact (WHO - Health Impact Assessment)
www.healthimpactassessment.blogspot.de (Health Impact Assessment Blog

Verweise:

Determinanten von Gesundheit, Evaluation

Health Literacy/ Gesundheitskompetenz

Thomas Abel, Susanne Jordan, Kathrin Sommerhalder, Eva Bruhin

(letzte Aktualisierung am 30.06.2018)

Der aus dem angloamerikanischen Raum stammende Begriff Health Literacy wird im deutschen Sprachraum zunehmend mit Gesundheitskompetenz ersetzt. Eine systematische Auseinandersetzung mit den inhaltlichen und praktischen Konsequenzen dieser Übersetzung fehlt bis heute, weshalb im Folgenden die beiden Begriffe synonym verwendet werden.

Der Begriff Health Literacy wurde anfänglich, d.h. seit den 1970er-Jahren, überwiegend im Rahmen der schulischen Gesundheitserziehung (Bildung zu Gesundheitsfragen) verwendet. Nachfolgend kam der Begriff dann in zwei unterschiedlichen Feldern, systematisch ausgearbeitet, zur Anwendung: In der Entwicklungszusammenarbeit wird Health Literacy im Zusammenhang mit Erwachsenenbildung und **Empowerment** als ein wichtiger Bestandteil der Entwicklung von Gemeinschaften - „community development" - verwendet. Im medizinischen Versorgungssystem unter dem Thema Patientenführung bezieht sich Health Literacy dagegen auf einen individuenbezogenen Ansatz zur Verbesserung des Patientenwissens.

In dieser Perspektive wird heute unter Gesundheitskompetenz allgemein die Fähigkeit von Individuen verstanden, Gesundheitsinformationen zu verstehen und entsprechend aufgeklärt zu handeln. Die Gesundheitskompetenz ermöglicht den Menschen, sich als Patientinnen und Patienten im Gesundheitssystem zurechtzufinden und präventive und therapeutische Empfehlungen umsetzen zu können. Die Förderung der Gesundheitskompetenz wird aus dieser Perspektive häufig mit verstärkter Compliance (Therapietreue) und verbesserten klinischen Ergebnissen begründet. Dementsprechend wird dabei angestrebt, die Gesundheitskompetenz über verständliche Informationen und verbesserte Zugänge zu Informationen zu stärken.

Anders aus der Perspektive der Gesundheitsförderung: Hier geht der Begriff der Gesundheitskompetenz deutlich über das Verstehen und Anwenden von Gesundheitsinformationen hinaus. Health Literacy beschreibt alltagspraktisches Wissen und Fähigkeiten im Umgang mit Gesundheit und Krankheit, mit dem eigenen Körper ebenso wie mit den gesundheitsprägenden sozialen Lebensbedingungen (**Determinanten der Gesundheit**). Diese Kompetenzen werden primär über Kultur, Bildung und Erziehung vermittelt bzw. weiter-

gegeben. Gesundheitskompetenz ist so ein integrierter Bestandteil von kulturbasierten Ressourcen, deren Akquirierung und Nutzung stark durch den sozialen Hintergrund der Menschen geprägt wird. Zur Gesundheitskompetenz gehört neben dem alltagspraktischen auch spezialisiertes Wissen - z.B. über individuelle und kollektive Gesundheitsrisiken oder über Maßnahmen zur Verbesserung der gesundheitsrelevanten Lebensbedingungen. Sie prägen die Möglichkeit und Motivation von Individuen, Gesundheitswissen aus ihren jeweiligen Lebenswelten zu erschließen und in unterschiedlichen Handlungsfeldern (z.B. Familie, Arbeitsleben, Gesundheitssystem) für ihre Gesundheitserhaltung und -förderung zu nutzen. Gesundheitskompetenz wird so primär als Ressource und Potenzial verstanden, die dazu beitragen kann, dass Individuen mehr Kontrolle über ihre Gesundheit und über gesundheitsbeeinflussende Faktoren (Gesundheitsdeterminanten) erlangen. Im Idealfall können über eine Verbesserung der Gesundheitskompetenz sowohl individuelle Gesundheitsgewinne erreicht als auch Verbesserungen in den Rahmenbedingungen für die Gesundheit erzielt werden. . Die Bedeutung von Health Literacy für Gesundheitsförderung wurde 2016 in der „Shanghai-Erklärung über Gesundheitsförderung“ adressiert, in der Health Literacy als eine von drei zentralen Prioritäten zur Gesundheitsförderung benannt wird

Für die Gesundheitsförderung liegt in dieser Verbindung von individuellen Kompetenzen und strukturellen Bedingungen ein wichtiger Ansatzpunkt für eine kritische Anwendung des Konzepts. Dabei sollen Maßnahmen zur Förderung der Gesundheitskompetenz in den Lebenskontext und das Relevanzsystem der Zielgruppe eingebettet werden. Dazu gehört, dass die Gesundheitskompetenz aus einer nutzerorientierten Perspektive gefördert wird und die Interventionen an den jeweiligen Bedürfnissen, Vorstellungen und Lebensweisen der Zielgruppe anknüpfen.

Im Hinblick auf ihre spezifischen Wirkungen können drei Formen von Health Literacy unterschieden werden:

1. *Funktionale Form:* Grundfertigkeiten im Lesen und Schreiben, die es ermöglichen, im Alltag zu funktionieren; beispielsweise das Verstehen von gesundheitsrelevanten Informationen.

2. *Interaktive Form:* fortgeschrittene kognitive und soziale Fertigkeiten, die zur aktiven Teilnahme am Leben notwendig sind. Dazu gehören insbesondere Informationsbeschaffung und -austausch mittels Kommunikation und die Umsetzung dieser Informationen in den Lebensalltag; beispielsweise Informationsbeschaffung zu gesundheitsförderlichen Themen im sozialen Umfeld.

3. *Kritische Form:* fortgeschrittene kognitive und soziale Fertigkeiten, die es ermöglichen, Informationen kritisch zu analysieren und diese im Sinne einer verbesserten

Lebensbewältigung optimal zu nutzen; einschließlich einer kritischen Auseinandersetzung mit Empfehlungen für eine gesunde Lebensführung.

In empirischen Studien konnten statistische Assoziationen von Gesundheitskompetenz (meist wurde nur die funktionale Gesundheitskompetenz erfasst) mit einer Reihe von Gesundheitsindikatoren wie z.B. gutem Gesundheitszustand oder Lebenserwartung gezeigt werden. Im Zuge der Etablierung des Ansatzes wurde eine Verbesserung von Health Literacy in der Bevölkerung in die gesundheitspolitischen Ziele und Maßnahmen verschiedener Nationen (z.B. Australien, Großbritannien, USA, Österreich und Schweiz) aufgenommen. In Deutschland wurde 2017 die „Allianz für Gesundheitskompetenz" gegründet, in der zentrale Akteure des Gesundheitswesens angekündigt haben, Maßnahmen zur Verbesserung des Gesundheitswissens zu entwickeln. Ein Nationaler Aktionsplan folgte 2018, der wissenschaftlich-zivilgesellschaftlich erstellt und unter der Schirmherrschaft des BMG die Förderung von Gesundheitskompetenz in den Lebenswelten (Settings) und innerhalb des Gesundheitssystems anstrebt. In den Aktionsplan haben die Verringerung von gesundheitlicher Ungleichheit und Förderung von Partizipation als grundlegende Prinzipien zur Förderung von Health Literacy Eingang gefunden.

Die wachsende Zahl von neuen umfassenden und spezifischen Ansätzen von Health Literacy und ihrer Messung in der Bevölkerung (wie z.B. der European Health Literacy Survey) kann aber nicht darüber hinweg täuschen, dass bis heute eine Einbettung in den breiteren Ungleichheitsdiskurs kaum stattfindet. So findet sich häufig eine Verbindung von einseitig Individuen-zentrierten Anwendungen des Konzepts mit einer starken Betonung der sogenannten „Eigenverantwortung" für Gesundheit bei gleichzeitiger Vernachlässigung der strukturellen Ungleichverteilung der sozialen, ökonomischen und kulturellen Ressourcen für Gesundheit. Analysen des politischen Charakters des Konzepts Gesundheitskompetenz fehlen bis heute. Notwendig erscheint auch eine systematische Abgrenzung von vorhandenen Konzepten in der Gesundheitsförderung wie **Gesundheitsbildung**, **Gesundheitserziehung** und gesundheitliche Aufklärung (**Gesundheitsförderung 1**).

Inhaltliche und praxisrelevante Verbindungen lassen sich auch zu weiteren neueren Ansätzen der Gesundheitsförderung herstellen, so zum Beispiel zum Konzept des kulturellen Kapitals und des **„Sozialen Kapitals"**. Auf kollektiver Ebene, beispielsweise in Gemeinden, können insbesondere die interaktive und kritische Form von Health Literacy wichtige Komponenten beim Aufbau und bei der Nutzung von gesundheitsförderlichen **Sozialen Netzwerken** sein.

Beispiele für die Stärkung der Health Literacy sind die Verbesserung der Kommunikationskompetenzen in der HIV/Aids-Prävention, partizipative Modelle des Wissensaustausches (z.B. in **Selbsthilfegruppen**) sowie Programme mit dem Ziel, chronisch kranke Menschen in ihrem umfassenden Erfahrungswissen über ihre Krankheit zu stärken (z.B.

Selbstmanagementprogramm „Gesund und aktiv leben“). Dabei hängen die Entwicklung und die Anwendbarkeit der Gesundheitskompetenz oftmals auch vom jeweiligen Gegenüber ab, so z.B. von der Bereitschaft und Fähigkeit von Ärztinnen und Ärzten, ihre Patientinnen und Patienten als gleichwertige Kooperationspartner zu behandeln und zu deren Gesundheitskompetenz beizutragen (z.B. Projekt Gesundheitscoaching). Mit der zunehmenden Bedeutung der Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung wird Gesundheitskompetenz auch als explizite Zielgröße bzw. Outcome-Variable kontinuierlich als ein Kriterium einer **evidenzbasierten Gesundheitsförderung** an Bedeutung gewinnen.

In vielen bereits bestehenden Interventionen der Gesundheitsförderung lassen sich Potenziale zur Stärkung der Gesundheitskompetenz erkennen. Das Projekt „FemmesTISCHE“, koordiniert und durchgeführt vom Schweizer Verein Elternbildung CH, will Erziehende in ihrer sozialen Kompetenz stärken und bezweckt eine soziale Vernetzung zu Fragen von Erziehung, Gesundheit und Suchtprävention. Dabei lädt eine Gastgeberin Frauen zu sich nach Hause ein. Die Moderatorin führt durch das Treffen und ermöglicht eine Diskussion der Themen. Dieses Projekt kann über den sozialen Austausch insbesondere die interaktive Health Literacy fördern.

Ebenfalls einen partizipativen und niedrigschwelligen Ansatz verfolgt das Projekt Stadtteilmütter des Berliner Stadtbezirks Neukölln. Es spricht Familien mit Migrationshintergrund an, die bisher wenig oder gar keinen Zugang zum Erziehungssystem hatten. Im Projekt werden Frauen mit ähnlichem soziokulturellem Hintergrund auf die Themen Erziehung, Bildung und Gesundheit geschult. Anschließend suchen sie andere Familien des eigenen Kiezes auf und geben ihnen, unterstützt durch eine Tasche mit Informationsmaterialien, ihr Wissen weiter.

Bedingt durch die Tatsache, dass Gesundheitskompetenz in einer Vielzahl unterschiedlicher Kontexte entsteht (Familie, Schule, Arbeitsplatz, Vereine und auch in virtuellen Interaktionsräumen), sind intersektorale Interventionen zur Förderung der Gesundheitskompetenz wichtig. Ein Beispiel dafür ist „Skilled for Health“ aus Großbritannien. Dieses Projekt wird vom britischen Bildungs- und Gesundheitsdepartement gemeinsam getragen und in Zusammenarbeit mit einer privaten Wohltätigkeitsorganisation durchgeführt. „Skilled for Health“ ist ein Erwachsenenbildungsprogramm zum Thema Gesundheit. Das Projekt soll die Verbesserung allgemeiner Lese-, Sprach- und Rechenkompetenzen mit dem Bedürfnis der Betroffenen nach mehr Kontrolle über die eigene Gesundheit verbinden, um das dafür nötige Verständnis und die entsprechende Handlungsfähigkeit zu verbessern.

Bei der Förderung von Gesundheitskompetenz sollte immer die Wechselwirkung von Verhalten und Verhältnissen berücksichtigt werden. Ein Beispiel dafür ist das Projekt „Caritas Markt - gesund!“. Das gemeinsam von Caritas Schweiz und Gesundheitsförderung Schweiz initiierte Projekt will zur Förderung der Gesundheitskompetenz von Armutsbetroffenen

beitragen. In Caritas-Läden werden geeignete Bedingungen geschaffen (z.B. über deutlich niedrigere Lebensmittelpreise), damit Menschen mit geringen finanziellen Ressourcen gesund auswählen können. Gleichzeitig werden in den Caritas-Läden soziale Begegnungsräume geschaffen, Informationen und Anregungen zum gesunden Essen und ausreichender Bewegung angeboten. Ganz im Sinne einer multifaktoriellen Gesundheitsförderung werden hier Angebote zur Verbesserung des gesundheitsrelevanten Wissens mit Maßnahmen zur Erweiterung von begrenzten Handlungsspielräumen und zur Förderung sozialer Austauschprozesse kombiniert.

Mehr Offenheit für die Kompetenzen auf Seiten der Patientinnen und Patienten (in medizinischen Settings) und Bürgerinnen und Bürger (in sozialen Institutionen), verbesserter Zugang aller Bevölkerungsschichten zu Gesundheitsinformationen und eine verbesserte Kompetenz, mit diesen Informationen kritisch-konstruktiv umzugehen, ermöglicht mehr Autonomie in Gesundheitsfragen für Individuen und breite Bevölkerungsgruppen. In diesem Sinne kann die Verbesserung der Gesundheitskompetenz sowohl ein Ziel als auch das Resultat von **Empowerment** in der Bevölkerung sein. Prioritär sollten entsprechende Interventionen für Menschen von sozial und gesundheitlich benachteiligten Gruppen angestoßen werden und damit auch zur Verbesserung der **gesundheitlichen Chancengleichheit** beitragen.

Literatur:

Abel T, Cultural Capital in Health Promotion, in: McQueen DV / Kickbusch I, Health and Modernity: The Role of Theory in Health Promotion, Springer, New York 2007, 43-73

Abel T, Measuring health literacy: moving towards a health promotion perspective. Editorial, in: International Journal of Public Health, 53, 2008, 169-170

Abel T / Hofmann K / Ackermann S / Bucher S / Sakarya S, Health literacy among young adults: a short survey tool for public health and health promotion research, in: Health Promotion International, 2014, doi:10.1093/heapro/dat096

Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.) (2015). Health Literacy/Gesundheitsförderung – Wissenschaftliche Definitionen, empirische Befunde und gesellschaftlicher Nutzen. Dokumentation des Werkstattgesprächs mit Hochschulen am 5. November 2015 in Köln. Gesundheitsförderung Konkret Band 20. Köln BZgA

Nutbeam D, The evolving concept of health literacy, in: Social Science & Medicine, 67 (12), 2008, 2072-2078

Sommerhalder K, Gesundheitskompetenz in der Schweiz: Forschungsergebnisse und Interventionsmöglichkeiten, in: Schweizerisches Rotes Kreuz (Hg.), Gesundheitskompetenz - Zwischen Anspruch und Umsetzung, Seismo, Zürich 2009, 55-79

Sommerhalder K / Abel T, Gesundheitskompetenz: Eine konzeptuelle Einordnung, Bundesamt für Gesundheit, Bern 2007

Sorensen K / van den Broucke S / Pelikan JM / Fullam J / Doyle G/ Slonska Z / Kondilis B / Stoffels V / Osborne RH / Brand B, Measuring health literacy in populations: illuminating the design and development process of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q), in: BMC Public Health, 13 (948) 2013

World Health Organisation, Health Literacy. The solid facts, World Health Organisation, Copenhagen 2013

Internetadressen:

www.allianz-gesundheitskompetenz.ch
www.evivo.ch
www.femmestische.ch
www.gesundheitscoaching-khm.ch
www.gesundheitsinformation.de
www.healthliteracyeurope.net/
www.nap-gesundheitskompetenz.de/
www.stadtteilmuetter.de/
www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/shanghai-declaration.pdf

Verweise:

Determinanten von Gesundheit, Empowerment/Befähigung, Evidenzbasierte Gesundheitsförderung, Gesundheitliche Aufklärung und Gesundheitserziehung, Gesundheitliche Chancengleichheit, Gesundheitsbildung, Gesundheitsförderung 1: Grundlagen, Selbsthilfe, Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeförderung, Soziale Netzwerke und Netzwerkförderung, Soziales Kapital, Gesundheitsförderung 3: Entwicklung nach Ottawa

Health Technology Assessment (HTA)/Technikfolgen-abschätzung

Ansgar Gerhardus

(letzte Aktualisierung am 27.02.2015)

Mittels *Health Technology Assessment (HTA)* werden „gesundheitliche Technologien" unter medizinischen, ökonomischen, ethischen, sozialen, kulturellen und organisatorischen Aspekten systematisch und transparent bewertet. HTA greift dafür in der Regel auf bereits vorhandene Studien und Daten zurück. Ziel von HTA ist es, zwischen nützlichen und weniger nützlichen gesundheitlichen Technologien zu unterscheiden und dadurch Entscheidungsprozesse im Gesundheitswesen wissenschaftlich zu unterstützen. Gegenwärtig wird HTA bevorzugt bei Fragen zur Erstattungsfähigkeit von gesundheitlichen Technologien im Rahmen der Sozialversicherung eingesetzt, also auf der Makroebene des Gesundheitssystems. Zunehmend werden die Ergebnisse von HTA-Berichten aber auch zur Information für individuelle Therapieentscheidungen eingesetzt.

Unter „health technologies" werden in der englischen Sprache nicht nur Arzneimittel und Medizinprodukte verstanden, sondern beispielsweise auch physikalische und edukative Maßnahmen wie Rückenschulen oder Raucherentwöhnungsprogramme oder organisatorische Maßnahmen, wie die Einführung von Mindestmengen in Krankenhäusern. Die wörtliche Übersetzung „gesundheitliche Technologien" kann in die Irre führen, da in der deutschen Sprache mit dem Begriff „Technologien" zunächst nur „anfassbare" Objekte wie beispielsweise Röntgengeräte oder Medikamente assoziiert werden.

HTA ist ein relativ junges Feld. Als erste HTA-Agentur gilt das 1975 eingeführte Gesundheitsprogramm des „Congressional Office of Technology Assessment" (OTA) in den USA. Im Rahmen der parlamentarischen Politikberatung sollte es insbesondere die sozialen Implikationen medizinischer Technologien einordnen. International bildeten sich im weiteren Verlauf zwei Richtungen heraus: Die parlamentarische Technologieberatung (engl.: parliamentary technology assessment; PTA), in Deutschland repräsentiert durch das Büro für Technikfolgen-Abschätzung beim Deutschen Bundestag (TAB), kommt der Idee des OTA nahe. So verfasst das TAB Gutachten zu den gesellschaftlichen Konsequenzen von größeren Themen wie Gendoping oder Biobanken. Anders als PTA betrachtet HTA gesundheitliche Technologien zunächst aus der Perspektive des Individuums.

Definitionsgemäß ist HTA ein multidisziplinäres Feld, in dem die Technologien von allen Seiten betrachtet werden sollen. In der Praxis dominiert dagegen die Bewertung des medizinischen Nutzens bzw. Schadens, meist ergänzt durch eine Einschätzung der ökonomischen Aspekte. Ethische, soziale oder organisatorische Aspekte werden dagegen nur selten analysiert. Ein möglicher Grund für diese Gewichtung liegt in der engen Beziehung zwischen HTA und der evidenzbasierten Medizin (EbM). EbM basiert auf einem reduktionistischen, quantitativen Ansatz, der sich vorwiegend der Methoden der Epidemiologie bedient. Dieser Ansatz ist sehr gut geeignet, um beispielsweise die Effektivität von zwei Medikamenten zur Senkung des Bluthochdrucks miteinander zu vergleichen. Auch zur Einordnung des Erfolgs von edukatorischen, präventiven Maßnahmen kann HTA eingesetzt werden. Ein Beispiel ist die Bewertung von Maßnahmen zur Tabakprävention im schulischen Setting (s. Abb. 1). Der reduktionistische Ansatz stößt allerdings bei der Bewertung von holistischen Maßnahmen der Gesundheitsförderung an Grenzen, da in diesem Modell keine direkten Kausalbeziehungen zwischen abgrenzbaren Maßnahmen und isolierten Effekten aufgestellt werden können.

- Bewertung des gesundheitlichen Nutzens: Systematischer Review von randomisierten, kontrollierten Studien zum Einfluss der Intervention auf das Rauchverhalten.
- Bewertung der Kosteneffektivität: Berechnung der Kosten der Maßnahme in Bezug zum Nutzen.
- Organisatorische Aspekte: Welche Personen sind in welchem Setting am besten geeignet, die Maßnahmen durchzuführen?
- Befragung zu ethischen Aspekten: Führen die Maßnahmen zur Diskriminierung von Raucherinnen und Rauchern?
- Soziokulturelle Aspekte: Systematischer Review zur Frage, ob die Angebote in Abhängigkeit von Sozial- oder Migrationsstatus unterschiedlich gut angenommen werden.

Abb 1: Beispiel-HTA zur Bewertung von Maßnahmen zur Tabakprävention im schulischen Setting

International hat sich HTA in den letzten 35 Jahren rasant entwickelt. Der internationale Verband der HTA-Agenturen listet aktuell 55 nationale oder regionale Mitglieder. In vielen Ländern bildet HTA die wissenschaftliche Grundlage für alle relevanten Erstattungsentscheidungen. In Deutschland förderte das Bundesgesundheitsministerium 1996 zunächst mehrere, von der Medizinischen Hochschule Hannover koordinierte Verbundprojekte. Diese wurden in Form einer Arbeitsgruppe beim Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) als Deutsche Agentur für HTA (DAHTA@DIMDI) institutionalisiert. HTA-Themen können in einer öffentlich zugänglichen Datenbank frei eingegeben werden. Mit der Bearbeitung werden dann akademische Institute beauftragt. Da die HTA-Berichte nicht direkt in gesundheitsbezogene Entscheidungsprozesse eingebunden sind, ist ihre unmittelbare Wirkung gering.

Anders ist die Situation beim Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), das seine Aufträge vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) erhält. Der G-BA wiederum muss bei seinen Entscheidungen die Schlussfolgerungen der Berichte des IQWiG berücksichtigen. Bewertungsgegenstände sind ganz überwiegend Arzneimittel und Medizinprodukte. In Kooperation mit externen wissenschaftlichen Institutionen werden Evidenzberichte erstellt, die neben der Betrachtung des medizinischen Nutzens inzwischen auch ökonomische Bewertungen enthalten können.

Weil HTA weit über die Bewertung der rein medizinischen Aspekte einer Technologie hinausgeht, ist es gut geeignet, um die Erkenntnisse der EbM auf Public Health zu übertragen und zu Evidence-based Public Health (EbPH) weiterzuentwickeln. Prinzipiell gilt dies auch für die Bewertung von gesundheitsfördernden Maßnahmen. Der derzeitige, reduktionistische Ansatz von HTA muss allerdings auf den besonderen Charakter der Gesundheitsförderung abgestimmt werden. Dies betrifft insbesondere den Umgang mit komplexen Interventionen und komplexen Endpunkten sowie eine stärkere Betonung der nichtmedizinischen Aspekte in der Bewertung von gesundheitlichen Technologien.

Literatur:

Gerhardus A/Breckenkamp J/Razum O/Schmacke N/Wenzel H (Hg.), Evidence-based Public Health, Bern 2010;

Perleth M/Busse R/Gerhardus A/Gibis B/Lühmann D/Zentner A (Hg.), Health Technology Assessment. Konzepte, Methoden, Praxis für Wissenschaft und Entscheidungsfindung, 2. Auflage. Berlin 2014

Internetadressen:

www.dimdi.de/static/de/hta/dahta/index.htm (Die Deutsche Agentur des DIMDI)
www.health-technology-assessment.de

Kernkompetenzen professioneller Gesundheitsförderung

Eberhard Göpel

(letzte Aktualisierung am 04.01.2017)

Die International Union for Health Promotion and Education (IUHPE) hat in den Jahren 2009 - 2013 im Auftrag der EU-Kommission nach Auswertung der weltweiten Literatur zur Qualifizierung in der Gesundheitsförderung ein *Handbuch zu den Kern-Kompetenzen der Gesundheitsförderungs-Praxis („CompHP")* auf der Grundlage der Ottawa-Charta für Gesundheitsförderung erstellt und veröffentlicht.

In diesem Handbuch zur Beschreibung der Kernkompetenzen und professionellen Standards zur Spezifizierung beruflicher Kompetenzen von Fachleuten für die Gesundheitsförderung werden grundlegende Prinzipien für eine kompetente Gesundheitsförderungs-Praxis erläutert.

Dieses Handbuch ist von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2014 in einer deutschen Übersetzung veröffentlicht worden. Die BZgA will damit eine berufsfeldübergreifende Diskussion zur Qualität der beruflichen Aus- und Weiterbildung für das Arbeitsfeld anregen und das von der IUHPE entwickelte berufliche Akkreditierungsverfahren auch in Deutschland bekanntmachen .

Zugrunde gelegt wird in dem Handbuch die folgende *Definition von Kompetenzen*: „Eine Kombination von grundlegendem Wissen, Fähigkeiten, Fertigkeiten und Werten, die für die Gesundheitsförderungspraxis erforderlich sind. Kernkompetenzen sind definiert als minimales Set von Kompetenzen, die eine gemeinsame Grundlage für sämtliche Rollen in der Gesundheitsförderung bilden."

Die in dem Handbuch der IUHPE zusammengestellte Beschreibung von Kernkompetenzen professioneller Praxis der Gesundheitsförderung richtet sich primär an Fachleute, die mit der Umsetzung der Gesundheitsförderung betraut sind und die über eine Aus-oder Weiterbildung in der Gesundheitsförderung verfügen (**Gesundheitsförderung und Hochschule**). Sie kann aber als Orientierung auch für Personen mit einer Aus- und Weiterbildung in einem verwandten Fachgebiet nützlich sein, deren Berufsrolle Gesundheitsförderung mit einschließt.

Für die Kern-Kompetenzen professioneller Praxis der Gesundheitsförderung werden in dem Handbuch insgesamt neun *professionelle Standards* detailliert aufgeführt. Sie sollen „eine fachliche Spezifikation oder ein präzises Kriterium benennen, das zum konsistenten Gebrauch als Regel, Leitlinie oder Definition bestimmt ist". In einer allgemeinverständlichen Form formuliert, werden fachliche Kriterien guter Praxis spezifiziert, die in unterschiedlichen Anwendungszusammenhängen, Settings und geografischen Regionen konsistent angewandt werden können, um die für die Gesundheitsförderungspraxis erforderlichen Kenntnisse, Fähigkeiten, Fertigkeiten und Werte zu beschreiben.

Jeder Standard formuliert spezifische Kenntnisse, Kompetenzen und Leistungskriterien, die erforderlich sind, um Kompetenz auf dem jeweiligen Gebiet als Gesundheitsförderungs-Fachperson nachweisen zu können.

Die Standards stützen sich auf eine multidisziplinäre Wissensgrundlage der Kernkonzepte, Theorien und der Forschung der Gesundheitsförderung sowie deren Anwendung in der Praxis. Hervorgehoben werden dabei:

- Konzepte, Grundsätze und ethische Werte der Gesundheitsförderung, wie sie in der Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung und nachfolgenden Chartas international festgelegt wurden.
- Konzepte gesundheitlicher Gleichheit, sozialer Gerechtigkeit und Gesundheit als Menschenrecht als Grundlage für die Gesundheitsförderung
- Determinanten der Gesundheit und ihre Bedeutung für die Gesundheitsförderung
- Einfluss sozialer und kultureller Vielfalt auf die Gesundheit und gesundheitliche Ungleichheiten, sowie deren Implikationen für die Gesundheitsförderung
- Gesundheitsförderungsmodelle und -Ansätze, die als Basis Empowerment, Partizipation, Partnerschaftlichkeit und Gleichheit fördern
- Aktuelle Theorien und Evidenz als Grundlage für wirksame Führung, Advocacy und Partnerschaftsaufbau sowie deren Implikationen für Gesundheitsförderung
- Aktuelle Modelle und Ansätze eines wirksamen Projekt- und Programm-Managements (einschliesslich Bedarfsanalyse, Planung, Umsetzung und Evaluation) und deren Anwendung in der Gesundheitsförderung
- Evidenzgrundlagen und Forschungsmethoden, einschliesslich qualitativer und quantitativer Methoden, die erforderlich sind, um Gesundheitsförderung zu entwerfen und zu evaluieren
- Kommunikationsprozesse und aktuelle Informationstechnologien, die für eine wirksame Gesundheitsförderung benötigt werden
- Systeme, Policies und Gesetzgebung, welche die Gesundheit prägen, und deren Bedeutung für die Gesundheitsförderung

In der folgenden Beschreibung wird das resultierende **Leitbild** zusammengefasst:

Gesundheitsförderungs-Fachleute handeln professionell und ethisch

Eine ethische Gesundheitsförderungspraxis basiert auf einer Verpflichtung zur Gesundheit als Menschenrecht, was für die menschliche Entwicklung zentral ist. Sie achtet die Rechte, Würde, Vertraulichkeit und den Wert von Individuen, Gruppen und Gemeinschaften, und sie respektiert die Vielfalt von Geschlecht, sexueller Ausrichtung, Alter, Religion, Behinderung und kultureller Überzeugungen. Eine ethische Gesundheitsförderungspraxis geht gesundheitliche Ungleichheiten und soziale Ungerechtigkeiten an und priorisiert den Bedarf jener, welche in Armut oder sozialer Randständigkeit leben. Sie wirkt auf die politischen, ökonomischen, sozialen, kulturellen, Umwelt-, Verhaltens- und biologischen Determinanten von Gesundheit und Wohlbefinden ein. Gesundheitsförderungsfachleute stellen sicher, dass Gesundheitsförderungsaktionen nützlich sind und keinen Schaden verursachen und dass sie ehrlich sind bezüglich dessen, was Gesundheitsförderung ist, was sie bewirken kann oder nicht kann. Gesundheitsförderungsfachleute handeln in allen Gesundheitsförderungsbereichen professionell und ethisch durch:

Kenntnisse, Kompetenzen und Leistungskriterien

Fachleute erbringen durch Dokumentation oder Assessment während der Arbeit oder durch ihre dokumentierten Studienaktivitäten den Fähigkeitsnachweis, dass sie:

ethische Dilemmas und Themen erkennen und angehen, indem sie nachweisen:

- Kenntnis der Konzepte, Grundsätze und ethischen Werte der Gesundheitsförderung
- Kenntnis der Konzepte gesundheitlicher Gleichberechtigung, sozialer Gerechtigkeit und Gesundheit als Menschenrecht
- Kenntnis der aktuellen und anstehenden rechtlichen und ethischen Themen im eigenen Tätigkeitsbereich
- Fähigkeit, ethische Themen proaktiv und in angemessener Weise anzugehen (z.B. durch Anfechten der unethischen Praxis anderer)

so handeln, dass sie:

- die geäußerten Ansichten und Vorlieben wahrnehmen und anerkennen
- die Fähigkeit anderer, informierte Entscheidungen zu treffen, fördern
- die Gleichberechtigung und Vielfalt der Werte fördern
- Menschen als Individuen wertschätzen
- die Bedeutung der Vertraulichkeit anerkennen
- konsistent sind bezüglich Evidenz, Gesetzgebung,

die eigene Praxis und jene der anderen fortlaufend entwickeln und verbessern durch:	Strategien, Führungsgrundlagen und -systemen » Reflektieren des eigenen Verhaltens und der Praxis und bestimmen, wo Verbesserungen nötig sind » Erkennen des eigenen Weiterbildungsbedarfs und des Bedarfs anderer und Nutzen der Weiterbildungsmöglichkeiten » Wahrnehmen unterschiedlicher Lernansätze und -Vorlieben » Evidenzen nutzen bei Verbesserungen im eigenen Tätigkeitsbereich » objektive und konstruktive Beurteilung der Wirksamkeit des eigenen Tätigkeitsbereichs

Für die folgenden neun CompHP-spezifischen Standards werden in dem Handbuch detailliert die Kernkompetenzen, erforderliche Grundkenntnisse und Fähigkeiten sowie Leistungskriterien für die Dokumentation und Bewertung zusammengestellt.

Standard 1: Veränderung ermöglichen
Idividuen, Gruppen, Gemeinschaften und Organisationen zum Aufbau von Kompetenzen für die Gesundheitsförderung befähigen, um die Gesundheit zu verbessern und gesundheitliche Ungleichheiten zu vermindern.

Standard 2: Advocacy

Mit und für Individuen, Gemeinschaften und Organisationen für eine Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden eintreten und Kompetenzen für die Gesundheitsförderung aufbauen.

Standard 3: Vermittlung durch Partnerschaft

Mit unterschiedlichen Disziplinen, Sektoren und Partnern zusammenarbeiten, um die Wirksamkeit und Nachhaltigkeit der Gesundheitsförderung zu verbessern.

Standard 4: Kommunikation

Gesundheitsförderung effektiv kommunizieren, unter Nutzung angemessener Methoden und Techologien für verschiedene Zielgruppen.

Standard 5: Führung

Zur Entwicklung einer gemeinsamen Vision und Strategie für die Gesundheitsförderung in dem jeweiligen Handlungskontext beitragen.

Standard 6: Assessment

In Partnerschaft mit Stakeholdern Ressourcen- und Bedarfsanalysen durchführen, im Kontext von politischen, wirtschaftlichen, sozialen, kulturellen, Umwelt-, Verhaltens- und biologischen Determinanten, welche die Gesundheit fördern oder schädigen.

Standard 7: Planung

Messbare Gesundheitsförderungsziele entwickeln aufgrund von Bedarfs- und Ressourcenanalysen in Partnerschaft mit Stakeholdern

Standard 8: Umsetzung

Gesundheitsförderung effizient und effektiv, kulturell angepasst und ethisch in Partnerschaft mit Stakeholdern umsetzen

Standard 9: Evaluation und Forschung

In Partnerschaft mit Stakeholdern angemessene Evaluations- und Forschungsmethoden anwenden, um die Reichweite, die Auswirkungen und Wirksamkeit von Gesundheitsförderungs-Interventionen zu erfassen.

In der folgenden Übersicht werden die CompHP Kernkompetenzen integriert dargestellt:

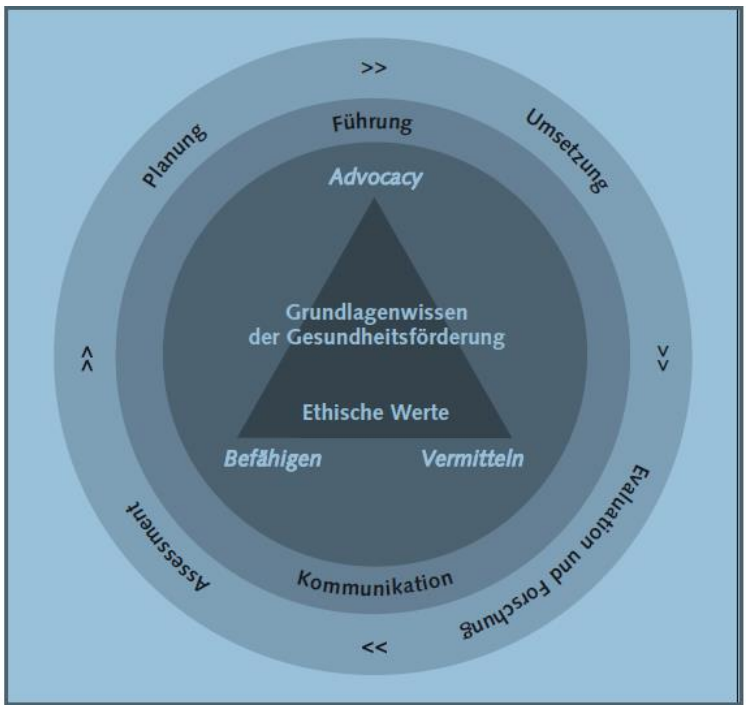


Abb. 1: Die CompHP-Kernkompetenzen der Gesundheitsförderung (Abb. aus BZgA Fachpublikationen Konzepte, Heft 5, 2014, S.14)

Literatur:

Das CompHP-Rahmenkonzept für die Gesundheitsförderung. Kernkompetenzen - Professionelle Standards - Akkreditierung. Fachpublikation Konzepte Heft 5 der BZgA , Köln 2014 (zum herunterladen unter: http://www.bzga.de/infomaterialien/fachpublikationen/konzepte/)

Internetadressen:

Ausführliche Information zur internationalen Entwicklung von professionellen Standards für die Gesundheitsförderung und zum CompHP- Akkreditierungsverfahren unter:
www.iuhpe.org/index.php/en/links-and-resources (International Union for Health Promotion and Education)
www.bv-gesundheitsfoerderung.de (Berufsverband Gesundheitsförderung)
www.hochges.de (Kooperationsverbund Hochschulen für Gesundheit e.V.)

Verweise:

Gesundheitsförderung und Hochschule

Kinderschutz und Prävention – Gesundheitsförderung

Tanja Jungmann

(letzte Aktualisierung am 05.01.2015)

Der Begriff des Kinderschutzes beinhaltet alle rechtlichen Regelungen und Maßnahmen des Staates sowie nicht-staatlicher Instanzen, die dem Schutz von Kindern dienen sollen. Dies umfasst die Abwendung von Kindeswohlgefährdung, Kindeswohlvernachlässigung sowie Kindesmisshandlung.

Kindeswohl ist kein abschließend definierter Begriff. Aus rechtlicher Perspektive ist das Kindeswohl sowohl national als auch international die zentrale Norm und der wichtigste Bezugspunkt im Bereich des Kindschafts- und Familienrechts. Der Begriff impliziert das gesamte Wohlergehen von Kindern und Jugendlichen sowie deren gesunde Entwicklung. Darunter fällt u.a. das Recht des Kindes auf die Förderung seiner Entwicklung und seine Erziehung zu einer eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit. In Deutschland obliegt nach Art. 6, Abs. 2 des Grundgesetzes den Eltern das Recht auf die Erziehung der Kinder. Mit der Novellierung des § 8a im SGB VIII (Kinder- und Jugendhilfe) im Jahr 2005 kommt dem kommunalen Jugendamt explizit der Schutzauftrag als staatliches Wächteramt bei Kindeswohlgefährdungen zu.

Der Begriff *Kindeswohlgefährdung* ist im BGB verschiedentlich geregelt. Im Zentrum steht dabei § 1666 Abs. 1 des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB). Kindeswohlgefährdung bezeichnet eine andauernde oder wiederholte Unterlassung fürsorglichen Handelns durch sorgeberechtigte oder -verantwortliche Personen und kann zu langfristigen körperlichen, seelischen und geistigen Beeinträchtigungen in der Entwicklung des Kindes bis hin zum Tod führen. Eine Kindeswohlgefährdung im Sinne einer *Vernachlässigung* liegt dann vor, wenn über einen längeren Zeitraum Versorgungsleistungen ausbleiben, die zur physischen und psychischen Versorgung des Kindes notwendig wären. Hierbei kann zwischen körperlicher Vernachlässigung (Nahrung, Kleidung, Hygiene usw.), kognitiver und erzieherischer Vernachlässigung (Mangel an Konversation, Spiel und anregenden Erfahrungen, Delinquenz usw.) sowie emotionaler Vernachlässigung (fehlende Reaktion auf Signale des Kindes usw.) unterschieden werden. Darunter fällt auch eine unzureichende Beaufsichtigung des Kindes. Eine Kindeswohlgefährdung im Sinne der *Kindesmisshandlung* umfasst körperliche Misshandlungen (Schläge, Tritte usw.), sexuelle Misshandlungen (sexuelle Handlun-

gen am Kind oder vom Kind gefordert usw.) und/oder emotionale Misshandlungen (Herabsetzung, Entwertung, Beschimpfung usw.) (vgl. auch Deegner & Körner 2005).

Systematische, verlässliche Daten zum Ausmaß von Kindeswohlgefährdungen gibt es in Deutschland bislang nicht. Allerdings melden Jugendämter seit 2012 jede abgeschlossene **Gefährdungseinschätzung**, für die gewichtige Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung vorliegen und für die eine Einschätzung des Gefährdungsrisikos im Zusammenwirken mehrerer Fachkräfte erfolgt ist, an die amtliche Statistik. Dadurch werden Auswertungen zu Art, Umfang und Ergebnis von Gefährdungseinschätzungen sowie den meldenden Personen bzw. Institutionen in Deutschland möglich. Ein Rückschluss von der Zahl der Verfahren auf die Zahl der betroffenen Kinder ist bisher aber nicht möglich. Nach Mitteilung des Statistischen Bundesamtes (Destatis) wurden im Jahr 2012 knapp 107.000 Verfahren zur Einschätzung der Gefährdung des Kindeswohls von den Jugendämtern durchgeführt. Davon wurden 17.000 (16 %) als akute Kindeswohlgefährdungen bewertet, in 21.000 Verfahren (20 %) lag eine latente Kindeswohlgefährdung vor. Zwei von drei dieser Kinder (66 %) zeigten Anzeichen von Vernachlässigung. Bei gut jedem vierten Kind (26 %) wurden Anzeichen für psychische Misshandlung gefunden. Ein ähnlich großer Anteil der Kinder (24 %) wiesen Anzeichen körperlicher Misshandlung auf. In 5 % der Verfahren wurden Anzeichen für sexuelle Gewalt festgestellt. Mehrfachnennungen waren möglich.

In 68.000 Fällen (64 %) kamen die Fachkräfte aber zu dem Ergebnis, dass keine Kindeswohlgefährdung vorliegt. Allerdings wurde in jedem zweiten dieser Verfahren ein Hilfe- oder Unterstützungsbedarf durch das Jugendamt festgestellt. Bei 18.000 Verfahren (17 %) machten Polizei, Gericht oder Staatsanwaltschaft das Jugendamt auf eine mögliche Kindeswohlgefährdung aufmerksam. Bei gut 15.000 Verfahren (14 %) gingen Jugendämter Hinweisen durch Bekannte oder Nachbarn nach, in knapp 14.000 Fällen (13 %) denen von Schulen oder Kindertageseinrichtungen. Gut jeden zehnten Hinweis (11 %) erhielten die Jugendämter anonym.

Jedes vierte Kind (25 %), für das ein Verfahren zur Einschätzung der Gefährdung des Kindeswohls durchgeführt wurde, hatte das dritte Lebensjahr noch nicht vollendet. Drei- bis fünfjährige Kinder waren zu 20 % von den Verfahren betroffen. Mit 22 % waren Kinder im Grundschulalter (6 bis 9 Jahre) beteiligt und mit 18 % Kinder im Alter von 10 bis 13 Jahren. Für Jugendliche (14 bis 17 Jahre) betrug der Anteil an allen Verfahren 15 % (vgl. dazu auch Kaufhold & Pothmann, 2014).

Neben der größeren körperlichen Verletzlichkeit von Säuglingen und Kleinkindern und deren starker Abhängigkeit von der elterlichen Fürsorge stellen Geburtsrisiken, Entwicklungsrückstände und Behinderungen spezifische Risikofaktoren für eine Kindeswohlgefährdung dar. Bei den Eltern werden verstärkt psychische Erkrankungen, die eigene Persönlichkeit oder die generellen Lebensumstände als Risikofaktoren benannt. Belastungen,

die sich aus finanzieller Armut und sozialer Benachteiligung ergeben, spielen hier eine große Rolle. Die Anzahl der Kindeswohlgefährdungen mit Todesfolge bei einem Alter von null bis fünf Jahren liegt zwischen 80 bis 120 Kindern im Jahr. Damit liegt Deutschland trotz rückläufiger Zahlen, im internationalen Vergleich weiterhin nur im Mittelfeld. Prävention und Gesundheitsförderung müssen so früh wie möglich ansetzen, da gesundheitliche Störungen und gesundheitsschädigende Verhaltensweisen nicht nur die Entwicklung im Kindesalter beeinträchtigen, sondern auch nachhaltig die Entwicklungschancen im Erwachsenenalter beeinflussen (z.B. gesundheitliche Folgeschäden, Chancenungleichheit).

Um Erfahrung und Wissen über Frühe Hilfen zu gewinnen und diese als wirksame präventive Unterstützungsangebote dauerhaft einzurichten, wurden im Rahmen des Aktionsprogramms „Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und Soziale Frühwarnsysteme“ des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2005 in den Ländern Modellprojekte gefördert und durch das Nationale Zentrum Frühe Hilfen fachlich begleitet und evaluiert. Vorrangiges Ziel des Aktionsprogramms war die wirksame Vorbeugung von Vernachlässigung und Misshandlung: Risiken sollten frühzeitig erkannt und die Erziehungskompetenz der Eltern gestärkt werden (**Frühe Hilfen**). Die Ergebnisse sind unter anderem in die Ausgestaltung der Bundesinitiative Frühe Hilfen eingeflossen, deren Grundlage das seit dem 01. Januar 2012 gültige Kinderschutzgesetz ist.

Präventionsmaßnahmen werden nach drei Gesichtspunkten kategorisiert (**Prävention**): dem Zeitpunkt der Maßnahme (primär, sekundär, tertiär), der Zielgruppe (universell, selektiv, indiziert) und dem Ansatzpunkt (personal, strukturell). Liegt keine besondere Gefährdung vor, greifen Maßnahmen der *primären Prävention*, die als Vorbeugung und Verhütung häuslicher Gewalt und einer Kindeswohlgefährdung definiert sind (z.B. Information und Aufklärung, Elternkurse wie „Das Baby verstehen“ von Gregor und Cierpka (2004), oder „Auf den Anfang kommt es an“ (Ziegenhain et al 2006). Die Nutzung dieser Angebote ist freiwillig, ihr Hauptansatzpunkt ist eine positive Veränderung des elterlichen Verhaltens (personale oder Verhaltensprävention) mit dem Ziel, die Bedingungen des kindlichen Aufwachsens möglichst risikoarm und ressourcenreich zu gestalten (strukturelle Prävention, Verhältnisprävention).

Frühwarnsysteme und Frühe Hilfen erfüllen oftmals schon die Definitionskriterien der *sekundären Prävention*, nämlich Früherkennung sich anbahnender Gewaltprobleme sowie gezielte Interventionen bei Risikofamilien. Dies erfordert die Kenntnis der Risikofaktoren für häusliche Gewalt und Kindeswohlgefährdung, der Zuständigkeiten, der Ansprechpartner und -partnerinnen sowie der verschiedenen Handlungsmöglichkeiten. Der gesetzliche Schutz vor Kindeswohlgefährdung (§ 8a SGB VIII) sieht zudem die intensive interdisziplinäre Zusammenarbeit bei der Früherkennung von Gewaltproblemen vor. Frühe Hilfen zielen auf den Ausbau der formellen Unterstützungsnetzwerke ab, wobei möglichst gemeinsam mit der Familie aktiv nach passgenauen Angeboten gesucht wird. In diesem Zusam-

menhang sollten alle Praxisakteure auf ihren potenziell sekundär-präventiven Auftrag vorbereitet sein (z.B. durch eine Ausbildung zur Kinderschutzfachkraft, Schulungen zur Verbesserung der Kompetenzen zur Früherkennung von Risiken und Anzeichen für Kindeswohlgefährdung), der sich daraus ergibt, dass die Zielgruppe Früher Hilfen zumeist vielfach risikobelastete Familien sind (selektive Prävention). In diesem Zusammenhang kommt den Familienhebammen (FamHeb) und den Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und -pflegern (FGKiKP) eine besondere Bedeutung zu. Die FamHeb gehen in die Familien und helfen den Eltern, den Familienalltag auf das Leben mit dem Baby umzustellen. Sie geben u.a. Informationen und Anleitung zu Pflege, Ernährung, Entwicklung und Förderung des Kindes und binden dabei alle Familienmitglieder ein (Lange & Liebald, 2014, S. 10). Die FGKiKP stärken v.a. die Kompetenz von Familien mit behinderten oder chronisch kranken Kindern, Frühgeborenen, Kindern mit Regulationsstörungen und in anderweitig belastenden Lebenssituationen. Sie vermitteln den Eltern Informationen zu den Meilen- und Grenzsteinen der motorischen, kognitiven, sprachlichen und sozial-emotionalen Entwicklung und zum entwicklungsfördernden Umgang mit ihren Kindern. Ihre Leistungen erbringen sie bei Hausbesuchen. Sie begleiten aber auch zu weiteren Angeboten und Hilfen oder vermitteln diese bei Bedarf. Damit sind sie - ebenso wie z.B. die Familienhebammen - Lotsinnen und Lotsen im Netzwerk der Frühen Hilfen. Für die FamHeb und die FGKiKP sind die Wahrnehmung von Anzeichen für eine Kindeswohlgefährdung und das professionelle Handeln in dieser Situation Querschnittsaufgaben (Hahn & Sandner 2014).

Maßnahmen der *tertiären Prävention* werden ergriffen, wenn es in einer Familie bereits zu körperlicher Gewalt gekommen ist bzw. weitere gewaltsame Übergriffe wahrscheinlich sind. Ziel ist dann die Vermeidung von Wiederholungstaten, z.B. durch eine Kombination aus psychologischer Beratung/Therapie, Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe oder vorübergehenden Veränderungen der Wohnsituation. Besteht ein erhebliches Risiko für weitere massive Gewalthandlungen, muss das Kind aus der Familie genommen werden (Inobhutnahme nach § 42 SGB VIII). Bei Verdacht auf oder dem Vorliegen von Kindeswohlgefährdung sollten die Akteure in der Praxis einem Ablaufplan folgen, der möglichst in Absprache mit Sozialbehörden und Jugendämtern entstanden ist. Die Kontaktaufnahme mit dem Jugendamt geschieht nicht ohne das Wissen, aber unter Umständen ohne das Einverständnis der Teilnehmerin bzw. des Teilnehmers. Hier schließt sich dann eine Intervention im Kinderschutz an. Die Begleitung durch das Angebot der Frühen Hilfe wird möglichst fortgesetzt, in jedem Fall aber der Übergang gestaltet. Nach erfolgter Intervention besteht das Angebot der Wiederaufnahme der Begleitung für die Teilnehmerin bzw. den Teilnehmer.

Derzeit ist die Präventionslandschaft v.a. durch eine Vielzahl von länder- bzw. kommunenspezifischen Konzepten geprägt. Die gesetzlichen Regelungen in den 16 Bundesländern

sind uneinheitlich und fokussieren stark auf die Steigerung der Teilnahme an den ärztlichen Früherkennungsuntersuchungen. Viele Bundesländer favorisieren ein verbindliches Einladungswesen nach § 26 des SGB V. Dies erhöht die Aufmerksamkeit auf die Gesundheitshilfe als wichtiger Protagonistin zur Sicherstellung von Kindergesundheit und Kinderschutz. Sie kann als Anlass genommen werden, um mithilfe landesrechtlicher Unterstützung die Verantwortungsübernahme für den Kinderschutz in der Gesundheitshilfe verbindlich einzufordern und gleichzeitig zu stärken, zielführende Kooperationsstrukturen mit der Kinder- und Jugendhilfe durch Teilnahmeverpflichtungen gegenüber allen Beteiligten zu fördern und damit Kinderschutz durch Landesrecht nachhaltig zu qualifizieren. Neben dem Aspekt der Früherkennungsuntersuchungen sind es aber auch Elterntrainings bzw. Elternkurse, die zu einer Verbesserung des Kinderschutzes durch die Stärkung der Elternkompetenz beitragen sollen. Kinder aus sozial benachteiligten Familien zeigen vermehrt Auffälligkeiten in allen Entwicklungsbereichen sowie gesundheitliche Probleme wie Übergewicht und ein erhöhtes Unfallrisiko. Problematisch für die Prävention und Intervention erweist sich die Erreichbarkeit, sodass eine lückenlose Erfassung nahezu unmöglich ist. Gesundheitsförderung im Kindergarten oder in Grundschulen - wie z.B. Bewegungsförderung, Aufklärung über gesunde Ernährung, aber auch Sprachförderung - sind dagegen noch immer Einzelaktionen.

Aus den obigen Ausführungen wird deutlich, dass Präventionsprogramme bislang vorrangig im Bereich der Vernachlässigung, Misshandlung oder des Missbrauchs ansetzen, Entwicklungsrisiken jedoch nur begrenzt betrachten. Neben der Verbindlichkeit der Früherkennungsuntersuchungen gilt es deshalb, weitere Maßnahmen zu entwickeln, die den gesundheitlichen Schutz der Kinder verbessern, auf eine aufsuchende Struktur ausgerichtet sind, aber auch das natürliche Interesse der Eltern an Informationen - z.B. über Säuglingspflege und die kindliche Entwicklung während der Schwangerschaft und Geburt - aufgreifen und diese Informationen risikogruppenadäquat vermitteln. Hier kommt dem NEST-Material eine besondere Bedeutung zu. Es wurde von der Stiftung Pro Kind und dem Nationalen Zentrum **Frühe Hilfen** (NZFH) entwickelt und dient dem präventiven Ansatz der Frühen Hilfen. Bei den Materialien handelt es sich um zielgruppenspezifische, passgenaue Arbeitshilfen für die Fachkräfte, die diese flexibel in ihrem jeweiligen Arbeitsfeld einsetzen können um Familien darin unterstützen, ihren Kindern eine gesunde Entwicklung zu ermöglichen. Die Materialien sind modular aufgebaut und können programmunabhängig verwendet werden. NEST deckt ein breites Spektrum an Themen der Frühen Hilfen ab, die für Familien von der Schwangerschaft bis zum Ende des zweiten Lebensjahres wichtig sind. Zudem sind die Inhalte speziell auf bildungsferne Familien zugeschnitten.

Die Chancen kostenloser kinderärztlicher Untersuchungen gilt es weiterhin zu nutzen, da sie die tragende Säule in der staatlichen Gesundheitsvorsorge darstellt und die Kinder besser als andere Institutionen erreicht. Die zielführenden Kooperationsstrukturen zwi-

schen Gesundheitshilfe und Jugendhilfe verhelfen in jedem Fall zu einem verbesserten Kinderschutz und stellen eine verbindliche Verantwortungsübernahmestruktur dar. Die Wahrnehmung von Kindeswohlgefährdungen, so zeigt der internationale Forschungsstand, hat sich durch Fortbildungen und den Ausbau der Vernetzung zwischen Gesundheits- und Jugendhilfe deutlich verbessert. Dennoch ist nicht abschließend geregelt, wie bei konkreten Verdachtsfällen auf Kindeswohlgefährdung verfahren wird. Zudem hat die Ausweitung der Meldepflicht international zur Überlastung des Kinderschutzsystems geführt. An dieser Stelle gibt es weiterhin deutlichen Handlungsbedarf.

Literatur:

Deegener, G/Körner, W (Hrsg.), Kindesmisshandlung und Vernachlässigung. Ein Handbuch. Göttingen 2005;

Fegert et al, Lernen aus problematischen Kinderschutzverläufen, 2008.

Hahn, M/Sandner, E, Kompetenzprofil Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und -pfleger in den Frühen Hilfen. Köln: Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH); 2014

Kaufhold, G/Pothmann, J (2014), Gefährdungseinschätzungen im Zahlenspiegel - Altersverteilungen, Meldergruppen, Kindeswohlgefährdungen. KOMDAT, 3 (13), 9-12;

Kindler H et al (Hg.), Handbuch Kindeswohlgefährdung nach § 1666 BGB und Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD), DJI, München 2006;

Lange, U/Liebald, C,, Der Einsatz von Familienhebammen in Netzwerken Frühen Hilfen. Leitfaden für Kommunen. Köln: Nationales Zentrum für Frühe Hilfen (NZFH) 2014;

Nothhafft S, Landesgesetzliche Regelungen im Bereich des Kinderschutzes bzw. der Gesundheitsvorsorge, DJI, München 2009;

Ziegenhain U et al, Modellprojekt Guter Start ins Kinderleben - Werkbuch Vernetzung - Chancen und Stolpersteine interdisziplinärer Kooperation und Vernetzung im Bereich Früher Hilfen und im Kinderschutz, Nationales Zentrum Frühe Hilfen, Köln, Süddeutsche Verlagsgesellschaft, Ulm 2010

Internetadressen:

www.kinderschutz-zentren.org (Bundesarbeitsgemeinschaft der Kinderschutzzentren)
www.dksb.de/Content/start.aspx (Deutscher Kinderschutzbund e.V.)
www.fruehehilfen.de/fruehe-hilfen/forschung/statistik-daten-und-fakten/daten-und-fakten/ (Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH))
www.destatis.de/ (Statistisches Bundesamt)
www.fruehehilfen.de/bundesinitiative-fruehe-hilfen/ (Bundesinitiative Frühe Hilfen)
www.fruehehilfen.de/nest-material/ (NEST-Materialien)

Verweise:

Frühe Hilfen, Prävention und Krankheitsprävention

Die Autorin dankt Andrea Thomas für ihre Vorarbeiten in den bisherigen Ausgaben der Leitbegriffe.

Krankheit

(letzte Aktualisierung am 13.06.2018)

Peter Franzkowiak

Krankheit ist im engeren medizinischen Sinn Behandlungs- und/oder Pflegebedürftigkeit. Das deutsche Standardwerk der medizinischen Wörterbücher, der „Pschyrembel", definiert Krankheit als „Störung der Lebensvorgänge in Organen oder im gesamten Organismus mit der Folge von subjektiv empfundenen und/oder objektiv feststellbaren körperlichen, geistigen oder seelischen Veränderungen". Eine Abgrenzung wird vorgenommen zwischen Krankheiten in diesem Sinn und Befindlichkeitsstörungen ohne objektivierbare medizinische Ursache. Weit verbreitet ist eine Unterscheidung in körperlich-organische, psychosomatische und psychische Krankheiten. Krankheit ist sowohl ein Begriff der Lebenswelt als auch ein theoretischer Begriff der medizinischen Wissenschaft.

Krankheit ist ein praktisch-normativer Begriff. Er ist nicht einheitlich (etwa nur und ausschließlich von der Biomedizin geprägt), vielmehr soziokulturell bedingt und kann in verschiedenen historischen Phasen unterschiedlich definiert sein. In entwickelten modernen Gesellschaften ist Krankheit dasjenige Ereignis, das ärztliches Handeln auslöst und damit „Urgrund der sozialen Institution Medizin" (Labisch 1999) ist.

Krankheitsmodelle: Die Gesundheitswissenschaften differenzieren drei „Kausalpfade" zur Erklärung von Krankheitsentstehung:

- naturwissenschaftlich-somatisch,
- sozio-psycho-somatisch,
- verhaltensbedingt.

Die gegenwärtig immer noch *einflussreichsten Krankheitsmodelle* entstammen dem ersten Bereich und sind naturalistisch-medizinischen Ursprungs. Sie leiten ärztliches Handeln aus der Kenntnis organisch-funktioneller und pathophysiologischer Begründungszusammenhänge ab, in neuester Zeit auch unter Einschluss der Molekularbiologie und Genetik („Genetisierung der Medizin"). Im biomedizinischen Verständnis von Krankheit wird unterstellt, dass eine Krankheit bzw. körperliche Defekte und Fehlfunktionen von eindeutigen Ursachen ausgelöst werden, dass sie ein eindeutiges Erscheinungsbild mit klaren Folgen haben und daher auch in der Behandlung ursächlich angegangen werden können.

Das Autor*innenteam einer BZgA-Expertise zum Salutogenetischen Modell fasst das Krankheitsverständnis der Biomedizin zusammen: „Der menschliche Körper (ist) mit einer

Maschine vergleichbar .., deren Funktionen und Funktionsstörungen verstanden werden können, indem die Organsysteme und -strukturen sowie die physiologischen Prozesse möglichst genau analysiert werden. Krankheitssymptome (körperliche Beschwerden, körperliche Veränderungen, aber auch psychische Auffälligkeiten) werden durch organische Defekte erklärt. Diese anatomischen oder physiologischen Defekte bilden die eigentliche Krankheit. Für die Entstehung des Defekts wird angenommen, dass es eine begrenzte Zahl von Ursachen gibt, wie dies z.B. bei Bakterien oder Viren der Fall ist. Entscheidend ist das Erkennen des Defekts und die Suche nach Möglichkeiten, ihn zu beheben. Diese Grundannahmen bestimmen den Umgang mit körperlichen Beschwerden: Die Bestimmung, ob eine Person als krank bezeichnet werden kann, hängt davon ab, ob anatomische oder physiologische Veränderungen festgestellt werden können. Der kranke Mensch als Subjekt und Handelnder wird weitgehend ausgeklammert. Er ist passives Objekt physikalischer Prozesse, auf die seine psychische und soziale Wirklichkeit und sein Verhalten keinen Einfluss haben. Medizinische Forschung, die dem biomedizinischen Krankheitsmodell folgt, konzentriert sich auf die Entdeckung bisher unbekannter Defekte und den Nachweis, dass diese die Ursache für eine Erkrankung sind. Die medizinische Behandlung zielt darauf ab, den Defekt zu beheben“ (Bengel/Strittmatter/Willmann 2001, 17).

Aus Sicht von Medizintheorie und Medizinischer Ethik beruht die medizinische Krankheitslehre (Pathologie) auf sieben Grundprinzipien: „(1) Die Krankheitslehre hat das individuelle menschliche Leben unter dem Aspekt von Krankheit und Gesundheit zum Gegenstand. (2) Die Krankheitslehre fasst Krankheiten als abgrenzbare Anteile eines individuellen Lebens auf. (3) Jedes krankhafte Phänomen ist entweder eine Krankheit oder deren Manifestation. (4) Jede einzelne Krankheit ist ein Fall einer allgemeinen Art: einer *Krankheitsentität.* (5) Krankheitsentitäten werden definiert durch eine Kombination von Erstursachen, Wirkbedingungen, Reaktionen und Folgen im Organismus, Verlaufsformen und Ausgängen. (6) Krankheitsentitäten sind durch sie definierende *pathologische* Merkmale gekennzeichnet; die Pathologizität von Merkmalen lässt sich durch ein System von Krankheitskriterien charakterisieren. (7) Ein fraglich pathologischer Lebensvorgang kann durch Rekurs auf die Ätiopathologie der zugehörigen Krankheitsentität theoretisch eingeordnet werden.“ (Hucklenbroich 2018, Abstract)

Das klassische Schema „Erreger/Auslöser - Defekt - spezifische Behandlung - Heilung“ bestimmt das Krankheitsverständnis nicht nur vieler in der Medizin Tätiger, sondern auch der meisten Laien. Diese Modellvorstellung war aber schon bei den übertragbaren Krankheiten, zu deren Erklärung sie historisch entwickelt wurde, nicht durchweg zutreffend. Sie trifft keinesfalls die heutige epidemiologische Realität von massenhaften verhaltensbedingten Zivilisationserkrankungen mit multifaktorieller Genese, zunehmender Multimorbidität im Alter und der weiten Verbreitung psychischer Störungen und psychosomatischer Beschwerdebilder.

Neben der biomedizinischen Perspektive, teilweise mit ihr konkurrierend, existieren in jeder Gesellschaft andere Krankheitslehren: z.B. metaphysische, anthropologische, soziologische, alltagskulturelle und kulturwissenschaftliche sowie psychosomatische Modellbildungen. Die **subjektiven Gesundheits- und Krankheitskonzepte** schöpfen aus allen diesen Quellen, sind dabei aber abhängig von Lebensalter, Geschlecht, **Lebenslage**, Milieuzugehörigkeit und ethisch-religiösen Orientierungen. Die monokausalen medizinischen Krankheitsmodelle der Vergangenheit sind mittlerweile von multifaktoriellen, integrativen Krankheitsmodellen abgelöst worden (**Risikofaktoren**, **Stress und Stressbewältigung**, **Psychosomatische Perspektive**; zur besonderen Problematik der Neukonfiguration des Krankheitsbegriffs im Kontext der genomischen, molekularen und individualisierten Medizin s. **Biomedizinische Perspektive**).

Krankheit in der Sozialversicherung: In Deutschland werden die Aufgaben und Leistungen der *Gesetzlichen Krankenversicherung* über die Vorschriften des 5. Sozialgesetzbuchs (SGB V, §§ 27ff) geregelt. Das SGB V verzichtet auf eine Legaldefinition von Krankheit: der Gesetzgeber selbst habe bewusst davon abgesehen, den Begriff der Krankheit im Gesetz zu definieren, da sein Inhalt ständigen Änderungen unterliege (BSG 2015). In der Schweiz definiert ein Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts Krankheit. Nach dem seit Januar 2004 geltenden BG 830.1, Art. 3 (Stand: Januar 2012), ist sie „jede Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit, die nicht Folge eines Unfalles ist und die eine medizinische Untersuchung oder Behandlung erfordert oder eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat".

Im deutschen Sozialversicherungs- und Arbeitsrecht liegen weit gefasste Krankheitsdefinitionen aus den späten 1950er und frühen 1970er Jahren vor. Danach ist Krankheit „jede Störung der normalen Beschaffenheit oder der normalen Tätigkeit des Körpers, die geheilt, d.h. beseitigt oder gelindert werden kann" (BGH 1958, BVG 1971) bzw. „ein regelwidriger Körper- oder Geisteszustand, der ärztlicher Behandlung bedarf oder - zugleich oder ausschließlich - Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat" (BSG 1972). In diesen Formulierungen wird ein Zustand beschrieben, der ein Individuum als krank charakterisiert, die Notwendigkeit einer Heilbehandlung betont (wobei bereits die Erforderlichkeit einer Diagnosestellung ausreicht) und die zeitlich eingeschränkte bzw. verhinderte Arbeitsfähigkeit und Rollenerfüllung herausstellt. Auf die Krankheitsursache kommt es für das Vorliegen eines Versicherungsfalles nach SGB V nicht an. In der Gesetzlichen Rentenversicherung Deutschlands ist Krankheit ein regelwidriger körperlicher oder geistiger Zustand, der eine teilweise oder volle, zeitlich begrenzte oder auf nicht absehbare Zeit anzunehmende Erwerbsminderung zur Folge hat - gleichgültig, ob eine Versicherte oder ein Versicherter behandlungsbedürftig ist oder nicht.

Nach SGB V und in der Medizin als Handlungssystem ist Krankheit die Voraussetzung für eine Zuweisung von Leistungen (und Privilegien der Krankenrolle, **Soziologische Per-**

spektiven) der Kranken- und Sozialversicherung. Der sozialrechtliche Krankheitsbegriff ist nicht deckungsgleich mit dem medizinischen.

Klassifikationssysteme: Jeder Zustand von Krankheit ist eine einmalige, unwiederholbare Erscheinung - für die Betroffenen und ihre Angehörigen, aber auch für die behandelnden Professionellen. Zur wissenschaftlichen, praktischen und rechtlichen Auseinandersetzung mit Krankheit ist es jedoch nötig, eine Menge von artverwandten Zuständen des Krankseins unter einer gemeinsamen Bezeichnung zusammenzufassen. Die Klassifikation von Krankheiten beruht auf einer wissenschaftlichen Verständigung über intersubjektive Merkmale (z.B. Indikatoren der Symptomatologie, Pathogenese, Ätiologie, Funktionsstörung oder der therapeutischen Prinzipien).

Klassifikationssysteme sind abhängig vom jeweiligen historischen Stand der Medizin und des gesellschaftlichen Umgangs mit Krankheiten. In Europa am weitesten verbreitet ist das von der WHO verabschiedete ICD-Klassifikationssystem („International statistical classification of diseases and health-related problems"). Es existiert seit 1993 in der 10. Revision (ICD-10) und wird jährlich weiterentwickelt. Parallel zur Weiterentwicklung wird derzeit an einer grundlegend neuen 11. Revision gearbeitet, deren Veröffentlichung die WHO für 2018 angekündigt hat (ein „ICD-11 Beta Draft" liegt seit Dezember 2016 vor).

Die deutschsprachigen Fassungen werden vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI), einer nachgeordneten Behörde des Bundesministeriums für Gesundheit, herausgegeben und gepflegt. Die aktuellste für deutsche Verhältnisse modifizierte Form (ICD-10-GM 2018) gilt seit Januar 2018. Danach werden derzeit alle ärztlichen und psychotherapeutischen Diagnosen und Behandlungen sowie die Todesursachen verschlüsselt (s. Abb. 1).

Die ICD-10 erhebt den Anspruch, deskriptive und weitgehend ätiologiefreie Diagnosen zu stellen. Damit sollen eine Abkehr von den vorher üblichen kategorialen Klassifikationen in Medizin, Psychosomatik und Psychiatrie vollzogen und interkulturelle Vergleiche erleichtert werden. Im Bereich der psychischen Störungen (Kapitel V der ICD-10) wird dies besonders deutlich am weitgehenden Verzicht auf die klassische Begrifflichkeit der „psychischen Krankheit" und einem nahezu konsequenten Gebrauch des Wortes „Störung". Psychiatrische Kritikerinnen und Kritiker werfen dem deskriptiven Ansatz allerdings wissenschaftliche Unschärfe und Kompromissbildung vor.

Klasse	Bezeichnung
I	Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten
II	Neubildungen
III	Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen des Immunsystems
IV	Endokrine, Emährungs- und Stoffwechselkrankheiten
V	Psychische und Verhaltensstörungen
VI	Krankheiten des Nervensystems
VII	Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde
VIII	Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes
IX	Krankheiten des Kreislaufsystems
X	Krankheiten des Atmungssystems
XI	Krankheiten des Verdauungssystems
XII	Krankheiten der Haut und der Unterhaut
XIII	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes
XIV	Krankheiten des Urogenitalsystems
XV	Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett
XVI	Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben
XVII	Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien
XVIII	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifizierbar sind
XIX	Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen
XX	Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität
XXI	Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen
XXII	Schlüsselnummern für besondere Zwecke

Abb. 1: Klassen/Kapitel der Internationalen Statistischen Klassifikation der Krankheiten und gesundheitsbezogenen Probleme (ICD-10-GM 2018)

Eine wichtige Fortführung stellt das ökonomisch-medizinische Klassifikationssystem der Diagnosebezogenen Fallgruppen (DRG; engl.: Diagnosis Related Groups) dar. DRG dienten ursprünglich zur Klassifikation medizinisch ähnlicher Patientenkollektive. Erst später wurden daraus Entgeltsysteme zur Finanzierung vor allem von stationären Behandlungen. DRG stellen eine Methode dar, mit der sich stationäre Behandlungsepisoden von Patientinnen und Patienten in Kategorien einteilen und messen lassen. Die Betroffenen werden anhand medizinischer (Diagnosen, durchgeführte Behandlungen) und demografischer (Alter, Geschlecht) Daten in Fallgruppen eingeteilt, die nach dem für die Behandlung erforderlichen Ressourcenverbrauch (sog. Prozedurenkombinationen) unterteilt und bewertet werden. Jeder Fallgruppe wird eine sogenannte Bewertungsrelation zugewiesen.

Maßgeblich für die Zuordnung des Behandlungsfalles zu einer diagnosebezogenen Fallgruppe sind die Hauptdiagnose bzw. die Grunderkrankung, im Krankenhaus durchgeführte Prozeduren (Operationen, aufwändige Untersuchungen), Nebendiagnosen und Komplikationen, die den Behandlungsverlauf maßgeblich beeinflussen, die Beatmungszeit, Verweildauer und Entlassungsgrund sowie patientenbezogene Faktoren wie Alter, Geschlecht oder das Geburtsgewicht. Mit Hilfe der DRG-Fallpauschalen (2018: 1292) und DRG-Zusatzengelte (2018: 205) lässt sich auch die Leistung eines Krankenhauses messen. Sie bilden damit eine maßgebliche Basis für Finanzierung, Budgetierung und Abrechnung.

Akute/chronische Krankheitsverläufe: Akute Krankheiten beginnen plötzlich, verschlimmern sich und spitzen sich bis zu einem Höhepunkt bzw. einer „Krise“ zu. Sie klingen von selber ab und/oder sind in der Regel meist medizinisch behandelbar, dabei hinterlassen sie wenig Komplikationen und nur in Ausnahmefällen chronische Folgen. Akute Krankheiten können aus unterschiedlichen Gründen chronisch werden:

- Eine akute Krankheit erfährt keine optimale (medizinische) Behandlung.
- Ungünstige psychosoziale **Lebensweisen** und **Lebenslagen** verstärken negative Krankheitsverläufe und -folgen und/oder verhindern angemessene Therapien.
- Bestimmte Krankheiten führen aufgrund ihrer Schwere oder noch nicht vorhandener Heilungsmöglichkeiten zu einem chronischen Verlauf (z.B. bleibende Lähmungen nach einem Schlaganfall, der Diabetes mellitus I, die im frühen Jugendalter auftretende Zuckerkrankheit).
- Nicht zuletzt entstehen chronische Krankheiten oft als Folge einer kontinuierlichen äußeren Schädigung des Organismus, vielfach in Kombination mit Faktoren wie Alter und Disposition (z.B. Lungen- und Bronchialkrebs bei Gewohnheitsrauchern, bösartige Neubildungen als Folge einer jahrzehntelangen Exposition am Arbeitsplatz gegenüber Stäuben, Chemikalien oder anderen Noxen).

Chronische Krankheiten haben eine lange Latenzzeit und beginnen meist schleichend oder schubweise. Außer im Fall schwerer akuter Krankheiten mit direkter Behinderungsfolge

wirken vielfach Risikofaktoren und/oder eine Vielzahl anderer akuter Krankheiten als Vorläufer und Warnzeichen. Sie beeinträchtigen Menschen über längere Zeiträume oder das gesamte weitere Leben (begrenzte bzw. unbegrenzte Chronizität) und können zu einer Behinderung mit dauerhaften Einschränkungen der Aktivität und gesellschaftlichen Teilhabe bei den Betroffenen führen. Chronische Erkrankungen sind medizinisch schwerer behandelbar, oftmals nur einer begrenzten oder keiner Therapie mehr zugänglich. In den industrialisierten Ländern bestimmen sie seit vielen Jahrzehnten das Krankheits- und Behinderungsspektrum. Unter den vorzeitigen Todesfällen und den nicht zum Tode führenden Krankheiten vergrößert sich ihr Anteil.

Bei der therapeutischen Intervention dominiert hier weniger die Heilung (kurative Medizin). Vielmehr stehen Förderung der verbliebenen Gesundheit, Symptomverbesserung und Linderung (symptomatische bzw. palliative Therapie, z.B. bei Krebskranken oder Aidskranken im Endstadium) sowie die Abmilderung von sozialen und psychischen Folgen im Vordergrund. Mit der Zeit wächst der Unterstützungs- und Versorgungsbedarf, der zunehmend an nichtmedizinische Gesundheitsprofessionen herangetragen wird, primär die Pflege. Eigenständige Bedeutung bei der Bewältigung haben auch **Selbsthilfegruppen** und -organisationen. Sie leisten wechselseitige Hilfe in den Bereichen, in denen das professionelle Gesundheitssystem Defizite oder Mängel aufweist. Zugleich erhöhen sie die Bewältigungskompetenzen, fördern die Selbstbestimmung des Individuums und tragen zur Humanisierung der medizinischen Versorgung bei.

Die Entstehung und Bewältigung chronischer Krankheiten folgt nicht dem tradierten Defektmodell. In ihrer Entstehung sind mehrere, darunter immer auch nichtmedizinische Ursachen wirksam. Zudem kann ein und dieselbe Krankheit bei verschiedenen Betroffenen einen höchst unterschiedlichen Verlauf nehmen. Chronische Erkrankungen gehen oft mit Komplikationen bzw. Begleitkrankheiten einher. Sie hinterlassen in der Regel dauerhafte Funktionsstörungen und Folgen bis zur bleibenden Behinderung: z.B. bösartige Neubildungen, Rheuma, chronische Verschleißerkrankungen, koronare Herzerkrankungen, zerebrale Gefäßerkrankungen, hirnorganische Abbauprozesse (Demenz). Der Krankheitsverlauf wird erheblich durch psychische, familiäre und soziale Faktoren beeinflusst - im Sinne zusätzlicher Belastung, aber auch mit der Wirkung **sozialer Unterstützung**.

Das oberste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten, Zahnärzten, Psychotherapeuten, Krankenhäusern und Krankenkassen in Deutschland, der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA), hat 2004 eine „*Chroniker-Richtlinie*“ vorgelegt (§ 62 SGB V - zuletzt geändert 2017). Menschen gelten danach als „schwerwiegend chronisch krank“, wenn sie sich nachweislich wegen derselben **Krankheit** in ärztlicher Dauerbehandlung befinden sowie mindestens eines der nachfolgenden Merkmale erfüllen: **Pflegebedürftigkeit** der Pflegegrade 3, 4 oder 5 nach dem zweiten Kapitel des SGB IX; Vorliegen eines Grades der Behinderung (GdB) oder Grad der Schädigungsfolgen (GdS) von 60 oder

einer Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von mindestens 60 Prozent; Erfordernis einer kontinuierlichen medizinischen Versorgung, ohne die nach ärztlicher Einschätzung eine lebensbedrohliche Verschlimmerung, Verminderung der Lebenserwartung oder dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität durch die Gesundheitsstörung zu erwarten ist.

Bewertungsprozesse bei Krankheit: Die Medizinische Soziologie hat eine dreistufige Ordnung entwickelt, die auf die professionellen, individuellen und sozialen Bewertungsprozesse bei Krankheit aufmerksam macht (s. Abb. 2). Damit sind drei verschiedene Bezugssysteme angesprochen, in denen Krankheit definiert wird: die Medizin (Fremdwahrnehmung durch befugte Professionelle), die betroffene Person (Selbstwahrnehmung), die Gesellschaft und speziell das Sozialversicherungssystem (sozialkulturelle und rechtliche Einordnung). Für Gesundheit gibt es noch keine vergleichbare Systematisierung.

Krankheitsverständnis	Schwerpunkte
„disease“: **ein veränderter Zustand der Person, des Körpers oder seiner Teile durch Abweichung von physiologischen, organischen oder psychiatrischen Normen**	» Biomedizinische Beobachtung und Diagnostik von veränderten, „abnormen“ Zuständen, physiologischen Regulationen oder Funktionsweisen im menschlichen Organismus; » Krankheit als objektivierbarer medizinisch-psychiatrischer Befund; » Krankheitsbilder und -syndrome werden objektiviert und klassifiziert (z.B. in der ICD-10 oder dem DSM-IV)
„illness“: **das Erleben von Beeinträchtigungen und Unwohlsein**	» Subjektive Beobachtung und das persönliche Erleben von veränderten, „abnormen“ Zuständen bzw. Funktionsweisen des menschlichen Organismus; » Krankheit als subjektive Störung des Befindens; » Beobachtungen und Zuschreibungen werden z.B. in regelmäßigen Umfragen über das Gesundheitsempfinden der Bevölkerung erhoben
„sickness“: **die Zuschreibung einer sozialen Rolle mit besonderen Ansprüchen und Privilegien**	» Gesellschaftliche Zuschreibung der Krankheit und Krankheitsrollen;

und der Veränderung von Interaktionen	» Krankheit als definiertes soziales Phänomen („Abweichung“), das einhergeht mit einer Veränderung von sozialen Interaktionsmustern; » Krankheit gilt als soziale Rollendysfunktion und Leistungsminderung in Verbindung mit der Notwendigkeit, Hilfe zu gewähren und aktiv zu suchen

Abb. 2: Differenzierung von „Krankheit“ aus Sicht der Medizinischen Soziologie

Weder die Begriffe Disease, Illness und Sickness noch ihre Bedeutungshöfe sind unabhängig voneinander. Etwas zu einer Krankheit zu machen (z.B. indem man etwas einer medizinischen Behandlung und Manipulation unterwirft), beeinflusst die Zuordnung eines sozialen Status zu der Krankheit. Ebenso wird das Krankheitsgeschehen und -erleben durch medizinisches Wissen beeinflusst. Die individuelle Erfahrung von Beschwerden wird durch die medizinische Terminologie, aber auch durch soziale Normen, Regeln und (Nicht-)Akzeptanzen beeinflusst. Neue Technologien wie bildgebende Verfahren oder Big-Data-generierte Risikozuweisungen können sämtliche Ebenen beeinflussen. Nicht zuletzt sind die professionellen Fachkräfte durch den sozialen Status und das Ansehen der Krankheit beeinflusst: Krankheitsbilder unterscheiden sich - wieder auf allen Ebenen - stark in ihrem sozialen und kulturellen Prestige. Hofmann (2016) skizziert in Abb. 3 exemplarische dynamische Wechselwirkungen dieser Art.

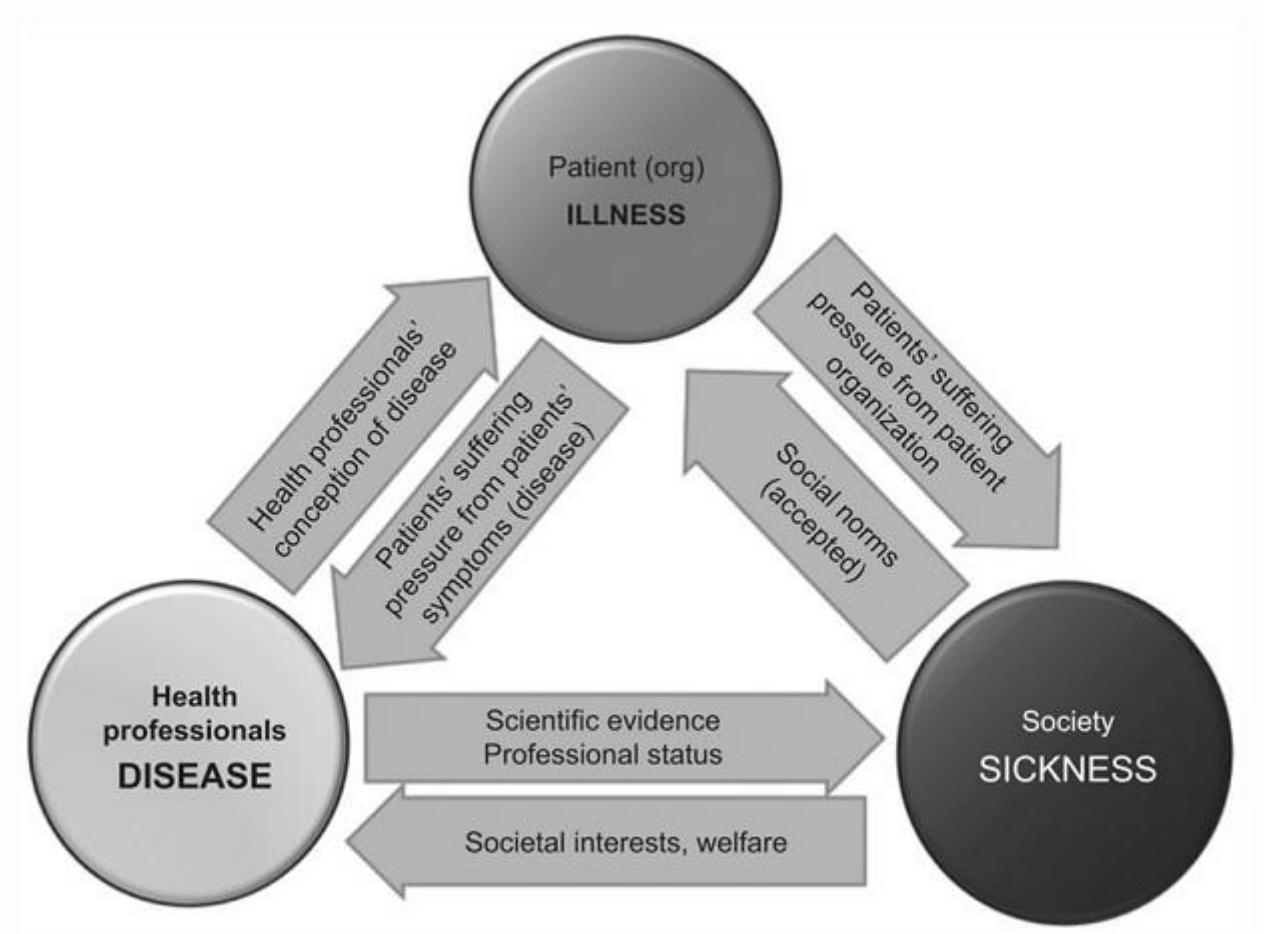


Abb. 3: Skizze der dynamischen Wechselwirkungen zwischen Disease, Illness und Sickness (aus: Hofmann 2016, 23)

Die dreiteilige Differenzierung ist sowohl für die **Gesundheitswissenschaften** als auch für die Gesundheitsförderung von analytischer Bedeutung. Für den Prozess einer Erkrankung und ihrer persönlichen, sozialen und medizinischen Bewältigung können nicht allein die jeweiligen Akteure und Betroffenen verantwortlich gemacht werden - wie etwa in der klassischen Gesundheitserziehung. Auch die sozialen Konsequenzen der Diagnosestellungen, wie persönliche und kulturelle Kontrollversuche oder Zuschreibungen von „Krankheit" (Abweichung) bzw. „Nicht-Krankheit" (Normalität), werden in das Bewusstsein gerückt. Genauso wie Krankheitsmodelle und Klassifikationen unterliegen die Normalitätsvorstellungen historischen Veränderungen.

Interdisziplinäre Definition von Krankheit: Im Leitbegriff **Gesundheit** werden acht interdisziplinär tragfähige Maximen zur Definition von Gesundheit und Krankheit nach Hurrelmann herausgearbeitet. Aus diesen Leitvorstellungen kann für Krankheit die folgende Definition gelten: Krankheit ist ein dynamisches Stadium des Ungleichgewichtes von Risiko- und Schutzfaktoren, das eintritt, wenn einem Menschen eine Bewältigung von inneren (körperlichen und psychischen) und äußeren (sozialen und materiellen) Anforderungen nicht gelingt. Krankheit vermittelt einem Menschen eine (akute oder dauerhafte) Beein-

trächtigung seines Wohlbefindens und seiner Lebensfreude. Ebenso wie relative Gesundheit existieren auch dynamische Stadien der relativen Krankheit, gekennzeichnet durch ein Ungleichgewicht von Risiko- und Schutzfaktoren, teilweise gestörte Bewältigungsfähigkeiten und begrenztes Wohlbefinden (Hurrelmann/Richter 2013; Ergänzung um „dynamisch" von PF 2018).

Krankheit wie Gesundheit sind schwer zu fassende, multidimensionale Phänomene. Ihre individuelle und gesellschaftliche Wahrnehmung und Bearbeitung sind stark von jeweils unterschiedlichen wissenschaftlichen und systemischen Bezugssystemen abhängig (**Soziologische Perspektiven**). Im Gegensatz zum naturwissenschaftlich-somatischen Kausalpfad der Biomedizin und des Sozialrechts werden in der Gesundheitsförderung, den Gesundheitswissenschaften, in der Psychosomatik und in der modernen Psychiatrie Gesundheit und Krankheit nicht als dichotome Zustände, sondern als gedachte Endpunkte eines gemeinsamen, ein- bis mehrdimensionalen Kontinuums verstanden (**Gesundheits-Krankheits-Kontinuum**). Dabei dürften Mischformen von objektiver und subjektiver Gesundheit und objektiver/subjektiver Krankheit im menschlichen Lebensalltag sowie Veränderungen im Lebenslauf die Regel sein, nicht die Ausnahme. Auch in der Medizinethik und Medizintheorie werden der Krankheitsbegriff der **Biomedizinischen Perspektive** und seine Folgerungen auch in Deutschland zunehmend kritisch und sehr differenziert thematisiert (s. Hucklenbroich und Buyx).

Alternative Begriffsbildungen in der Sozial- und Gemeindepsychiatrie: In diesen Feldern wird die Begrifflichkeit der „Krankheit" vielfach weitgehend verworfen und ersetzt durch den Begriff der Störung (s. ICD-10) bzw. die Kränkung. Dabei wird unterschieden nach Kränkbarkeit in drei Richtungen: „als Kränkung des Körpers, der Beziehung und des Selbst" (Dörner/Plog et al 2016, 23). Treten diese Kränkungen in bestimmten biografischen Phasen auf, spricht man zusätzlich von Lebensalterskränkungen.

Ebenso gibt es in der Allgemeinen Psychiatrie und in der Theoretischen Medizin zunehmend prinzipielle Zweifel an der Zweckmäßigkeit eines übergreifenden, v.a. monokausalen und biomedizinisch grundierten Krankheitsbegriffs. Insbesondere bei der Ätiopathogenese (v.a. bei den sozio-psycho-somatischen Zusammenhängen bei Gesundheit, Risiko und Störung) und in der Nosologie divergieren Krankheitslehren und -begriffe von Medizin und Psychiatrie erheblich bis fundamental. Dies wird u.a. mit der Relationalität von Definitionen im Feld der psychischen Störungen begründet. Damit sind weder naturalistisch noch sozial eindeutig beschreibbare Phänomene im Blick. Hier werden vielmehr wertende und wandelbare Zuschreibungen vorgenommen, die zudem einem ständigen historisch-kulturellen Wandel unterliegen. Exemplarische Beispiele sind: die Veränderung in der medizinisch-psychiatrischen Wertung von Homosexualität, die Anerkennung und zunehmende Ausweitung von Suchtstörungen als Krankheiten, auch die wachsende Tendenz

zur Medikalisierung von Alterungsprozessen („Anti-Ageing“), der Anstieg von „Neuro-Enhancement“ zur Selbstoptimierung.

Literatur:

Badura B/Knesebeck Ovd, Soziologische Grundlagen der Gesundheitswissenschaften, in: Hurrelmann K/Razum O, Handbuch Gesundheitswissenschaften, Weinheim 2012, 187-220;

Bengel J/Strittmatter R/Willmann H, Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese - Diskussionsstand und Stellenwert, Köln 2001 (BZgA-Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung Band 6);

Borgetto B/Kälble K, Medizinische Soziologie, Weinheim 2007;

Deacon BJ, The biomedical model of mental disorder: a critical analysis of its validity, utility, and effects on psychotherapy research, in: Clinical Psychology Review, 2013 (33), 7, 846-861;

Dörner K/Plog U et al (Hg), Irren ist menschlich - Lehrbuch der Psychiatrie und Psychotherapie, 24. Aufl., Bonn 2016;

Franke A, Modelle von Gesundheit und Krankheit, 2. Aufl., Bern 2012;

Hess V/Herrn R, Die Funktion eines allgemeinen Krankheitsbegriffs aus historischer Perspektive. In: Nervenarzt 2015 (86), 9-15 (DOI 10.1007/s00115-014-4107-6);

Hofmann B, Disease, Illness, and Sickness, in: The Routledge Companion to Philosophy of Medicine, London 2016, Chapter 2, 16-26;

Hucklenbroich P, Die wissenschaftstheoretische Struktur der medizinischen Krankheitslehre, in: Hucklenbroich P/Buyx A, Wissenschaftstheoretische Aspekte des Krankheitsbegriffs, Paderborn 2013, 13-83;

Hucklenbroich P, Krankheit als theoretischer Begriff der Medizin - Unterschiede zwischen lebensweltlichem und wissenschaftlichem Krankheitsbegriff. In: Journal for General Philosophy of Science / Zeitschrift für Allgemeine Wissenschaftstheorie, 49 (1), 23-58 (2018);

Hurrelmann K/Richter M, Gesundheits- und Medizinsoziologie, 8. Aufl., Weinheim 2013; Labisch A, „Gesundheit“ im Wandel der Zeiten, in: Bundesvereinigung für Gesundheit (Hg.), GW Gesundheit, Neuwied 1999, Kap. I 1, 1-50;

Pschyrembel Online, Krankheit (www.pschyrembel.de/Krankheit/K0C8J/doc/ - Stand: März 2018)

Internetadressen:

www.awmf-online.de (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V.)
www.dimdi.de (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information)
www.g-ba.de (Der Gemeinsame Bundesausschuss)

www.g-drg.de (Webseite des deutschen GRG-Systems)
www.gesundheitsinformation.de (Internetangebot Gesundheitsinformation.de)

Verweise:

Biomedizinische Perspektive, Gesundheit, Gesundheits-/Krankheits-Kontinuum, Gesundheitswissenschaften / Public Health, Lebenslagen und Lebensphasen, Lebensweisen / Lebensstile, Psychosomatische Perspektive, Risikofaktoren und Risikofaktorenmodell, Selbsthilfe, Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeförderung, Soziale Unterstützung, Soziologische Perspektiven auf Gesundheit und Krankheit, Stress und Stressbewältigung, Subjektive Gesundheit: Alltagskonzepte von Gesundheit

Lebenskompetenzen und Kompetenzförderung

Jürgen Hallmann

(letzte Aktualisierung am 14.04.2015)

Unter Kompetenz (lateinisch: compere - zu etwas fähig sein) wird ganz allgemein die Fähigkeit zur *Bewältigung von Lebenssituationen* verstanden. Der Terminus Lebenskompetenz betont die Verbindung von Leben und Kompetenz und bezeichnet damit Fähigkeiten und Fertigkeiten, die Individuen benötigen, um mit altersgemäßen Herausforderungen und Aufgaben des täglichen Lebens erfolgreich umzugehen. Im engeren Sinne unterscheidet man dabei zwischen „*skills*" und Kompetenz. Skills sind diejenigen Fertigkeiten, die man braucht, um bestimmte Aufgaben durchzuführen und vorhandene Probleme zu lösen, während Kompetenz sich darauf aufbauend auf die situationsgemäße Verwendung dieser Fertigkeiten bezieht. Dieser Ansatz wurde als „*Life-skills"-Konzept* in den 1980er-Jahren in den USA entwickelt und bildet mittlerweile ein wichtiges Element der personen- und verhaltensbezogenen Gesundheitsförderung. Daneben hat sich in den letzten Jahren das Konzept der Gesundheitskompetenz („health literacy") als umfassendes Konzept in der Gesundheitsförderung immer mehr etabliert (**health literacy**).

Im Rahmen der *pädagogischen Begriffsbestimmung* umfasst Kompetenz mindestens drei Dimensionen:

1. Eine *kognitive Dimension*, die sich auf ausreichendes Faktenwissen bezieht, wodurch sachbezogene Einsichten in Problemzusammenhänge gewonnen und wertneutrale objektive Urteile gefällt werden können.

2. Eine *Wertdimension*, die sich einerseits auf das Vorhandensein von verbindlichen Werten als Richtlinien des Handelns bezieht, andererseits die Fähigkeit zur situationsangemessenen Bewertung unter Berücksichtigung notwendiger Güterabwägung einschließt.

3. Eine *Handlungsdimension* als die Fähigkeit, komplexe Problemsituationen zu planen, Mittel zu ihrer Erledigung bereitzustellen, den gewählten Lösungsansatz schließlich durchzuführen und zuletzt die Qualität der Ausführung zu prüfen.

Kompetenz in diesem Sinne heißt

- etwas bewirken zu können, sich als „wirkmächtig“ zu erleben und, damit zusammenhängend,
- Entscheidungen zu treffen und umzusetzen sowie diese auch als „richtig“ bemessen zu können - sowohl im Hinblick auf die jeweiligen Anforderungen einer Situation (einschließlich der längerfristigen Handlungsfolgen) als auch im Hinblick auf persönliche Faktoren.

Die Voraussetzung für die Erlangung von Kompetenz bildet demnach die grundsätzliche Fähigkeit zum selbstständigen und selbstbestimmten Handeln auf der Basis eines reflektierten und verantwortungsbewussten Entscheidungsprozesses.

Die *Verwendung des Kompetenzbegriffs im Rahmen der Gesundheitsförderung* erfolgte in den 1990er-Jahren mit der Neuausrichtung der allgemeinen Prävention im Gesundheitsbereich. Orientierten sich die Maßnahmen im Rahmen der Gesundheitsförderung bislang an einer „traditionell pathogenetisch-orientierten Prävention“, die mit der Aufklärung über Gesundheitsgefahren gesundheitliche Risiken und Risikoverhaltensweisen verhindern sollte, so kam es jetzt zu einer „ganzheitlichen salutgenetischen Ausrichtung von Gesundheitsförderung“ (**Salutogenese**).

Die WHO definierte zehn *zentrale Kernkompetenzen („core life-skills“),* die es im Rahmen der Lebenskompetenzförderung zu vermitteln gilt:

1. Selbstwahrnehmung, die sich auf das Erkennen der eigenen Person, des eigenen Charakters sowie auf eigene Stärken und Schwächen, Wünsche und Abneigungen bezieht.
2. Empathie, als die Fähigkeit, sich in andere Personen hineinzuversetzen.
3. Kreatives Denken, das es ermöglicht, adäquate Entscheidungen zu treffen sowie Probleme konstruktiv zu lösen.
4. Kritisches Denken als die Fertigkeit, Informationen und Erfahrungen objektiv zu analysieren.
5. Die Fähigkeit, Entscheidungen zu treffen, die dazu beiträgt, konstruktiv mit Entscheidungen im Alltag umzugehen.
6. Problemlösefertigkeit, um Schwierigkeiten und Konflikte im Alltag konstruktiv anzugehen.
7. Kommunikative Kompetenz, die dazu beiträgt, sich kultur- und situationsgemäß sowohl verbal als auch nonverbal auszudrücken.

8. Interpersonale Beziehungsfertigkeiten, die dazu befähigen, Freundschaften zu schließen und aufrechtzuerhalten.
9. Gefühlsbewältigung, als die Fertigkeit, sich der eigenen Gefühle und denen anderer bewusst zu werden, angemessen mit Gefühlen umzugehen sowie zu erkennen, wie Gefühle Verhalten beeinflussen.
10. Die Fähigkeit der Stressbewältigung, um einerseits Ursachen und Auswirkungen von Stress im Alltag zu erkennen und andererseits Stress reduzierende Verhaltensweisen zu erlernen (WHO 1994, S. 2f., vgl. BÜHLER / HEPPEKAUSEN 2005, S. 16 ff.)..

Bezogen auf den Umgang mit Rauschmitteln ist in den letzten Jahren ergänzend der Begriff der „Risikokompetenz" in den Katalog der im Rahmen der Gesundheitsförderung zu vermittelnden Fähigkeiten eingebracht worden. Risikokompetenz im Kontext der Gesundheitskompetenz soll demnach zur „Konsummündigkeit" führen und es dem „Jugendlichen oder Erwachsenen ermöglichen, „gekonnt" mit Drogen umzugehen, die Vor- und Nachteile von Drogen zu kennen und bewerten zu können" (Stadt Zürich 2007). Konzepte zur Förderung von Risikokompetenz werden derzeit besonders in der Schweiz und in Österreich diskutiert, wobei deren Wirksamkeit bislang noch offen ist.

Die ersten *Programme zur Lebenskompetenzförderung* wurden von Botvin und Dusenbury im Rahmen der *schulischen Suchtprävention* im angloamerikanischen Sprachraum entwickelt. Die einzelnen Komponenten eines solchen Programms bestanden aus

- der Vermittlung von Informationen und Fertigkeiten, die geeignet sind, dem sozialen Einfluss, Suchtmittel zu konsumieren, zu widerstehen und, damit zusammenhängend,
- der Vermittlung von Fertigkeiten der sozialen Resistenz gegenüber einem Suchtmittelkonsum,
- der Vermittlung von Fertigkeiten des individuellen Zurechtkommens
- und schließlich der Vermittlung von allgemeinen sozialen Fertigkeiten.

Das Programm folgte damit eher einem substanz- und gesundheitsunspezifischen Ansatz. Es zielte auf die Förderung von Fertigkeiten und Handlungseigenschaften, die über das Problem des eigentlichen Substanzgebrauchs hinausgingen. Grundlage dieser Vorgehensweise bildeten die Theorie des sozialen Lernens von Bandura und die Theorie des Problemverhaltens von Jessor und Jessor. Jugendliches Risikoverhalten wie Tabak-, Alkohol- und Drogengebrauch wird demnach als sozial gelerntes und funktionales Verhalten betrachtet, das dann auftritt, wenn dem Jugendlichen keine adäquaten Bewältigungsstrategien zur Lösung von (entwicklungsbedingten) Alltagsproblemen zur Verfügung stehen.

Die Fertigkeiten, die unter dem Konstrukt Lebenskompetenz subsumiert werden, lassen sich aufgrund ihrer Komplexität allerdings nicht direkt, sondern nur über einen indirekten Weg aufbauen. Dementsprechend können Bewältigungsstrategien mit dem Ziel des Kompetenzaufbaus nicht abstrakt vermittelt werden, sondern sind an die Vermittlung konkreter Inhalte gebunden. Zu diesem Zweck werden *interaktive Lehrmethoden* wie beispielsweise Rollenspiele, Konfliktspiele und Entscheidungsspiele, Kooperationsspiele, Vertrauensübungen sowie Entspannungs- und Bewegungsübungen eingesetzt. Im Vordergrund stehen dabei die Bewusstmachung und die Reflexion herkömmlicher Verhaltensweisen und das Einüben neuer personaler und sozialer Fertigkeiten, die sich im alltäglichen Handeln bewähren müssen.

Kompetenzbildung im Rahmen der Gesundheitsförderung beschränkt sich in diesem Sinne nicht auf die Vermittlung bestimmter sozialer Fertigkeiten, sondern hat das selbstständig handelnde Subjekt in seiner Gesamtheit im Blick. Voraussetzung für die Bildung von Handlungskompetenz ist die sich durch pädagogischen Umgang entwickelnde Selbstständigkeit und Unabhängigkeit des Individuums. Dabei stellt die Bildung von Handlungskompetenz keinen in sich abgeschlossenen Prozess dar, führt zu keinem fertigen Ergebnis, sondern Handlungskompetenz hat sich stattdessen in praxi immer wieder neu zu erweisen. Dementsprechend bildet Kompetenz die Grundlage und zugleich das Ziel von Bewältigungsprozessen (**Stress**). Das heißt, um belastende Lebenssituationen zu meistern, ist Kompetenz notwendig. Gleichzeitig führt die Bewältigung derartiger Lebenssituationen zum Aufbau von Kompetenz. Diese Interdependenz vollzieht sich in einem dynamischen Prozess ohne Abschluss und hat sich immer wieder in Krisensituationen zu bewähren.

Seit den 1990er-Jahren haben sich auch in Deutschland zunehmend Lebenskompetenzansätze verbreitet. Auch hier bildete zunächst die Suchtprävention mit ihren universellen Maßnahmen für Kinder und Jugendliche das vorrangige Lern- und Übungsfeld, in dem sich die ersten Lebenskompetenzprogramme etablierten. Die Entwicklung und die Umsetzung der Programme konzentrierten sich in erste Linie auf die Bildungssettings Kindergarten/Kindertagesstätten (Elementarbereich) und Schule und beinhalteten die Vermittlung substanzunspezifischer Ziele wie beispielsweise Selbstsicherheit, Problemlösefertigkeiten, Kommunikationsfähigkeit und adäquater Umgang mit Ängsten (**Gesundheitsförderung in Kitas**).

Dabei beschränkten sich *Lebenskompetenzprogramme im Elementarbereich* zunächst eher unsystematisch auf die Bereitstellung einzelner Angebote wie etwa interaktive Puppenspiele - deren Vorführungen in Kindergärten den „richtigen“ Umgang mit Ängsten thematisieren und einüben und zugleich der Förderung von Selbstsicherheit dienen - sowie Mitmachtheateraufführungen, die in kindgerechter Weise die Verbindung zwischen gesunder Lebensweise und persönlichem Wohlbefinden vermitteln. Erst in den letzten Jahren sind entsprechende Programme wie der „*spielzeugfreie Kindergarten*“ entwickelt worden, die

sich in der Praxis durch eine systematische Vorgehensweise auszeichnen und deren Einsatz in Bezug auf Wirksamkeit und Effektivität wissenschaftlich begleitet werden.

Als ein gelungenes Beispiel für die wirksame Umsetzung von Lebenskompetenzprogrammen im Elementarbereich gilt derzeit „*Papilio*“, ein pädagogisches Programm für Kindergärten und Kindertagesstätten, das sich auf unterschiedlichen Ebenen mit der frühen Prävention von Verhaltensproblemen befasst und das die Förderung von sozial-emotionaler Kompetenz beinhaltet. Das erklärte Ziel des evaluierten und mittlerweile bundesweit verbreiteten Programms besteht darin, die psychosoziale Gesundheit der Kinder zu fördern, damit sie später die Möglichkeit haben, den Risiken, die zu Sucht- und Gewaltverhalten führen können, selbstbewusst zu begegnen. Das aus verschiedenen Bausteinen bestehende Programm wird ständig im Hinblick auf seine Wirksamkeit überprüft und entsprechend weiterentwickelt.

Ähnliche Ziele wie das Papilio Programm verfolgt auch das Konzept „FREUNDE“. Dieses pädagogische Programm zur Förderung von Lebenskompetenzen setzt in Kindertagesstätten an und will durch eine frühzeitige und altersgerechte Prävention den Entwicklungsprozess von Kindern positiv beeinflussen und so Gewalt- und Suchtproblemen vorbeugen. Das Programm beinhaltet u.a. ein standardisiertes Fortbildungsprogramm für das pädagogische Fachpersonal und unterstützt die Erziehungsarbeit der Eltern durch entsprechende Informationsangebote.

Während sich die Umsetzung von Lebenskompetenzprogrammen im Elementarbereich erst allmählich etabliert hat, gilt die Schule als das Setting, in dem bislang die meisten Lebenskompetenzprogramme realisiert werden konnten (**Schulische Gesundheitsförderung**). Neben den mehr allgemein gehaltenen Vorgaben wie Gesundheitsförderung und Persönlichkeitsentwicklung zielen die Mehrzahl der Konzepte auf die Sucht- und Gewaltprävention im Jugendalter. Viele dieser Programme wurden in den neunziger Jahren entwickelt und in den nachfolgenden Jahren ständig aktualisiert. In Hinblick auf ihre Wirksamkeit sind sie inzwischen durch zahlreiche Studien überprüft.

Zu den bundesweit am meist verbreiteten Programme gehören derzeit „Klasse 2000“, das in der Grundschule in den Jahrgangsstufen 1 - 4 umgesetzt wird, das „Programm eigenständig werden“, das sich an Schülerinnen und Schüler der Grundschule sowie an die Jahrgangsstufe 5 - 6 richtet sowie das Programm Lions Quest: „Erwachsen werden“, das an weiterführenden Schulen für die Altersgruppe der 10 - 14jährigen konzipiert wurde.

Nach bisherigen Erfahrungen konnte die Anwendung der Programme insbesondere Risikofaktoren des späteren Substanzmissbrauchs, der Angststörungen und der Depression - einschließlich verfrühten Konsums oder früher depressiver Symptomatik und Angstsymptome - beeinflussen. Valide Aussagen im Hinblick auf langfristige Effekte in Bezug auf eine

Verhinderung späterer psychischer Störungen waren allerdings aufgrund fehlender Daten bisher noch nicht möglich.

Trotz dieser Einschränkungen haben Lebenskompetenzprogramme mittlerweile im Bereich der Gesundheitsförderung einen hohen Stellenwert. Sie gelten als die derzeit effektivsten verhaltensbezogenen Programme. So zeigt insbesondere die in den USA über mehrere Jahre erfolgte wissenschaftliche Begleitforschung durchweg positive Ergebnisse bei der Umsetzung solcher Programme, vor allem in Hinblick auf die Verhinderung von Problemverhaltensweisen. Dies hat sich gerade im Rahmen der Suchtprävention bewährt, was sich bei den Ergebnissen u.a. in der Reduzierung des Substanzkonsums bei den jeweiligen Probanden und Probandinnen niedergeschlagen hat.

Allerdings werden Lebenskompetenzprogramme durch die derzeitige Beschränkung ihrer Anwendung auf den Elementar- und Schulbereich ihren potenziellen Möglichkeiten nicht gerecht. Hier gilt es, weitere Anwendungsbereiche von Lebenskompetenzprogrammen - etwa im Rahmen von freiwilligen, strukturierten Freizeitaktivitäten im Jugend- und Sportbereich - zu erschließen. Ebenso bedarf es bei der Entwicklung und Umsetzung künftiger Programme einer stärkeren *Berücksichtigung geschlechtsspezifischer und soziokultureller Aspekte*. Erste Ansätze einer Umsetzung von lebenskompetenzfördernden Maßnahmen in die verschiedenen Lebensbereiche von Kindern und Jugendlichen sind unter der Zielsetzung eines „Gesund aufwachsen“ mittlerweile auf dem Weg gebracht. Die Gesundheitsressourcen von Kindern zu stärken und sie bei der Entwicklung positiver Selbstkonzepte zu unterstützen, bilden dabei ebenso wichtige Inhalte wie gesundheitsförderliche Lebenswelten zu schaffen. Beispielhaft hat dies die Sächsische Landesvereinigung für Gesundheitsförderung in ihrem Newsletter zur Förderung von Lebenskompetenz mit der Beschreibung unterschiedlicher Aktivitäten herausgestellt.

Auch die Einbindung von Lebenskompetenzprogrammen in *gemeindeorientierte Maßnahmen* zum Beispiel durch eine Verbindung mit familienbezogenen Elementen (**soziale Netzwerke**, **Empowerment**) ist in diesem Zusammenhang eine wichtige Aufgabe in der Gesundheitsförderung und Gesundheitserhaltung. Die Entwicklung derartiger Programme im Erwachsenenalter kommt allerdings erst allmählich voran.. Doch gerade hier gibt es einen wachsenden Bedarf. So rückt angesichts einer alternden Gesellschaft die Problematik des gesunden Alterns immer stärker ins Blickfeld. Lebenskompetenzprogramme - auch im fortgeschrittenen Alter - können hier zum selbstverantwortlichen Handeln in Bezug auf die Erhaltung der eigenen Gesundheit (z.B. Ernährung, Bewegung, Umgang mit Medikamenten) anregen. Gleichzeitig ermöglichen sie es z.B. durch die Vermittlung effektiver Kommunikationstechniken die Kontaktfähigkeit im Alter zu erhalten und gegebenenfalls zu verbessern sowie altersbedingte Veränderungen und Lebenskrisen (z.B. durch Verlust des Partners) besser zu bewältigen.

Als alleinige gesundheitsfördernde Maßnahme reichen all diese Programme jedoch nicht aus, sondern sie sind um *strukturelle Maßnahmen* zu ergänzen, die sich auf das persönliche Lebensumfeld und das Gemeinwesen beziehen und somit zur Entwicklung gesundheitsförderlicher Lebenswelten beitragen können.

Literatur:

Bandura, A. . Social learning theory. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall, 1979.

Bühler, A., Heppekausen, K.: Gesundheitsförderung durch Lebenskompetenzprogramme in Deutschland. Grundlagen und kommentierte Übersicht. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), Köln 2005

Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg): Nationales Gesundheitsziel Gesund aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung. Berlin 2010

Dusenbury, L. Botvin, G. : Competence Enhacement and the Prevention of Adolescent Problem Behavior. In Hurrelmann, K., Lösel, F.(Hrsg.): Health hazard in adolescence. Berlin; New York 1990, 459 – 477

Jerusalem, M., Meixner, S.: Lebenskompetenzen. In Lohaus, A., Domsch, H. (Hrsg.): Psychologische Förder- und Interventionsprogramme für das Kindes- und Jugendalter. Springer Verlag Berlin 2009, 141 - 157

Jessor R, Jessor SL.: Problem behavior and psychosocial development. New York,1977 Academic Press

Stadt Zürich, Suchtpräventionsstelle (Hrsg): Risikokompetenz und Drogenmündigkeit im Spannungsfeld von Kritik- und Genussfähigkeit: Literaturanalyse und Empfehlungen für die Praxis der Suchtprävention, Zürich 2007. www.stadt-zuerich.CH/suchtpraevention

Weichhold, K., Silbereisen, R.: Positive Jugendentwicklung und Prävention. In Röhrle, B. (Hrsg.): Prävention und Gesundheitsförderung Bd. 3: Kinder und Jugendliche. Tübingen 2007, 101 – 124

World Health Organization (Hrsg) 1994: Life Skills Education in schools. WHO Genf, 1994

Internetadressen:

www.papilio.de
http://www.stiftung-freunde.eu/Freunde/index.aspx
http://www.klasse2000.de
http://www.eigenstaendigwerden.de
http://www.lions-quest.de/portal.html
http://www.kita-bildungsserver.de/downloads/download-starten/?did=697

Verweise

Empowerment/Befähigung, Gesundheitsförderung und Kindertageseinrichtungen, Gesundheitsförderung und Schule, Health Literacy / Gesundheitskompetenz, Salutogenetische Perspektive, Soziale Netzwerke und Netzwerkförderung, Stress und Stressbewältigung

Lebenslagen und Lebensphasen

Petra Kolip

(letzte Aktualisierung am 17.03.2015)

Im Zusammenhang mit der zunehmenden sozialen Ungleichheit in den meisten industrialisierten Gesellschaften, die sich z.B. daran ablesen läßt, dass sich sowohl die untere wie die obere Einkommensgruppe vergrößert, wird die Frage diskutiert, wie diese sozialen Unterschiede in der Gesundheitsförderung berücksichtigt werden müssen. Diese Frage ist auch deshalb von Bedeutung, weil Gesundheitsförderung zielgruppengerecht geplant und umgesetzt werden muss, wenn sie eine Wirkung erzielen will. Vor diesem Hintergrund erlangen die Begriffe Lebenslage und Lebensphase eine zentrale Bedeutung, da sie es erlauben, Zielgruppen genau zu bestimmen (**Zielgruppen, Multiplikatorinnen und Multiplikatoren**).

Der soziologische Begriff der Lebenslage bezieht sich auf die soziale Position und die Umstände, unter denen Individuen und soziale Gruppen leben. Betrachtet wird das Wechselverhältnis von ökonomischen, sozialen und kulturellen Faktoren, die die konkreten Lebensverhältnisse bestimmen. Das Lebenslagenkonzept unterscheidet sich von dem Modell der sozialen Schichtung (**Soziale Ungleichheit und Gesundheit/Krankheit**), in dem vor allem Einkommen, Bildung und berufliche Stellung als Determinanten definiert sind, durch die Annahme, dass ein hierarchisches Modell die sozialen Unterschiede nur unvollständig abbildet, weil eine Fülle weiterer, auch immaterieller, Faktoren jenseits von Bildung, Einkommen und beruflicher Position die Lebenslage bestimmen. Ins Zentrum der Aufmerksamkeit geraten sowohl objektive als auch subjektive Dimensionen der Lebenslage (z.B. Wahrnehmung und Verarbeitung der objektiven Lebensbedingungen), die die individuellen Handlungsspielräume definieren. Als bedeutsame Differenzierungsvariablen gelten weiterhin z.B. die Familien-, Arbeits- und Einkommenssituation, aber auch der Gesundheitszustand, die Wohnverhältnisse oder die Bildung. Zwar nimmt die monetäre Dimension auch im Lebenslagenkonzept eine zentrale Rolle ein (weil sich finanzielle Defizite auch auf andere Bereiche, z.B. die Wohndimension auswirken), aber das Konzept macht deutlich, dass es Defizite und Einschränkungen in anderen Bereichen geben kann, die nicht finanziell ausgeglichen werden können (z.B. psychosoziale Belastungen durch eine Ehescheidung oder Trennung; psychosoziale Folgen einer chronischen Erkrankung). Für die Gesundheitsförderung ist dieser Ansatz von Relevanz, weil sich nur unter Berücksichtigung dieser Komplexität Zielgruppen für Gesundheitsförderung und Prävention angemessen definieren lassen. Als Interventionsbeispiel sei hier der Frauengesundheitstreff Tene-

ver (Bremen) genannt, der als niederschwellige Beratungseinrichtung in einem sozial benachteiligten Bremer Stadtteil partizipative Gesundheitsförderungsangebote, vor allem für Migrantinnen entwickelt und dabei deren Lebenslage berücksichtigt (z.B. Sprach- und Alphabetisierungskurse, um Teilhabechancen zu erhöhen oder Fahrradkurse, um die Mobilität in der Stadt zu fördern).

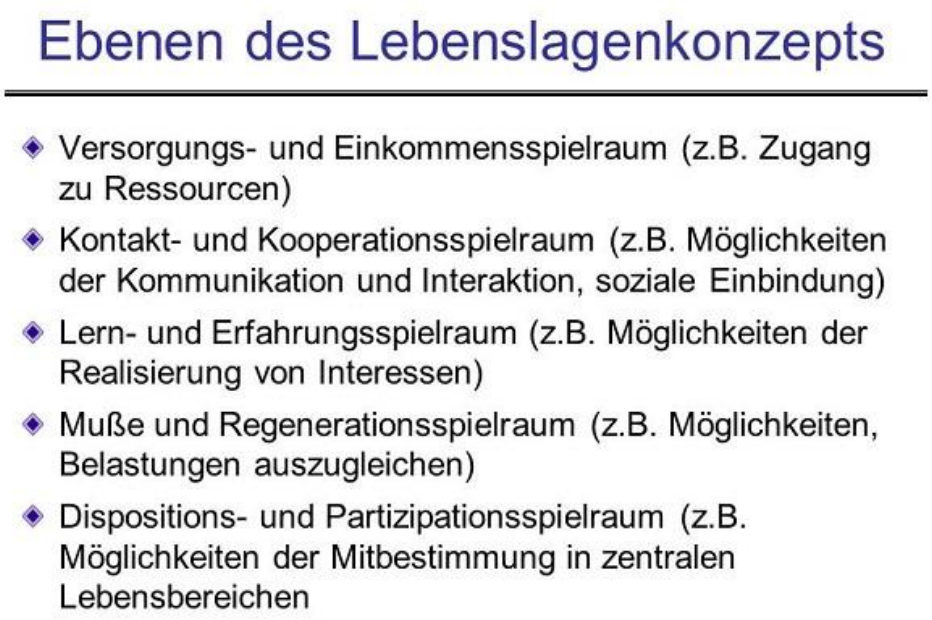


Abb. 1: Ebenen des Lebenslagenkonzepts (eigene Darstellung)

Der Begriff der Lebenslage hat vor allem in der Armutsforschung Bedeutung erlangt und ist auch das zentrale Konzept der Armuts- und Reichtumsberichterstattung der Bundesregierung. Armut wird in diesem Zusammenhang definiert als das Unterschreiten von Mindeststandards in zentralen Lebenslagen. Abbildung 1 illustriert die Ebenen des Lebenslagenkonzepts.

Diese Ebenen werden aus feministischer Perspektive erweitert, um die soziale Ungleichheit der Geschlechter abzubilden:

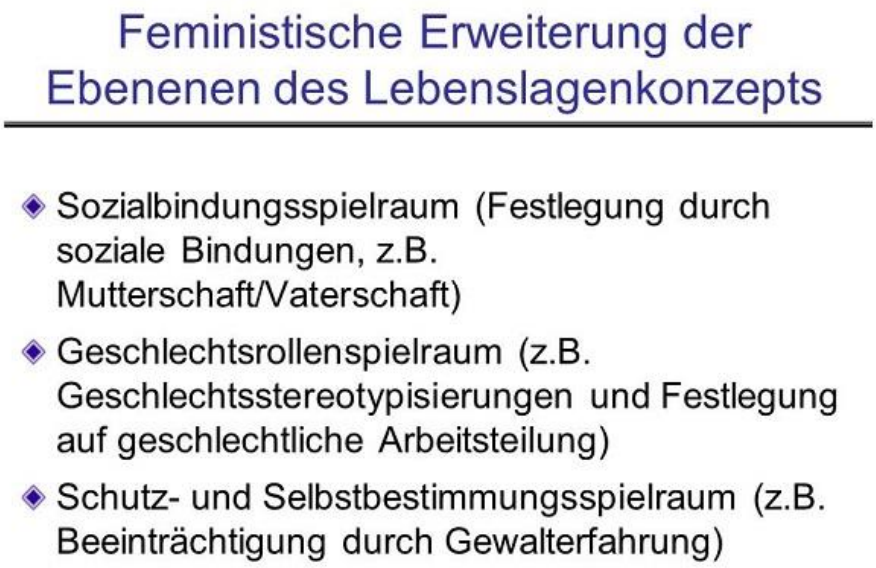


Abb. 2: Feministische Erweiterung des Lebenslagenkonzepts (eigene Darstellung)

Eng verknüpft mit dem Konzept der Lebenslage ist jenes der Verwirklichungschancen (capability approach). Bereits in den ersten Arbeiten zum Lebenslagenbegriff wurden Lebenslagen als „Spielraum" definiert, den die äußeren Umstände zur Erfüllung individueller Grundanliegen bieten. Ähnlich lassen sich Verwirklichungschancen fassen: Hierunter werden umfassende Fähigkeiten verstanden, ein Leben so zu führen, wie es den eigenen Vorstellungen entspricht. In diesem Ansatz werden sowohl die individuellen Potenziale (Einkommen, Gesundheit/Krankheit, Bildung etc.) als auch die gesellschaftlich bedingten Chancen (soziale und ökonomische Chancen, sozialer Schutz, ökologische Sicherheit, politische Chancen) als Einflussfaktoren auf die Verwirklichungschancen unterschieden. Die Einflussfaktoren werden zwar analytisch getrennt, stehen aber in Wechselwirkung. Verwirklichungschancen sind die Voraussetzung dafür, dass Individuen die Freiheit haben, sich für oder gegen eine bestimmte Lebensführung zu entscheiden. Die Bezüge zur Ottawa-Charta, die Gesundheitsförderung begreift als einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen (**Gesundheitsförderung 1: Grundlagen**), sind hier überdeutlich. So lässt sich gesundheitliche Ungleichheit als Folge eines Mangels an Empowerment und Partizpation begreifen und der Capability Approach als theoretische Begründung für die praktischen Bemühungen heranziehen, Menschen zu gesundheitsförderlichem Handeln zu befähigen (**Empowerment/Befähigung**).

Der Begriff der Lebensphasen setzt einen anderen Akzent und verweist auf definierte Altersabschnitte im Lebenslauf sowie auf spezifische Übergangsphasen (z.B. erste Elternschaft, Übergang in die nachberufliche Phase), die einen Einfluss auf Gesundheit und ge-

sundheitsrelevantes Verhalten ausüben können (**Alter(n) und Gesundheitsförderung**, **Frühe Hilfen**, Frühe Förderung und Frühintervention, **Gesundheitsförderung im Kindesalter**.) Im Zentrum der Aufmerksamkeit der Gesundheitsförderung standen bislang vor allem die Kindheit und Jugend, da in diesen Lebensphasen zentrale Weichen für die Entwicklung der körperlichen und psychischen Gesundheit gestellt werden. Beispiele hierfür sind z.B. Projekte, die die Arbeit von Familien-Hebammen in das Zentrum stellen, und Familien (vor allem jene in schwierigen Lebenslagen) bereits vor der Geburt beraten und begleiten. Aber auch das mittlere und höhere Lebensalter wird die Frage gestellt, welche gesundheitlichen Potenziale genutzt und gefördert werden können (siehe hierzu z.B. Projekte, die den Übergang auf die nachberufliche Phase unterstützen).

Mit Blick auf die Lebensphase Kindheit und Jugend wird nicht nur gefragt, wie gesundheitsrelevantes Verhalten geprägt und gefestigt wird, sondern auch, wie sich sozial ungleiche Lebensbedingungen langfristig auf die Gesundheit auswirken. Diskutiert werden zwei theoretische Modelle: Das Modell kritischer Perioden geht davon aus, dass in zeitlich begrenzten Entwicklungsphasen der Organismus besonders anfällig für irreversible Störungen ist. Das Modell kumulativer Exposition hingegen postuliert, dass im Lebensverlauf Belastungen und Risiken in Abhängigkeit von Dauer und Wirkung kumulative Effekte haben. Angehörige unterer sozialer Schichten sind verstärkt Risiken ausgesetzt, die sich dann langfristig auf die Gesundheit auswirken. Es wird heute davon ausgegangen, dass die Risiken nicht additiv wirken, sondern dass von Risikoketten und Pfadmodellen auszugehen ist, die den Einflüssen im Kindes- und Jugendalter besondere Bedeutung zumessen, weil sie die Weichen für ungleiche Lebens- und Teilhabechancen stellen.

Für die Gesundheitsförderung bedeutet die Berücksichtigung der Lebenslagen und Lebensphasen eine veringerte Priorität der unspezifischen und generellen Förderprogramme. Vielmehr müssen differenzierte Förderkonzepte entwickelt werden,

- die auf die konkrete Lebenssituation von Einzelnen und Gruppen in lokalen Kontexten abgestimmt sind (**Zielgruppen, Multiplikatorinnen und Multiplikatoren**),
- die dort vorhandene Ressourcen systematisch zu erschließen versuchen (**Resilienz, Protektivfaktoren und Ressourcen**) und
- die unterschiedlichen Bedürfnisse, entsprechend den unterschiedlichen Lebenslagen, anerkennen.

Dies setzt eine genaue Kenntnis der Lebenslagen der jeweiligen Zielgruppen voraus, die über gemeindebezogene Formen der Praxisforschung und -entwicklung erschlossen werden kann. Dieses Vorgehen beinhaltet die Beteiligung der Zielgruppen bei der Planung und Umsetzung von Projekten zur Gesundheitsförderung (**Partizipation** - Mitwirkung und Mitentscheidung).

Literatur:

Abel, T/Schori, D, Der Capability-Ansatz in der Gesundheitsförderung: Ansatzpunkte für eine Neuausrichtung der Ungleichheitsforschung. Österreichische Zeitschrift für Soziologie, 34, 2009, 48-64

Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Der 3. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Berlin: BMAS 2008

Hammer, V/Lutz, R (Hg.), Weibliche Lebenslagen und soziale Benachteiligung. Theoretische Ansätze und empirische Beispiele. Frankfurt/New York 2002

Kuh, D/Ben-Shlomo, Y, A life course approach to chronic disease epidemiology. Oxford/New York/Tokyo 1997

Marmott, M, Health in an unequal world. The Lancet, 368, 2081-2094.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2009). Koordination und Integration - Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens 2006

Sen, A, Ökonomie für den Menschen. Wege zur Gerechtigkeit und Solidarität in der Marktwirtschaft. München/Wien 2000

Internetadressen:

www.gesundheitliche-chancengleichheit.de

Verweise:

Alter(n) und Gesundheitsförderung, Empowerment/Befähigung, Frühe Hilfen, Gesundheitsförderung 1: Grundlagen, Gesundheitsförderung im Kindesalter, Partizipation: Mitentscheidung der Bürgerinnen und Bürger, Resilienz und Schutzfaktoren, Soziale Ungleichheit und Gesundheit/Krankheit, Zielgruppen, Multiplikatorinnen und Multiplikatoren

Dieser Beitrag baut auf dem Stichwort „Lebenslage“ der 3. Auflage der Leitbegriffe der Gesundheitsförderung auf. Dem Autor Ernst von Kardorff sei an dieser Stelle herzlich gedankt.

Lebensqualität – ein Konzept der individuellen und gesellschaftlichen Wohlfahrt

Heinz-Herbert Noll

(letzte Aktualisierung am 04.01.2017)

Während das Konzept Lebensqualität *im Medizinbereich* vorrangig als Kriterium für den Erfolg einer Behandlung verwendet wird (**Gesundheitsbezogene Lebensqualität**), werden mit dem breiteren *sozialwissenschaftlichen* Konzept der Lebensqualität die Merkmale eines „guten Lebens" und der „guten Gesellschaft" thematisiert. Anders als bei den älteren - meist ausschließlich am materiellen Wohlstand orientierten - normativen Leitbildern handelt es sich dabei um eine multidimensionale Zielformel für die postindustrielle gesellschaftliche Entwicklung, aber zugleich auch um einen Maßstab, an dem die tatsächlichen Lebensverhältnisse der Bevölkerung gemessen und bewertet werden können. Entstanden ist das Konzept der Lebensqualität in den 1960er Jahren als eine rasch an Popularität gewinnende Alternative zu dem als Ziel der gesellschaftlichen Entwicklung zunehmend fragwürdig gewordenen Konzept des materiellen Wohlstands. Maßgeblich beigetragen zu seiner Entstehung hatte eine kritische Diskussion der sozialen und ökologischen Kosten sowie der „Grenzen" des wirtschaftlichen Wachstums (Meadows et al. 1972), in deren Folge nicht nur das Ziel des Wirtschaftswachstums, sondern auch die Eignung des Bruttoinlandsprodukt (BIP) als Wohlfahrtsmaß grundsätzlich in Frage gestellt wurde.

In der wissenschaftlichen Literatur und im gesellschaftspolitischen Diskurs finden sich eine Vielzahl von unterschiedlichen Definitionen und Konzeptualisierungen der Lebensqualität. Generell gilt Lebensqualität als ein „Konzept, das sowohl materielle wie auch immaterielle, objektive und subjektive, individuelle und kollektive Wohlfahrtskomponenten gleichzeitig umfasst und das "besser" gegenüber dem "mehr" betont (Noll 2000a: 3). So hat beispielsweise der finnische Soziologe Erik Allardt (1993) Lebensqualität durch die Begriffe „having", „loving" und „being" definiert und damit unterstrichen, dass das gute Leben nicht nur durch Wohlstand (having), sondern wesentlich auch durch die Qualität zwischenmenschlicher Beziehungen (loving) sowie die Möglichkeiten, sich am gesellschaftlichen Leben zu beteiligen und ein aktives, selbstbestimmtes Leben zu führen (being), bestimmt wird. Auch der Nobelpreisträger Amatya Sen (1993) hat mit seinem „capability approach" bzw. Befähigungsansatz (auch Fähigkeiten-Ansatz oder Verwirklichungschancen-Ansatz) die über den materiellen Wohlstand hinausgehenden Aspekte des Konzepts

der Lebensqualität in den Vordergrund gerückt. Allen Konzeptualisierungen ist grundsätzlich gemeinsam, dass Lebensqualität als etwas vom Lebensstandard verschiedenes und nicht auf Wohlstand im Sinne der Versorgung mit materiellen Gütern und Dienstleistungen reduzierbares betrachtet wird. Dabei beinhaltet Lebensqualität für manche auch weiterhin die Annehmlichkeiten des materiellen Wohlstands, geht aber gleichzeitig auch darüber hinaus und stellt demnach eine Erweiterung des herkömmlichen Wohlstandskonzepts - z.B. um soziale Beziehungen, Gerechtigkeit oder Selbstverwirklichung - dar. Andere sehen demgegenüber Lebensqualität stärker im Widerspruch zum materiellen Lebensstandard und betonen die „postmateriellen", wohlstandskritischen Elemente, z. B. die ökologischen Risiken und Konsequenzen eines historisch einzigartigen und mit den Kriterien der **Nachhaltigkeit** (**Ökologische und humanökologische Perspektive**) schwer vereinbaren Konsumniveaus sowie die Schattenseiten der so genannten westlichen Lebensweise. In der Diskussion findet sich daher sowohl die Vorstellung, dass Lebensqualität mehr ist als „bloßer" Wohlstand wie auch die Ansicht, dass es etwas grundsätzlich anderes ist (Noll 2000a). Für die empirische Beobachtung und Analyse haben sich jedoch Ansätze als besonders fruchtbar erwiesen, die Lebensqualität als multidimensionales Konzept betrachten, das verschiedene Bereiche der individuellen und gesellschaftlichen Lebensverhältnisse - so genannte „life-domains" - betrifft sowie objektive und subjektive Komponenten umfasst. Das Verständnis von Wohlfahrt und Lebensqualität, das großen Teilen der deutschen empirischen Lebensqualitätsforschung zugrundeliegt, war auf eine Synthese des eher sozialpolitisch angelegten skandinavischen Ressourcenkonzepts und des sozialpsychologisch geprägten, auf das subjektive Wohlbefinden abstellenden, amerikanischen „Quality of Life" Ansatzes angelegt (Noll 2004). Wohlfahrt und Lebensqualität werden hier als Konstellation von objektiven Lebensbedingungen und subjektivem Wohlbefinden definiert: „Unter Lebensqualität verstehen wir ... gute Lebensbedingungen, die mit einem positiven subjektiven Wohlbefinden zusammengehen" (Zapf 1984a: 23).

Die empirische Beobachtung und Analyse der Lebensqualität richtet die Aufmerksamkeit in erster Linie auf die faktischen Lebensverhältnisse und -umstände der Individuen und privaten Haushalte wie auch auf deren subjektive Perzeption und Bewertung. Bei den objektiven Komponenten der Lebensqualität handelt es sich zunächst um Dimensionen der faktischen Lebensbedingungen im unmittelbaren oder auch mittelbaren Lebensumfeld sowie der individuellen Ressourcen, die ein besseres oder schlechteres Leben ausmachen. Zu den für die Lebensqualität relevanten Ressourcen, über die Personen in unterschiedlichem Maße verfügen und die sie auf Güter- und Arbeitsmärkten sowie im Kontext des alltäglichen sozialen Handelns einsetzen können, gehören z. B. Einkommen und Qualifikationen, aber auch Einfluss, soziale Beziehungen, Intelligenz, Charisma, und physische Attraktivität. Dimensionen der objektiven Lebensbedingungen, die eine bessere oder schlechtere individuelle Lebensqualität bestimmen, sind z. B. die familiäre Situation, Größe und Ausstattung der Wohnung, die Erwerbsbeteiligung und Arbeitsbedingungen oder die Integra-

tion in soziale Kontakt- und Unterstützungsnetzwerke, aber auch der Gesundheitszustand, der in der sozialwissenschaftlichen Lebensqualitätsforschung als eine Dimension unter anderen betrachtet wird. Aber auch die überindividuellen - über das unmittelbare persönliche Umfeld hinausgehenden - Verhältnisse auf dem Arbeitsmarkt, der Zustand der Umwelt oder die Verkehrsinfrastruktur prägen die Lebensqualität nachhaltig, indem sie für die Bürgerinnen und Bürger Chancen und Optionen bereithalten, aber auch Risiken und Beeinträchtigungen mit sich bringen können. Zudem umfasst die objektive Lebensqualität nicht zuletzt auch die Qualität und Leistungsfähigkeit der gesellschaftlichen Institutionen (z. B. der sozialen Sicherungssysteme oder des Gesundheits- und Bildungssystems) sowie bestimmter Merkmale der Sozialstruktur, die sich z. B. in unterschiedlichen Graden des gesellschaftlichen Zusammenhalts (z. B. Integration von Zuwanderern, ökonomische und soziale Ungleichheit, Konflikte zwischen gesellschaftlichen Gruppen) manifestieren können. Und schließlich sind es auch die Rahmenbedingungen und Merkmale der gesellschaftlichen und staatlichen Grundordnung, die die Lebensqualität beeinflussen, indem sie z. B. mehr oder weniger Freiheitsrechte und Rechtssicherheit garantieren, Beteiligungsrechte und Partizipationsmöglichkeiten bieten (**Partizipation**) oder auch eine bessere oder schlechtere Qualität des Regierens gewährleisten.

Mit der subjektiven Lebensqualität wird dagegen die Perzeption und Bewertung der faktischen Lebensverhältnisse durch die Bürger und deren subjektives Wohlbefinden - z. B. in Form von Zufriedenheit und Glück, aber auch Besorgnissen, Zukunftspessimismus oder Gefühlen von Furcht und Einsamkeit - angesprochen. Ein hohes Niveau der Lebensqualität wird demnach nur erreicht, wenn nicht nur die objektiven Lebensbedingungen sowie die gesellschaftlichen Institutionen und Strukturen hohen Qualitätsstandards genügen, sondern gleichzeitig auch mit einem positiven subjektiven Wohlbefinden der Bevölkerung einhergehen. Lebensqualität ist ein Attribut, das nicht allein objektiv bestimmt werden kann, sondern von den Bürgern einer Gesellschaft auch subjektiv empfunden und erlebt werden muss (Noll 2004): „the quality of life must be in the eye of the beholder“, so hat es Angus Campbell (1972) - einer der Pioniere der amerikanischen Lebensqualitätsforschung - einmal treffend formuliert. Weil Ansprüche und Erwartungen steigen, aber auch nach unten angepasst werden können, müssen sich „gute“ objektive Lebensbedingungen keineswegs zwangsläufig in einem hohen positiven Wohlbefinden niederschlagen, genauso wenig wie „schlechte“ Lebensbedingungen in jedem Falle negative subjektive Bewertungen nach sich ziehen müssen. Mit der Analyse subjektiver Perzeptionen und Bewertungen und der Berücksichtigung des subjektiven Wohlbefindens der Bürger wird daher der Untersuchung der Lebensqualität eine eigenständige Komponente in der Betrachtung der gesellschaftlichen Wirklichkeit hinzugefügt, die sich aus der Analyse der objektiven Verhältnisse nicht unmittelbar erschließen lässt. Zu den subjektiven Komponenten der Lebensqualität liegen mittlerweile auch für Deutschland (z.B. Noll, Weick 2010) eine Vielzahl von empirischen Befunden und theoretischen Erkenntnissen vor.

Die Eigenschaften des guten Lebens und der guten Gesellschaft, wie sie mit dem Begriff der Lebensqualität charakterisiert werden, unterliegen einem kontinuierlichen Wandel und müssen immer wieder neu definiert und an veränderte Rahmenbedingungen und Potenziale angepasst werden. Die Schaffung und der Erhalt eines hohen Niveaus der Lebensqualität kann daher als ein dynamischer Prozess betrachtet werden, an dem außer den Individuen selbst verschiedene Institutionen und Akteure als die zentralen „Produzenten" beteiligt sind: Neben dem Markt und den wohlfahrtsstaatlichen Institutionen gehören dazu auch Assoziationen - also die zivilgesellschaftlichen Einrichtungen und Organisationen - sowie nicht zuletzt auch die privaten Haushalte und Familien, die durch die Erbringung von spezifischen Leistungen - dazu gehören Güter und Dienste, aber auch emotionale Zuwendung und Unterstützung - wesentlich zur Lebensqualität beitragen (Zapf 1984b). Die verschiedenen Lebensqualitätserträge, die von diesen Institutionen und Akteuren produziert werden, prägen in ihrer Summe und in ihrem spezifischen Mix maßgeblich die Art und Qualität des Lebens in einer Gesellschaft. Mit den ihnen eigenen Selektivitäten in der Bereitstellung und der Zugänglichkeit dieser Güter und Dienstleistungen bestimmen sie darüber hinaus nicht unerheblich über die Prinzipien der Verteilung und das Ausmaß der ökonomischen und sozialen Ungleichheit. Über die gesellschaftlichen Instanzen und Prozesse der Produktion der Lebensqualität hinaus, hängt es zudem aber nicht zuletzt auch von den Individuen selbst ab, ob sie im Stande sind, dem Leben Qualität zu verleihen bzw. abzugewinnen (Lane 1996). Ob und in welchem Maße das gelingt, dürfte unter anderem auch von Persönlichkeitsmerkmalen bestimmt sein: Wer positiv denkt, sein Leben selbstbewusst und aktiv in die Hand nimmt und optimistisch in die Zukunft schaut, bringt bessere Voraussetzungen für die Erreichung einer hohen individuellen Lebensqualität mit als eher negativ eingestimmte, passive und pessimistisch denkende Charaktere. Derartige Persönlichkeitsmerkmale (Selbstwirksamkeitserwartung; interne Kontrollüberzeugung) sind auch immer wieder als bedeutsam für die Gesundheit und die Gesundheitsförderung beschrieben worden (**Resilienz und Schutzfaktoren**; Salutogenese). Darüber hinaus hängt die individuelle Fähigkeit, dem Leben Qualität zu geben und abzugewinnen, aber nicht zuletzt auch von einer anspruchsvollen Erziehung und Bildung ab, die über die Vermittlung marktgängiger Qualifikationen hinausgeht (**Lebenskompetenzen und Kompetenzförderung**).

In den vergangenen Jahren hat die Messung, empirische Beobachtung und Analyse der Lebensqualität einen beachtlichen Aufschwung erfahren und zunehmend auch das Interesse politischer Akteure geweckt. In Deutschland sind in diesem Zusammenhang insbesondere die Arbeiten der Enquetekommission „Wachstum, Wohlstand, Lebensqualität" zu nennen, die 2013 eine Auswahl von Indikatoren vorgelegt hat (Deutscher Bundestag, 2013: 234-272), sowie die Regierungsstrategie der Bundesregierung „Gut leben in Deutschland" (**www.gut-leben-in-deutschland.de**). Die Bundesregierung hat - basierend auf einem umfangreichen Bürgerdialog - Indikatoren zur Messung der Lebensqualität

entwickelt und angekündigt, im Laufe des Jahres 2016 erstmals einen Bericht zur Lebensqualität in Deutschland zu veröffentlichen.

Auffällig ist, dass sich die Forschungsaktivitäten zuletzt stärker auf das subjektive Wohlbefinden und andere subjektive Komponenten der Lebensqualität verlagert haben. War es zunächst vor allem die Sozialindikatorenforschung, die sich - in Deutschland bereits seit den 1970er Jahren - mit der Operationalisierung des Lebensqualitätskonzepts befasst und mithilfe der in diesem Rahmen entwickelten Mess- und Beobachtungsinstrumente Beiträge zur Analyse auch der subjektiv empfundenen Lebensqualität geleistet hatte, wurde diese Thematik neuerdings auch von Ökonomen und der amtlichen Statistik aufgegriffen, auch wenn die Verwendbarkeit von Indikatoren des subjektiven Wohlbefindens für politisches Handeln nach wie vor kontrovers oder sogar eher kritisch beurteilt wird (Noll 2013). Befördert wurde diese Entwicklung insbesondere durch eine von dem ehemaligen französischen Präsidenten Sarkozy eingesetzte und hochrangig besetzte Kommission, die den Auftrag hatte, Vorschläge für eine verbesserte und über traditionelle ökonomische Ansätze hinausgehende Wohlfahrts- und Fortschrittsmessung zu entwickeln (Stiglitz, Sen, Fitoussi, 2010; Noll 2011*)*. Diese Bemühungen haben inzwischen durchaus Früchte getragen, wie unter anderem die „Quality of Life Indicators“ von Eurostat (Eurostat 2015) dokumentieren. Allerdings war auch zuvor schon ein breites Arsenal von Ansätzen und Instrumenten der Messung der Lebensqualität vorhanden, das sowohl Systeme sozialer Indikatoren, wie z.B. das „European System of Social Indicators“ (Noll 2002;Noll 2014) als auch Lebensqualitätsindizes (Noll 2000b) sowie spezifische Bevölkerungsumfragen (z.B. European Quality of Life Survey) umfasst, die auf die Erhebung von Informationen zur Lebensqualität ausgerichtet sind (Noll 2008). Trotz einer Vielzahl von methodischen und konzeptionellen Problemen, die damit verbunden sind, genießt die Konstruktion von summarischen Lebensqualitätsindices neuerdings eine beachtliche Aufmerksamkeit, nicht zuletzt auch von der Hoffnung befördert, eine Alternative zu dem vielkritisierten BIP bieten zu können. Der „Human Development Index“ der Vereinten Nationen (hdr.undp.org), der „Canadian Index of Wellbeing“ (**www.ciw.ca**) oder der „Better Life Index“ der OECD (**www.oecdbetterlifeindex.org**) sind prominente Beispiele für summarische Indizes der Lebensqualität, die eine erhebliche öffentliche Aufmerksamkeit gefunden haben. Dennoch erscheint es zweifelhaft, dass es in der näheren Zukunft gelingen wird, ein summarisches Maß der Lebensqualität zu finden, das den kritischen Einwänden gegen das BIP Rechnung trägt sowie die darüber hinausgehenden hohen Erwartungen erfüllt und zudem global anerkannt wird.

Literatur:

Allardt, Erik, 1993: Having, Loving, Being: An Alternative to the Swedish Model of Welfare Research. In: M. Nussbaum, A. Sen (Hg.), The Quality of Life. Oxford: Clarendon Press, S. 88-94.

Campbell, Angus, 1972: Aspiration, Satisfaction and Fulfilment. In: A. Campbell, Ph. Converse (Hg.), The Human Meaning of Social Change. New York: Russell Sage Foundation, S. 441-446.

Deutscher Bundestag, 2013: Schlussbericht der Enquete-Kommission „Wachstum, Wohlstand, Lebensqualität - Wege zu nachhaltigem Wirtschaften und gesellschaftlichem Fortschritt in der Sozialen Marktwirtschaft“. 17. Wahlperiode, Drucksache 17/13300.

Eurostat, 2015: Quality of life. Facts and views. Luxembourg: Publications Office of the European Union.

Lane, Robert E., 1996: Quality of Life and Quality of Persons: A New Role for Government. In: Avner Offer (Hg.), In Pursuit of the Quality of Life. Oxford: Oxford University Press, S. 256-293.

Meadows, Donella H., Meadows, Dennis L., Randers, Jørgen & Behrens, William W., 1972: The Limits to Growth. New York: Universe Books.

Noll, Heinz-Herbert, 2000a: Konzepte der Wohlfahrtsentwicklung: Lebensqualität und “neue” Wohlfahrtskonzepte. Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Working Papers P00-505.

Noll, Heinz-Herbert, 2000b: Globale Wohlfahrtsmaße als Instrumente der Wohlfahrtsmessung und Sozialberichterstattung: Funktionen, Ansätze und Probleme. In: In: W. Glatzer, R. Habich, K. U. Mayer (Hrsg.), Sozialer Wandel und gesellschaftliche Dauerbeobachtung. Festschrift für Wolfgang Zapf. Leverkusen: Leske + Budrich, 2002, S. 317-336.

Noll, Heinz-Herbert, 2002: Towards a European System of Social Indicators: Theoretical Framework and System Architecture. In Social Indicators Research, Vol. 58: 47-84.

Noll, Heinz-Herbert, 2004: Social Indicators and Quality of Life Research: Background, Achievements and Current Trends. In: N. Genov (Hg.), Advances in Sociological Knowledge Over Half a Century. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 185-212.

Noll, Heinz-Herbert (2008): European survey data: rich sources for quality of life research. In: Huschka, Dennis; Møller, Valerie; Michalos, Alex C. (eds.): Barometers of quality of life around the globe: how are we doing? Social Indicators Research Series, vol. 33, Dordrecht: Springer, S. 1-21

Noll, Heinz-Herbert (2011): The Stiglitz-Sen-Fitoussi-Report: Old Wine in New Skins? Views from a Social Indicators Perspective. Social Indicators Research, Vol. 102 / 1, S. 111-116

Noll, Heinz-Herbert (2013): Subjective Social Indicators: Benefits and Limitations for Policy Making. Social Indicators Research, 11, S. 1-11

Noll, Heinz-Herbert (2014): European System of Social Indicators. In: Michalos, Alex C. (ed.): Encyclopedia of Quality of Life and Well-Being Research, Heidelberg: Springer, S. 2027-2030.

Noll, Heinz-Herbert, Weick, Stefan, 2010: Subjective Well-being in Germany: evolutions, determinants and policy Implications. In: Greve, Bent (ed.): Happiness and Social Policy In Europe. Cheltenham: Edward Elgar.

Sen, Amartya, 1993: Capability and Well-Being. S. 30-53. In: M.C. Nussbaum and A. Sen. (Hg.), The Quality of Life. Oxford: Clarendon Press.

Stiglitz, J. E., Sen, A., & Fitoussi, J.-P. (2010). Mismeasuring Our Lives: Why GDP Doesn´t Add Up. New York: The New Press.

Zapf, Wolfgang, 1984a: Individuelle Wohlfahrt: Lebensbedingungen und wahrgenommene Lebensqualität.' In: W. Glatzer and W. Zapf. Eds. Lebensqualität in der Bundesrepublik. Frankfurt a.M./New York: Campus, S. 13-26.

Zapf, Wolfgang, 1984b: Welfare Production: Public vs. Private. Social Indicators Research 14: 263-274.

Internetadressen:

www.gut-leben-in-deutschland.de
www.ciw.ca
www.oecdbetterlifeindex.org

Verweise:

Gesundheitsbezogene Lebensqualität, Lebenskompetenzen und Kompetenzförderung, Nachhaltigkeit und nachhaltige Gesundheitsförderung, Ökologische und humanökologische Perspektive, Partizipation: Mitentscheidung der Bürgerinnen und Bürger, Resilienz und Schutzfaktoren

Lebensweisen – Lebensstile

Thomas Abel, **Brigitte Ruckstuhl**

(letzte Aktualisierung am 31.03.2016)

Lebensweisen. - Das Lebensweisenkonzept ist Ende der 1970er-Jahre aus der Kritik an der medizin- und individuenorientierten Prävention entstanden. Auf institutioneller Ebene stimmte 1981 das Europäische Regionalkomitee der WHO einem neuen Programm mit dem Titel „Lebensweisen und Gesundheitserziehung" zu. Außerdem wurde „Lebensweise und Gesundheit" als einer der vier Themenbereiche der damals neuen Regionalstrategie „Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000" der WHO bestimmt. Im Zusammenhang mit der Entwicklung dieser Programme wurde das Konzept ausgearbeitet und differenziert.

Mit dem Lebensweisenkonzept wurde ein neues Verständnis von Gesundheit und Krankheit zum Ausdruck gebracht. Die bis dahin biomedizinisch geprägte Vorstellung, welche Krankheit primär auf physiologische Phänomene oder isolierte gesundheitsschädigende Verhaltensweisen reduzierte, wurde hinterfragt. Dem wurde nun die Vorstellung gegenübergestellt, dass Gesundheit und Krankheit in der Interaktion von biologischen, sozialen, psychologischen und ökonomischen Einflussfaktoren zwischen Individuum und Umwelt entsteht.

Der Begriff Lebensweise stellt diese Interaktion ins Zentrum. Verhalten kann demnach nicht isoliert vom unmittelbaren Lebenskontext oder der Lebenswelt - mithin von den Lebensbedingungen und den individuellen und kollektiven Ressourcen - betrachtet werden. Die Lebensweise repräsentiert und vermittelt immer gleichzeitig eine individuelle und kollektive Entwicklungsgeschichte. So wird die Lebensweise eines Individuums gekennzeichnet durch „die Gesamtheit normativer Orientierungen und Handlungsstrukturen, die im Verlauf seiner Biographie in der kontinuierlichen Auseinandersetzung zwischen Subjekt und gesellschaftlicher bzw. natürlicher Umwelt entwickelt wird. In der Lebensweise kommen subjektive Motivationen sowie Handlungspotentiale zum Ausdruck, die individuell, je nach sozialer Situation, genutzt werden" (Wenzel 1983).

Mit der Betonung der Bedeutung des gesellschaftlichen Umfeldes für die Entstehung von Gesundheit und Krankheit wird deutlich, dass nicht nur das Gesundheitswesen für Gesundheit zuständig sein kann, sondern auch andere Sektoren wichtig sind für die Herstellung und den Erhalt von Gesundheit. Aus diesem Verständnis heraus wurden entsprechende Strategien abgeleitet. Eine davon ist die intersektorale Zusammenarbeit, die Gesundheit zu einer gesamtgesellschaftlichen Aufgabe macht. Eine andere Strategie ist die

Beeinflussung von Lebenswelten: Wenn Lebensweisen in der Interaktion zwischen Individuum und Umwelt entstehen, dann werden sie dort entwickelt, wo Menschen wohnen, arbeiten, aufwachsen und ihre Freizeit verbringen. Um diese unterschiedlichen Lebenswelten zusammen mit den Menschen gesundheitsförderlich zu gestalten, wurde der **Settingansatz** entwickelt.

Der Begriff Lebensweise wurde schon früh im Verlauf des Diskurses im Englischen mit „Lifestyle" übersetzt. Im Zuge des internationalen Austausches wurde dann auch im deutschsprachigen Raum mehr und mehr von „Lebensstilen" anstelle von Lebensweisen gesprochen. Die damit einhergehende Verschiebung der relativen Bedeutung der Kontexteinflüsse (siehe unten) harrt bis heute einer kritischen Aufarbeitung.

Lebensstil. - Der Lebensstilansatz in der Gesundheitsförderung wurde anfänglich stark von den Ergebnissen epidemiologischer Bevölkerungsstudien aus den USA der 1970er- und 1980er-Jahre geprägt. In diesen wurde erstmals die Bedeutung verhaltensbasierter Risikofaktoren systematisch nachgewiesen. Im Zuge der weltweiten Publikationen dieser Ergebnisse wurde der englische Begriff Lifestyle auch in den deutschsprachigen Gesundheitswissenschaften populär. In dieser Tradition verwendet, bezieht sich der Lebensstilbegriff überwiegend auf das zeitgleiche Auftreten mehrerer verhaltensbezogener Risikofaktoren in abgrenzbaren Studienpopulationen.

Diese rein empirisch basierten Konzeptionen von Lebensstil hatten bedeutende Konsequenzen. Für die Erklärungsmodelle zu Gesundheit führten sie zu einer Verengung auf Verhaltensaspekte und zu einer Vernachlässigung der kulturellen, sozialen und materiellen Handlungskontexte der Menschen. Der so geprägte Lebensstilansatz wird heute oft in einer „individualisierenden" Perspektive verwendet, die ihrerseits jedoch mit dem Gesundheitsverständnis der Ottawa-Charta grundsätzlich inkompatibel ist. Nach deren Ausführungen wird Gesundheit in den jeweiligen gesellschaftlichen Alltagskontexten (Lebenswelten) hergestellt. Interventionen müssen demzufolge diese Kontexte berücksichtigen. In der Praxis können Lebensstilansätze ohne die Berücksichtigung der spezifischen Lebensbedingungen der Menschen (geprägt z.B. nach Schicht, Geschlecht, Alter, Migrationshintergrund) dann sogar zur Verstärkung (statt Abbau) sozialer Ungleichheiten in der Gesundheit führen.

Teilweise als Gegenreaktion zu den individualisierten „Lifestyle"-Konzepten wurden seit den 1980er-Jahren theoriebasierte Arbeiten publiziert, die die genannten Schwächen zu vermeiden suchen. Mit Rückgriffen auf soziologische Arbeiten u.a. von Max Weber, Anthony Giddens und Pierre Bourdieu gelingt es den neueren Ansätzen zunehmend, Lebensstile als das Zusammenwirken von strukturbasierten Lebensbedingungen und den (kreativen) Auswahl- und Gestaltungsleistungen der Menschen zu verstehen.

Vor diesem Hintergrund können heute gesundheitsrelevante Lebensstile definiert werden als „... typische Muster von gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen, Orientierungen und Ressourcen, die von Individuen in ihrer Auseinandersetzung mit ihren sozialen, kulturellen, ökonomischen und ökologischen Lebensbedingungen entwickelt werden“ (Abel et al 2003).

Das *gesundheitsrelevante Verhalten* umfasst dabei alle Verhaltensweisen, die für die Gesundheit der Person direkt relevant sind, wie z.B. Ernährung, Sport, Bewegung und die Inanspruchnahme des medizinischen Systems, aber auch den Konsum von Genuss- und Suchtmitteln.

Die *gesundheitsbezogenen Orientierungen* basieren auf Werten, normativen Vorgaben und Einstellungen, die direkt oder indirekt für die Gesundheit relevant sind und nach welchen das Verhalten ausgerichtet wird. Ein Beispiel ist die Frage, inwiefern Gesundheit ein vorrangiges Lebensziel darstellt. *Gesundheitsrelevante Ressourcen* werden in individuelle Ressourcen einerseits und soziale Ressourcen andererseits unterschieden. Mit individuellen Ressourcen sind personengebundene Faktoren wie Wissen und Fähigkeiten gemeint sowie die persönlichen materiellen Mittel, die einem zur Verfügung stehen. Soziale Ressourcen liegen außerhalb des einzelnen Individuums. Sie umfassen u.a. die soziale Unterstützung durch die Familie oder den Freundeskreis sowie die gesundheitsrelevanten äußeren Lebensverhältnisse, so z.B. sichere und gesunde Wohnbedingungen, existenzsichernde Arbeitsplätze, eine bewegungsförderliche Infrastruktur etc. Gesundheitsverhalten, Einstellungen und Ressourcen stehen in engem Zusammenhang miteinander und bilden aufeinander abgestimmte Muster.

Die Definition gesundheitsrelvanter Lebensstile von Abel und KollegInnen setzt den handelnden Menschen in das Zentrum, ohne aber einem verhaltenstheoretischen Reduktionismus zu verfallen. Sie verweist zugleich auf die meist schicht-, klassen- oder milieuspezifischen kontextuellen Bedingungen auf Mikro- (z.B. Familien), Meso- (z.B. Schule) oder Makroebene (z.B. Konsumgesellschaft). Diese werden hier als die limitierenden bzw. ermöglichenden strukturellen Bedingungen verstanden.

Entsprechend heutiger theoretischer und empirischer Erkenntnisse lässt sich festhalten: Gesundheitsrelevante Lebensstile

- sind das Produkt von objektiven Lebensbedingungen und dem, was die Individuen daraus machen,
- erfüllen spezifische Aufgaben für die Gesellschaft, für Gruppen und Individuen (erlauben und repräsentieren z.B. soziale Zugehörigkeiten; dienen der Orientierung in zeitlichen und sozialen Räumen),

- kommen meist in Mischformen vor, wobei es kleinere Gruppen von konsistent gesundheitsförderlichen und von risikoreichen Lebensstilen gibt,
- sind insbesondere von den sozialen Faktoren Geschlecht, Alter und soziale Schicht geprägt,
- sind relativ stabil, jedoch unter bestimmten äußeren Lebensbedingungen auch veränderlich.

Für Interventionsansätze über Lebensweisen und Lebensstile gilt gleichermaßen, dass sie bei den jeweiligen Lebenswelten der Menschen ansetzen müssen. Konkret geschieht dies häufig über einen Zielgruppenansatz innerhalb eines spezifischen geografischen Raumes, wie beispielsweise in der Arbeit mit älteren Menschen in einem Wohnquartier.

Diese Interventionen setzen bei den Lebensbedingungen der Menschen an und sind häufig mit den Prinzipien der Partizipation und des Empowerments verbunden. Dazu gehört, dass die Menschen ihre Bedürfnisse einbringen und sie nicht nur die Gesundheitsziele, sondern auch den Umgang mit den gesundheitsrelevanten Lebensbedingungen (Erhaltung oder Veränderung) bestimmen oder mitbestimmen. In diesem Zusammenhang ist auch das Konzept der Gesundheitskompetenz (**Health Literacy / Gesundheitskompetenz**) zu verorten, welches beispielsweise von Gesundheitsförderung Schweiz (2006) in ihrer langfristigen Strategie mit den Lebensweisen explizit verknüpft wird. Auch neuere internationale Arbeiten schlagen vor Health Literacy an die jeweiligen Kontexte (Lebenswelten und Lebensweisen) der Menschen zu knüpfen (z.B. WHO 2013).

Ein Projekt, das den spezifischen Lebenskontext berücksichtigt, ist z.B. das „Alter und Migration“ (AltuM) des Hilfswerks der Evangelischen Kirchen der Schweiz gemeinsam mit Pro Senectute Schweiz. Es geht dabei um ältere Migrantinnen und Migranten (55+) verschiedener Nationalität. Ziel ist es, diesen Menschen ein gesundheitsförderliches Altern zu ermöglichen. Dazu wird in Zusammenarbeit mit Mediatoren und Mediatorinnen (speziell ausgebildeten Landsleuten, welche Schlüsselpersonen genannt werden) sowie Organisationen ein Netz von Vor-Ort-Angeboten für die Bewohner und Bewohnerinnen eines geografisch abgegrenzten Raums entwickelt. Die Angebote sind aufeinander abgestimmt, zielen über individuelles Gesundheitsverhalten hinaus auf die Lebensweise dieser Menschen und beziehen dementsprechend eine Vielzahl von Aspekten des Wohnens, der Gesundheit und der persönlichen Beziehungen sowie der wirtschaftlichen und rechtlichen Situation mit ein. Strukturell finden diese Aktivitäten in Tischgesprächen, Informationsveranstaltungen oder Vernetzungstreffen statt. Konkret sind es Angebote wie Deutschkurse, Treffen zum Kaffee, Aktivitäten wie Tanzen, Yoga oder Spielen, aber auch Förderung der Gesundheitskompetenz in Form von Ernährungskursen oder das Einführen in das Schweizerische Gesundheitsversorgungssystem.

Lebensweise- und Lebensstilansätze in der Gesundheitsförderung fokussieren die gesundheitsrelevanten Handlungsmuster der Menschen und betonen dabei die Verwobenheit des gesundheitsrelevanten Verhaltens mit den jeweiligen ökonomischen, sozialen und kulturellen Lebensbedingungen. Interventionen mit diesen Ansätzen müssen - ausgehend von den jeweiligen Lebenswelten - gemeinsam mit den Zielgruppen Veränderungsprozesse gestalten, um zu einer nachhaltigen Verbesserung der Gesundheitschancen aller und insbesondere von sozial benachteiligten Menschen beizutragen.

Literatur:

Abel T, Gesundheitsverhaltensforschung und Public Health: Paradigmatische Anforderungen und ihre Umsetzung am Beispiel gesundheitsrelevanter Lebensstile, in: Weitkunat R/Haisch J/Kessler M (Hg.), Public Health und Gesundheitspsychologie, Hans Huber, Bern 1997, S. 56-61;

Abel T/Buddeberg C/Duetz M, Gesundheitsrelevante Lebensstile, in: Buddeberg C (Hg.), Psychosoziale Medizin, Springer, Heidelberg 2003, S. 296-306;

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Lebensweisen und Gesundheit. Europäische Monographien zur Forschung in Gesundheitserziehung 5, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln 1983;

Frohlich KL/Corin E/Potvin L, A theoretical proposal for the relationships between context and disease, Sociology of Health & Illness, 23 (6), 2003, pp 776-797;

Gesundheitsförderung: Eine Diskussionsgrundlage über Konzept und Prinzipien, Regionalbüro für Europa der WHO, in: Franzkowiak P, Dokumente der Gesundheitsförderung, 1993, S. 78-82;

Gesundheitsförderung Schweiz, Langfristige Strategie von Gesundheitsförderung Schweiz, Autor, Bern 2006, S. 13;

WHO, Health Literacy. The Solid Facts, WHO 2013. (http://tinyurl.com/kqo8kht)

Wenzel E, Lebensweisen und Gesundheit. Europäische Monographien zur Forschung in Gesundheitserziehung 5, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln 1983, S. 1-17

Internetadressen:

www.alter-migration.ch/index.php?id=49 (Beispiel „Alter und Migration“)

Verweise:

Health Literacy / Gesundheitskompetenz, Settingansatz / Lebensweltansatz

Lern- und verhaltens-psychologische Perspektive

Peter Franzkowiak

(letzte Aktualisierung am 13.06.2018)

Aus Sicht der psychologischen Lern- und Verhaltenstheorien sind für die Entstehung, Aufrechterhaltung und Therapie von Problem- und Risikoverhalten sowie eines erheblichen Teiles von psychischen und psychosomatischen Gesundheitsstörungen primär Mechanismen des Lernens verantwortlich. Problematisches oder unerwünschtes Verhalten wird erlernt und kann daher auch wieder verlernt, d.h., durch die Verwendung von Verhaltens- und Lernprinzipien verändert werden. In dieser Perspektive wird auch versucht, zukünftiges Handeln von Menschen auf der Grundlage des vergangenen, empirisch beobachtbaren und/oder reflexiv bewussten Verhaltens, seinen Vorläufern und seinen Konsequenzen vorherzusagen.

Definition und Klassifikation: Lernen ist eine auf Erfahrung beruhende, relativ dauerhafte Veränderung im Verhalten oder im Verhaltenspotenzial. Neuere Lerntheorien gehen davon aus, dass Lernen ein Prozess auf mehreren Ebenen ist und immer vor dem Hintergrund biologischer, genetischer und evolutionärer Bedingungen erfolgt. Lernen ist zwar selbst nicht direkt beobachtbar, beobachtbar sind jedoch Verhaltensweisen (Reaktionen) eines Organismus, die sich im Laufe der Zeit verändern und somit auf Prozesse des Lernens zurückgeführt werden.

Den Erklärungen der Auslösung und des Erwerbs von Verhalten, der Verhaltensmodifikation und -therapie liegen *vier wissenschaftliche Modellvorstellungen* zugrunde (Abb. 1)

Stimuluslernen bzw. Assoziationslernen	» Klassische Konditionierung (Reiz-Reaktions-Lernen) » Signallernen
Lernen über Konsequenzen bzw. operantes Lernen	» Instrumentelle Konditionierung » Verstärkungslernen » Lernen am Erfolg » psychophysiologisches Biofeedback

Beobachtungslernen bzw. Diskriminationslernen	» Lernen durch Nachahmung / Imitation » soziales Lernen an Verhaltensvorbildern » Verstehen von Handlungen und Übernahme von Zielen durch Modelllernen
Kognitives Lernen	» Informationsaufnahme und -verarbeitung, Aufbau von Wissensstrukturen; » Aufbau und Modifikation mentaler Modelle (umfassende Repräsentationen - sprachlich, bildhaft, handlungsbezogen - von Ausschnitten der Realität); » Bildung von Regeln, Handlungsplänen, Oberplänen und Schemata » Problemlösungslernen » Lernen durch Selbststeuerung über positive/negative Selbstinstruktionen » Prozesse der Erwartung und Kontrollüberzeugung » kognitive Blockierung von Veränderungsprozessen durch irrationale Ideen oder Glaubenssätze

Abb. 1: Vier Basismodelle der lern- und verhaltenstheoretischen Perspektive im Überblick (eigene Darstellung)

Lern- und verhaltenstheoretisch begründete Maßnahmen in der Prävention und Therapie gehen davon aus, dass das menschliche Erleben, Handeln und Interagieren (d.h. soziale Kommunikation und sozialer Austausch) veränderbar sind. Risikobereitschaften, Störungen und Krankheitsprozesse entstehen auf Grundlage von Vulnerabilitäten und Stress - durch fehllaufende Lernvorgänge, Attributionsmuster (gedankliche Zuschreibungen) und Einstellungsbildungen. Sie können unter bestimmten Bedingungen zumindest teilweise verlernt oder durch neu aufgebautes Verhalten modifiziert werden. Die Abweichungen, Störungen oder Krankheiten dürfen aber nicht primär auf genetischen Prägungen, neurophysiologischen Vorschädigungen oder Fehlfunktionen von biochemischen Systemen beruhen.

Die Prinzipien, mit deren Hilfe menschliches Verhalten beschrieben und verändert wird, gelten als universell. Das methodologische Grundverständnis ist geprägt durch *fünf Axiome*: Suche nach Gesetzmäßigkeiten, Beobachtbarkeit, Operationalisierbarkeit, empirische Testbarkeit und experimentelle Prüfung.

Nicht nur unerwünschtes, abweichendes oder pathologisches Verhalten, sondern ebenso die Entstehung und Aufrechterhaltung erwünschten, angepassten oder „normalen“ Verhaltens können durch dieselben Gesetze des Lernens beschrieben und erklärt werden. Die Verhaltensebene ist der wichtigste Zugang zur Beschreibung einer beabsichtigten Veränderung und zentrales Kriterium für die Veränderung selbst sowie für ihre Wirksamkeit und Überprüfung.

Verhaltensaufbau	» Aufbau und Verknüpfung von (neuen) Verhaltenselementen und -ketten durch Verstärkerkontrolle: z.B. Aufbau von Alternativverhalten hinsichtlich veränderter Ernährungsweise, regelmäßiger körperlicher Bewegung, maßvollem Konsum von bzw. Abstinenz gegenüber Rausch- und Suchtmitteln sowie soziales Kompetenztraining, Psychoedukation, Patientenschulung
Stimuluskontrolle	» Konfrontations- und Expositionsverfahren zur Bewältigung und Modifikation von problematischem Essverhalten, Schlafproblemen, Angst- und Panikstörungen: u.a. Habituationstraining, Reaktionsverhinderung und Verhaltensunterbrechung, systematische Desensibilisierung, Neurofeedback
Gedankliche (kognitive), emotionale und verhaltensmäßige Neutralisierung von selbstschädigenden Einstellungs- und Verhaltensmustern	» Modifikation dysfunktionaler Kognitionen, Reattribution, Analyse fehlerhafter Logik, Entkatastrophisieren: u.a. bei negativem Gesundheitsverhalten oder bei Störungen der seelischen Gesundheit mit Risiko- bzw. Krankheitswert wie Zwangsstörungen, Angststörungen, somatoformen und depressiven Störungen
Gedankliche und gefühlsmäßige Neubewertung von auslösenden Situationen bzw. verstärkenden Bedingungen	» Kognitive Umstrukturierung von subjektiven Risiko- und Krankheitsmodellen, Belastungs-Bewältigungs-Management durch „Stressimpfung“, Selbstmanagement, Problemlösungstraining, Schmerzmanagement, Entspannungsverfahren: u.a. bei Angst und Depression als Begleiterscheinungen von körperlichen Erkrankungen
Modelllernen	» Ermöglichung und Erleichterung von Verhaltensänderungen, die sich an positiven Vorbildern orientieren: z.B. an Gesundheits- und Kompetenzvorbildern im Kindes- und Jugendalter; kognitives Modellieren von z.B. Bewältigungskompetenzen in Settings der Psychoedukation und Psychotherapie
Selbstbeobachtung, Selbstverstärkung und Selbstinstruktion	» Strategien der Selbstkontrolle, des Problemlösens und der kognitiven Umstrukturierung: z.B. in Bewegungs- und Ernährungstrai-

	nings, in der Modifikation von problematischem Ess- und Trinkverhalten, neuerdings auch „achtsamkeitsbasierte“ Verfahren der Stressreduktion
Verhaltenskontrakte	» Kontingenzverträge zu genau spezifizierten Veränderungen von Risikoverhalten: z.B. bei Suchtgefährdung oder Reduktion von Übergewicht und zur Verstärkung von Alternativverhalten

Abb. 2: Lern- und verhaltenspsychologisch begründete Interventionstechniken mit Anwendungsbeispielen für die Gesundheitsförderung, Psychotherapie und Rehabilitation

Umsetzung - Techniken und Methoden: Unerwünschte oder selbstschädigende Muster der Wahrnehmung und Selbstwahrnehmung, des Denkens, des Verhaltens und Problemlösens sowie der zwischenmenschlichen Interaktionen können eingeschränkt, gelöscht oder mit alternativen Verhaltens- und Denkmustern ersetzt werden. Dies geschieht insbesondere durch gegenläufiges Bewerten, Lernen und Üben. Techniken und Methoden werden eingesetzt, die therapeutisch erprobt sind und oftmals seit Jahrzehnten in der **Gesundheitserziehung** angewandt werden - nicht nur als spezifische Einzelmethoden, sondern auch kombiniert im Rahmen multimodaler Ansätze. Eine Auswahl der *geläufigsten Verfahren mit Bezug zur Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung* ist in Abb. 2 zusammengestellt.

Die verhaltenspsychologische Perspektive betont die Bedeutung situativer Faktoren. Interventionen müssen die natürliche und systemische Umgebung als Faktor der Veränderung mit einbeziehen (z.B. Einbezug von Familienmitgliedern, Inklusion oder gezielte Exklusion von Peergruppen, Miteinwirken auf Verhältnisse am Arbeitsplatz). Veränderungen und Unterstützung durch Personen der natürlichen Umgebung bzw. **Selbsthilfe** haben in der verhaltensmedizinischen / gesundheitspsychologischen Prävention und Patientenedukation sowie in der Verhaltenstherapie einen hohen Stellenwert.

Wichtigste Ziele von lern- und verhaltenspsychologisch begründeten Maßnahmen sind:

- Rückbildung selbstschädigender, pathologischer Gewohnheiten durch eine Schwächung neuronaler Vernetzungen,
- Ausformung fehlender, verschütteter oder neuer/alternativer Handlungsmuster,
- Erwerb oder Wiederherstellung von Verhaltens- und Erlebenskompetenzen,
- verbesserte, nicht schädliche Selbst- und Umweltkontrolle,
- konstruktive, bewältigungsorientierte Veränderung der Selbstsicht.

Bei präventiven und therapeutischen Interventionen werden sowohl die Diagnose als auch die Planung einzelner Veränderungsschritte spezifisch für die einzelnen Betroffenen bzw. eine abgegrenzte Gruppe entwickelt. Am Anfang steht eine *Mehrebenen-Problem- und Verhaltensanalyse*: die differenzierte Diagnose der Dispositionen und Auslöser, der organismischen und der Umweltbedingungen sowie der Konsequenzen eines möglichst genau umschreibbaren problematischen Verhaltens oder schädlicher Wahrnehmungs- und Einstellungsmuster, Pläne und Schemata einer Person. Innerhalb der kognitiv-behavioralen Edukation und Therapie gibt es vier anerkannte Modelle für eine solche Strukturierung diagnostischer Informationen: die S-O-R-K-C-Verhaltensgleichung, den Problemanalyse-Ansatz, den Plananalyse- und Schema-Ansatz sowie den Selbstmanagement-Ansatz. Die Ergebnisse werden zu einem *funktionalen Bedingungsmodell* zusammengefügt, das die Intervention anleitet, aber jederzeit überprüft und verändert werden kann.

Entwicklung und Ausblick: Frühere, behavioristische Lerntheorien bildeten das beobachtbare Verhalten von Menschen und seine Auslöser- oder Verstärkungsbedingungen in eher linearen Modellen ab. Die neueren, „post-behavioristischen" Vorstellungen betonen Komplexität, Vernetzung und Selbstregulation. Heute werden die übergeordneten Pläne, Lebensthemen und Ziele der Betroffenen beachtet (**Lebensweise/Lebensstil**) und die systemischen Bedingungen bei der Verhaltensänderung mit berücksichtigt. Das Menschenbild geht nunmehr von aktiv handelnden, denkenden und fühlenden Menschen aus. Diese sind zur Selbstveränderung und Selbststeuerung fähig oder sollen dazu befähigt werden (**Lebenskompetenzen** und Kompetenzförderung.

Bis in die Mitte der 1970er Jahre wurden verhaltenstheoretische Prinzipien fast ausschließlich auf die Behandlung psychischer Störungen angewandt. Die verhaltenstheoretische Diagnostik und Therapie erweist sich aber auch als effektiv bei somatischen Störungen und psychosomatischen Erkrankungen, insbesondere bei chronischen Verläufen. Die neuere Gesundheitspsychologie und die Verhaltensmedizin konzentrieren sich insbesondere auf:

- verbesserte Krankheitsbewältigung chronischer Gesundheitsstörungen (darunter auch die Reduktion von begleitenden Ängsten, irrationalen Kognitionen oder depressiven Gestimmtheiten);

- Patientencompliance, Health Literacy/Wissensbasierte Gesundheitskompetenz (durch Psychoedukation);
- Aufbau von nachhaltig positivem Gesundheitsverhalten.

In der Psychosomatik ist das verhaltenstheoretische Krankheits- und Veränderungsmodell mittlerweile gleichrangig zur früher dominierenden Psychoanalyse. Einzelne Modellaspekte fließen in die Modellbildungen zu **Stress und Stressbewältigung**, in die Soziale Lerntheorie und die interdisziplinären **Gesundheitswissenschaften** ein.

Die Ausprägung der lern- und verhaltenstheoretischen Perspektive in der Allgemeinen und Klinischen Psychologie wird historisch in zwei Phasen bzw. „Wellen" (und damit lange Zeit auch getrennte Schulen) unterschieden: die klassische, zeitlich frühere „behaviorale" Phase, auf die in den 1970er Jahren die „kognitive Wende" folgte. Therapeutisch liegt der Schwerpunkt in der ersten Welle auf Verhaltenstraining auf der Grundlage experimentell abgesicherter Prinzipien des Lernens und Verlernens. In der zweiten Welle stehen kognitive und soziale Problemlöse- und Lernprozesse im Zentrum.

Einige Protagonist*innen und Praktiker*innen der Verhaltenstherapie propagieren seit Mitte der 2000er Jahre den Übergang in eine „dritte Welle" - mit neuer Schwerpunktsetzung auf Akzeptanz, Achtsamkeit, Prozessbasierung und Arbeit an ungünstigen Beziehungsmustern, u.a. über die „Schematherapie" mit ihrer expliziten Anknüpfung an einen neurobiologischen Kognitionsbegriff. Darüber informieren exemplarisch Heidenreich/Michalak 2013, Hayes/Hofmann 2017. Zu beachten sind hierzu auch die gleichfalls jüngeren Ansätze einer neuropsychologisch grundierten körperpsychotheraputischen Ausrichtung um das Konzept des „Embodiment", eines „körperlichen Selbst" (s. Storch et al, Fuchs et al.). Die Embodiment-Perspektive fordert, kognitive und weitere psychische Prozesse ausdrücklich mit Bezug auf den Körper zu sehen und zu untersuchen. Alle geistig-seelischen Vorgänge und Entwicklungen seien leiblich eingebettet, würden in den ge- und erlebten Körper eingeschrieben, und dieser beeinflusse, u.U. steuere, seelische Prozesse (s. das Leib-Seele-Problem von Philosophie und Psychologie, **Psychosomatische Perspektiven**).

Integrierte kognitiv-behaviorale Perspektive: Die tradierte Paradigmen- und Schulentrennung ist nach heutigem wissenschaftlichen Stand nicht länger aufrechtzuerhalten. Das mittlerweile erfolgte Zusammenwachsen kognitiver und behavioraler Ansätze hat dazu geführt, dass im akademischen Mainstream der Klinischen Psychologie von einer integrierten kognitiv-behavioralen Perspektive (Wittchen und Hoyer) gesprochen wird.

Der integrierte Ansatz geht deutlich über die Beschreibung und Erklärung von Verhalten im objektiven Kontext von Reizen, Verstärkern und offenem Verhalten hinaus. Psychische Störungen werden nicht mehr primär als behaviorale Fehlanpassungen beschrieben. Sie können auch als Ergebnis einer fehlerhaften Wahrnehmung der Situationswirklichkeit, fehlerhafter Schlussfolgerungen oder inadäquater Problemlösungen gedeutet werden. Die Selbstwahrnehmung von Menschen und die Wahrnehmung und Bewertung ihrer Beziehungen und ihrer Umwelt sind also (mit-)steuernd für alle Prozesse der Verhaltensleitung, einschließlich der Vorgänge bei Fehlleitung und Störungsentstehung. Kognitive Faktoren von zentraler Bedeutung sind: die wahrgenommene Kontrolle über Verstärker (**Empowerment**, **Salutogenetische Perspektive**), die persönlichen Überzeugungen, kritische Situationen bewältigen zu können sowie die individuelle Interpretation von situativen oder persönlichen Einflussfaktoren.

Die kognitiv-behaviorale Perspektive ist Grundlage von verhaltenspräventiven Maßnahmen in der Gesundheitserziehung, in Verhaltensmedizin und Gesundheitspsychologie, in der Patientenberatung und Patientenschulung. In diesem engeren Kontext hat sie ihre Effizienz und ihre Effektivität unter Beweis gestellt, z.B. bei Raucherentwöhnungstrainings, Ernährungsschulungen und Gewichtsreduktion, Koronar- und Diabetestrainings, in der Schmerzbewältigung, beim Erlernen von Entspannungstechniken, bei Motivationsaufbau, Kompetenzverbesserung und Verbesserung der Behandlungscompliance bzw. -adhärenz in der Therapie und Rehabilitation chronischer körperlicher und psychosomatischer Erkrankungen u. v. a. m. Methodisch bedeutsam und modellhaft übertragbar sind die funktionalen Bedingungsanalysen, die jeder Intervention vorausgehen müssen. Mit diesem Instrument steht auch für die Gesundheitsförderung eine Analyse- und Veränderungsmethode zur Verfügung, die die Wechselwirkung von Organismus-, Verhaltens- und Umwelt-

bedingungen empirisch nachprüfbar abbildet. Sie ermöglicht zudem, Veränderungen präzise zu dokumentieren und zu überprüfen (**Evaluation**).

Inwieweit die rapiden Fortschritte in den Neurosciences (Hirnforschung/Neuroimaging, Neurophysiologie, Psychobiologie) direkte Auswirkungen auf die Lern- und Verhaltenstheorien und ihre edukativen, präventiven und therapeutischen Ableitungen haben werden, bleibt kritisch abzuwarten. Lernen wird in diesem Kontext begriffen als erfahrungsabhängige Veränderung des Gehirns (v.a. der kortikalen Erregbarkeit und Aktivität), die zu einer Veränderung im Verhalten und/oder in Verhaltensdispositionen führt. Neurophysiologisch beruhen Prozesse des Lernen und Verlernens, der Gedächtnisbildung und des Vergessens auf der grundlegenden und prinzipiell lebenslangen Neuroplastizität des Gehirns. Sie führen zu funktionellen oder strukturellen Veränderungen von einzelnen synaptischen Bahnungen und Verbindungen oder der Größe, Konnektivität, Aktivierung und Effizienz kortikaler Netzwerke. Als erste Anwendungsmöglichkeiten - etwa durch gezielte elektrische, magnetische oder pharmakologische Stimulation der Aktivitätsmuster in verschiedenen Hirnregionen - werden v.a. medizinische Interventionen in der Klinik, Therapie und v.a. Rehabilitation von Hirnverletzungen diskutiert, aber auch die tertiäre Prävention bei Demenzen und anderen lebensbegleitenden hirnorganischen Abbauprozessen.

Literatur:

Bear MF et al, Neurowissenschaften, Berlin Heidelberg 2018, 4., aktual. Neuaufl.;

Ehlert A (Hg.), Verhaltensmedizin, Berlin Heidelberg 2016, 2., vollst. überarb. u. aktual. Aufl.;

Fliegel S et al, Verhaltenstherapeutische Standardmethoden, Weinheim 1998, 4. Aufl.;

Fuchs T/Sattel H/Henningsen P (eds), The Embodied Self - Dimensions, Coherence and Disorders. Stuttgart 2010;

Gerrig RJ/Zimbardo PG, Psychologie, München 2016, 20. akt. u. erw. Aufl.;

Hoffmann J/Engelkamp J, Lern- und Gedächtnispsychologie, Berlin Heidelberg 2017, 2. überarb. Aufl.;

Hayes SG/ Hofmann SC, The third wave of cognitive behavioral therapy and the rise of process-based care. In: World Psychiatry 3, 2017 (16), 245-246 (DOI:10.1002/wps.20442);

Heidenreich T/Michalak J (Hg.), Die „dritte Welle“ in der Verhaltenstherapie: Grundlagen und Praxis, Weinheim 2013;

Knoll N/Scholz U/Rieckmann N, Einführung Gesundheitspsychologie, München Basel 2011;

Kriz J, Grundkonzepte der Psychotherapie, Weinheim 2014, 7. Aufl.;

Köllner V, Grundlagen, in: Köllner V/Broda M (Hg.), Praktische Verhaltensmedizin. Stuttgart 2005, 3-16;

Linden M/Hautzinger M, Verhaltenstherapiemanual, Heidelberg 2015, 8. vollst. überarb. Aufl.;

Margraf J/Schneider S (Hg.), Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Band 1: Grundlagen, Diagnostik, Verfahren und Rahmenbedingungen psychologischer Therapie, Berlin Heidelberg 2018, 4. Aufl.;

Reinecker H, Grundlagen der Verhaltenstherapie, Weinheim 2005, 3. Aufl.;

Storch M/Cantieni B/Hüther G/Tschacher W, Embodiment - Die Wechselwirkung von Körper und Psyche. Göttingen 2017, 3. Aufl.;

Wittchen HU/Hoyer J (Hg.), Klinische Psychologie & Psychotherapie, Berlin 2011, 2. Aufl.

Internetadressen:

www.apa.org (American Psychological Association)
www.abct.org (Association for Behavioral and Cognitive Therapies)
www.dgvt.de (Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V.)

Verweise:

Empowerment/Befähigung, Evaluation, Gesundheitliche Aufklärung und Gesundheitserziehung, Gesundheitswissenschaften / Public Health, Health Literacy / Gesundheitskompetenz, Lebenskompetenzen und Kompetenzförderung, Lebensweisen / Lebensstile, Salutogenetische Perspektive, Selbsthilfe, Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeförderung, Stress und Stressbewältigung

Medizinische Prävention

Bernt-Peter Robra

(letzte Aktualisierung am 04.01.2017)

Prävention ist Risikomanagement. - Prävention zielt darauf, unerwünschte Ereignisse zu verhindern oder zu verzögern und damit weniger wahrscheinlich zu machen. Diese Wahrscheinlichkeit (das Risiko) wird bestimmt als Zahl der auftretenden Ereignisse pro 1000 risikobehafteter Personen in einer bestimmten Zeit (sogenannte Inzidenz). Prävention ist also ein bevölkerungsbezogenes (epidemiologisches) Konzept (**Prävention und Krankheitsprävention**; **Prädiktive Medizin**).

„Das wichtigste bevölkerungsbezogene Ziel von Prävention ist die Inzidenzabsenkung von Krankheit, Behinderung oder vorzeitigem Tod" (Walter et al. 2012). Positiv gewendet zielt Prävention darauf, die „Gesundheitserwartung", die Lebenserwartung in Gesundheit zu erhöhen. Von *medizinischer* Prävention können wir sprechen, wenn die unerwünschten Ereignisse oder - und mehr noch - die zur Senkung der Inzidenz zu ergreifenden Maßnahmen ärztliches Handel erfordern (z.B. Impfungen, medikamentöse Blutdrucksenkung, Entfernung von Krebsvorstufen).

Prävention als Risikoreduktion ist allerdings nicht ohne weiteres mit medizinischem Handeln vereinbar. Denn herkömmlich werden Medizinerinnen und Mediziner von Hilfesuchenden in Anspruch genommen, d.h. ein Individuum tut den ersten Schritt. Die medizinische Profession arbeitet dann fallbezogen und mit kurativer, hilfsweise palliativer (lindernder) Absicht. Eine präventive oder proaktive Medizin, die vor Eintritt von Hilfebedürftigkeit ansetzt, verlangt eine neue Begründung für medizinische Interventionen und von den Medizinern und Medizinerinnen eine erweiterte professionelle Identität. Dieser an sich wünschenswerte Wandel des professionellen Handlungsfeldes muss gegen die negativen Folgen einer Medikalisierung von Lebensbereichen, die bis dahin nicht der medizinischen Versorgung zugerechnet wurden, abgewogen werden.

Abbildung 1 veranschaulicht das Konzept der Risikoreduktion. Dazu spannt sie zunächst einen Rahmen auf, dessen x-Achse die maximal mögliche Lebenszeit darstellt. Auf der y-Ache sind versorgungsrelevanten Stadien aufgetragen, die eine Krankheit durchläuft. In diesen Rahmen ist beispielhaft ein unbeeinflusster Fallverlauf (A-B) eingezeichnet. Die anderen Linien kennzeichnen mit präventiver Absicht beeinflusste Verlaufsvarianten. Unbeeinflusste Verläufe, die in einem funktionierenden Medizinsystems nur selten vorkommen, heißen „naturgesetzliche Verläufe". Eine Darstellung als Fallverläufe kommt dabei

individualmedizinischem Denken und Handeln entgegen. Sie blendet aus, dass jeder Einzelfall nur *einen* von vielen möglichen Verläufen realisiert. Deswegen steht der dargestellte Verlauf für eine *Verteilung* möglicher Verlaufsvarianten. Leicht erkennbar ist, dass Prävention konzeptionell den ganzen Lebensverlauf einbezieht.

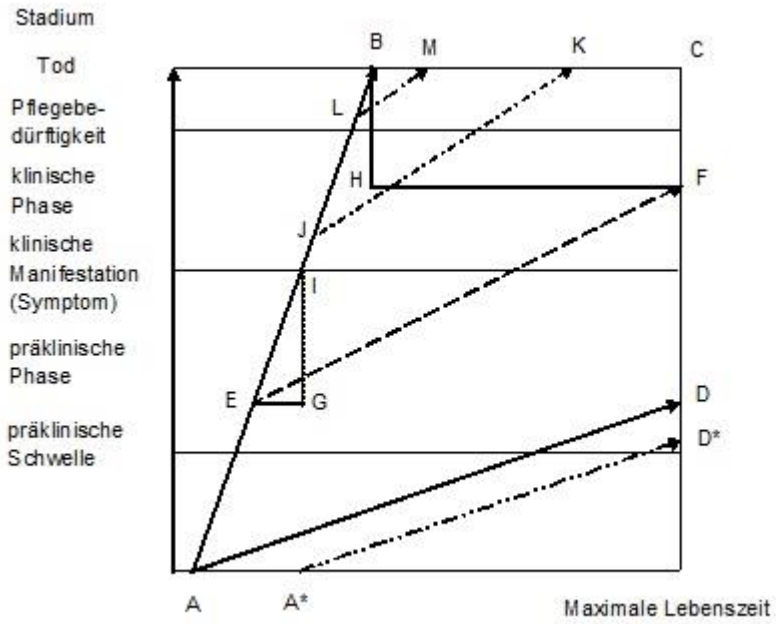


Abb. 1: Kenngrößen der Prävention am Beispiel eines Fallverlaufs (modifiziert nach Flatten et al. 1988)

A: Beginn (Induktion) eines Verlaufs; A ist streng genommen kein Punkt, sondern eine Verteilung von Induktionszeiten, angedeutet durch einen zweiten Punkt A*
A-B: Fall mit unbeeinflusstem (schnellen) Verlauf über alle Verlaufsstadien, vorzeitiger Tod (B) mit Verlust möglicher Lebensdauer (C-B)
A-D: sehr früh richtunggebend beeinflusster, verlangsamter Verlauf, symptomfrei für den Rest des Lebens; entsprechend verzögerte Entstehung A*-D*
A-E-F: in der entdeckbaren präklinischen Phase „früh erkannter" Fall, Verlauf richtunggebend beeinflusst; G-E Vorverlegung der Diagnosezeit („lead time"), F-H Gewinn an Lebensdauer, (B-H-F-C) - (E-G-I) Gewinn an Lebensqualität (QALYs)
A-J-K: nach klinischer Manifestation günstig beeinflusster Verlauf, Gewinn an Lebenszeit, Verzögerung des Eintritts der Pflegebedürftigkeit bei Verlängerung ihrer Dauer
A-L-M: nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit gewonnene Lebensdauer (M-B)

Die maximal mögliche Lebenszeit (x-Achse) ist ein epidemiologisches Konzept, das man sich für den Einzelfall als die Lebenszeit vorstellen kann, die „die Natur" diesem Individuum zugemessen hat, auch wenn präventiv alles gut läuft. Dieses Maximum kann ein Arzt für einen Einzelfall nicht prognostizieren. Epidemiologisch ist sie dagegen durch vergleichende Datenerhebung in Situationen mit und ohne gut organisierte Prävention erschließbar.

Prävention kann die klinische Manifestation einer Erkrankung vermeiden, d.h. die Krankheit bleibt symptomlos, sie bricht nicht aus (A-D). Beispiel: Nach einer Verletzung wird der Ausbruch von Wundstarrkrampf (Tetanus) verhindert, weil der Verletzte über einen ausreichenden Impfschutz verfügt oder durch Wundreinigung und Gabe eines Immunglobulins die schädliche Wirkung von Bakteriengiften vermieden wird. Wir sprechen von *primärer* Prävention. Auch kann Prävention die Induktion einer Krankheit verzögern (A*-D*).

Wenn der unbeeinflusste Verlauf bis in die präklinische Phase reicht, also der oder die Betroffene selbst noch keine Symptome bemerkt, aber mit medizinischen Tests doch schon frühe Krankheitszeichen oder Vorstadien entdeckbar sind, ist dies per se für das Individuum und auch für seine Krankenversicherung bedeutungslos (rechter oberer Teil des Verlaufs A-D). Medizinisch wäre es „Überdiagnostik", würde man solche Verläufe, die zu Lebzeiten der betroffenen Person verborgenen geblieben wären, in der präklinischen Phase erkennen wollen (Robra et al. 2013).

Schreitet der Fall über die präklinische Schwelle in die entdeckbare präklinische Phase vor und entdeckt ein Suchtest bei symptomlosen Personen bereits Krankheitsfrühzeichen (A-E), sprechen wir von Früherkennung oder *sekundärer* Prävention. Ob Früherkennung mehr nutzt als schadet, hängt davon ab, ob durch Frühintervention der natürliche Verlauf (noch) richtunggebend beeinflusst werden kann. Diese Prognoseverbesserung kann man nur auf Basis hinlänglich großer vergleichender Studien (mit vs. ohne Früherkennung) einschätzen, nicht im Einzelfall. In der Schemazeichnung wird der Verlauf nach A-E-F verbessert, d.h. dieser Patient oder diese Patientin erreicht jetzt seine oder ihre maximal mögliche Lebenszeit. Das ist aber keineswegs bei allen Früherkennungsmaßnahmen der Fall. Der Gewinn an Lebenszeit ist F-H (nicht F-E), der Gewinn an Lebensqualität das Rechteck B-H-F-C. Allerdings muss von der „nach hinten" gewonnenen Lebensqualität die vorne durch Frühentdeckung und vorgezogene Behandlung verlorene Lebensqualität (Dreieck E-G-I) abgezogen werden. *Darüber hinaus* hängt die Bewertung einer Früherkennungsstrategie davon ab, wie groß die Zahl der falsch positiven und der überdiagnostizierten Fälle relativ zu den prognostisch günstig beeinflussten Fällen ist. Falsch positive und überdiagnostizierte Personen haben durch das Früherkennungsprogramm nur Nachteile.

Nach Überschreiten der Symptomschwelle befinden wir uns im Kernbereich des medizinischen Hilfesystems. Die Medizin gibt sich große Mühe, richtige Diagnosen zu stellen und akute Beschwerden zu lindern. Doch prognostisch entscheidend ist auch in diesem Stadium, wie der natürliche Verlauf (noch) richtunggebend beeinflusst werden kann (*tertiäre* Prävention). Ein großer Teil der medizinischen Betreuung in diesem Stadium dient der tertiären Prävention, z.B. die Hemmung der Blutgerinnung nach einem Herzinfarkt, die Einstellung des Blutzuckers beim Diabetes oder zahlreiche Kontrolluntersuchungen und Beratungen, zu denen der Patient einbestellt wird. Methodisch gibt es daher keinen grundsätzlichen Unterschied zwischen prognostisch wirksamer klinischer Medizin und tertiärer

Prävention. Auch bei pflegebedürftigen Patienten können noch präventive Potenziale bearbeitet werden (A-L-M), z.B. durch Sturz- oder Dekubitusprophylaxe.

Ein spezielles Problem entsteht, wenn im Zuge präventiver Intentionen die klinische Manifestationsschwelle medizinisch neu definiert, d.h. gesenkt wird, z.B. wenn eine eingeschränkte Glukosetoleranz als prädiabetische Störung klassifiziert und wie eine eigene Krankheit diagnostiziert und behandelt wird. Es müssen dann mehr Menschen Tests und Interventionen angeboten werden. Bei der eingeschränkten Glukosetoleranz allerdings reicht in diesem Stadium eine Änderung des Lebensstils aus, es muss nicht medikamentös behandelt werden. Und die entsprechende Umstellung des Lebensstils ist ohnehin jedermann zu empfehlen. Auch bei manifestem Diabetes ist eine Aktivierung des Patienten, z.B. durch eine individualisierte Verlaufskontrolle, im Hinblick auf Gewichtsverlust und eine Verbesserung der Stoffwechsellage wirksam.

Von *quartärer* Prävention spricht man, wenn Patienten oder Versicherte vor Überdiagnostik, Übertherapie und Medikalisierung geschützt werden sollen. Quartäre Prävention ist eine Aufgabe für die Versicherten selbst und für alle medizinischen Berufe, besonders aber für Hausärzte, die die Versorgung koordinieren (Fischer 1992), und für die evaluierende Versorgungsforschung.

Risikohöhe und Interventionsintensität. - Es ist plausibel, dass Art und Intensität der Intervention von der Höhe des Risikos abhängen sollten. Je höher das Risiko, desto intensiver und auch risikospezifischer ist die Intervention. Das entspricht dem deutschen Verhältnismäßigkeitsgrundsatz. Maßnahmen, die sich an die Allgemeinbevölkerung richten, können nicht besonders intensiv und dürfen nicht nebenwirkungsträchtig sein (z.B. Empfehlungen zur gesunden Ernährung, Tabak-Verkaufsverbot an Jugendliche). Hochrisikogruppen brauchen eine intensive Ansprache bis hin zu präventiver Medikation, z. B. blutdrucksenkende Medikamente. Man würde denken, dass medizinische Prävention vor allem solche „indizierte Prävention“ ist. Das ist aber nicht notwendigerweise so. Kinderärzte werden z.B. für eine Impfberatung in Kindereinrichtungen zur Verfügung stehen. Auch Hochrisikogruppen brauchen unterstützende Verhältnisprävention (z.B. ein Umfeld ohne Tabakwerbung für rückfallgefährdete Ex-Raucher; ein kalorienreduziertes Essensangebot in Kantinen für Übergewichtige).

Der englische Epidemiologe G. Rose (1992) hat darauf aufmerksam gemacht, dass aus Sicht der Gesamtbevölkerung das größte präventive Potenzial nicht in der relativ kleinen Bevölkerungsgruppe mit besonders hohem Risiko liegt, sondern in der relativ großen Gruppen mit mittlerem Risiko (**Präventionsparadox**). Insofern wären Medizin oder Krankenversicherung schlecht beraten, nur auf Prävention in Hochrisikogruppen zu setzen. Darüber hinaus sagt die Höhe eines Risikos per se nichts über die Beeinflussbarkeit des Risikos. Für die Ausrichtung und die Intensität einer Risikointervention ist der mögli-

che Nettonutzen entscheidend (d.h. der gesundheitliche Nutzen abzüglich der in Kauf zu nehmenden unerwünschten Wirkungen und der Kosten). Insofern kann man zwischen dem Bereich geringen Risikos mit geringem Nettopotenzial („nicht handlungsrelevant“) und dem Bereich hohen Risikos mit hohem Nettopotenzial („indiziert“) einen mittleren Bereich als „präferenzbasiert“ charakterisieren, in dem Bürger und Leistungserbringer die Risikoeinschätzung aus Sicht des Experten und die Risikowahrnehmung des Laien abwägen (Risikokommunikation) und die präventiven Maßnahmen vereinbaren, die ihnen gemeinsam sinnvoll und machbar erscheinen (Abbildung 2). Als „indiziert“ muss z.B. eine sofortige Blutdrucksenkung bei krisenhaft hohen Blutdruckwerten gelten. Je geringer der gemessene Blutdruck, desto eher ist die Intervention präferenzbasiert. Diese Abwägungen hängen vom Vorhandensein weiterer Risikofaktoren ab und befinden sich ständig im Fluss.

Abb. 2: Höhe des Risikos, erwarteter Nettonutzen und Interventionskategorien (eigene Darstellung)

Es wird oft vermutet, dass Präventionsmaßnahmen Einsparungen ermöglichen. Allerdings amortisiert sich nur ein Teil der präventiven Maßnahmen auf Ebene der Krankenkassen oder der Gesellschaft, der größere Teil ist als Investition in bessere Gesundheit anzusehen. Das Verhältnis von Kosten zu Wirkung ist bei Präventionsmaßnahmen ungefähr so verteilt wie bei Maßnahmen der kurativen Medizin (Cohen et al. 2008).

Medizinische Präventionsmaßnahmen.- Die obere Hälfte der Abbildung auf Seite A1810 im Artikel "Risikoabschätzung tödlicher Herz-Kreislauf-Erkrankungen: Die neuen SCORE-Deutschland-Tabellen für die Primärprävention" (Keil et al. 2005) quantifiziert das Risiko, in den nächsten zehn Jahren an einer Herz-Kreislauf-Krankheit zu versterben. Der Aufbau der Tabelle illustriert das Zusammenwirken von fünf Risikofaktoren: Geschlecht und Alter

als nicht modifizierbare Risikodeterminanten, Cholesterin, Blutdruck und Raucherstatus als modifizierbare Faktoren. Ein 65-jähriger Nichtraucher mit einem systolischen Blutdruck von 140mm Hg und einem Gesamtcholesterin von 190 mg/dl hat ein Risiko von 6 %, ein sonst gleich belasteter Raucher von 12 % usw. Obwohl die drei genannten Risikofaktoren reversibel sind, gilt allerdings nicht notwendig der Umkehrschluss, dass ein Raucher mit den genannten Werten sein Risiko genau halbiert, wenn er aufhört zu rauchen. Die Farbkodierung der Tabelle enthält eine Handlungsaufforderung: „Diejenigen Personen, die ein Risiko von 5 % und darüber aufweisen oder dieses Risiko im mittleren Lebensalter erreichen werden, gelten als Hochrisikopersonen und sollten besonders intensiv beraten, beobachtet und gegebenenfalls auch medikamentös behandelt werden“ (Keil et al. 2005). Diese Handlungsaufforderung entstammt einem Expertenkonsens. Sie impliziert, ohne dass dies thematisiert oder problematisiert wird, eine Kosten-Wirksamkeits-Abwägung, d.h. sie disponiert Mittel der Solidargemeinschaft und ordnet einem geretteten Leben einen Preis zu. Eine solche Zuordnung ist letztlich unvermeidlich, aber sie steht nicht (wohlmeinenden) Experten, sondern - soweit ein Präventionsschema für eine Versichertengemeinschaft entwickelt wird - der Versichertengemeinschaft und - soweit darüber hinaus eine individuelle Güterabwägung zu leisten ist - dem Versicherten selbst zu. Außerdem ist nicht gewährleistet, dass diese Abwägung zwischen Leistungsbereichen des Gesundheitswesens einigermaßen konsistent getroffen wird, dass also z.B. in der Krebsfrüherkennung ähnliche Kosten-Wirkungs-Relationen für akzeptabel gehalten werden wie in der Herz-Kreislauf-Prävention.

Eine besser strukturierte Entscheidungshilfe bekommen Hausarzt und Patient z. B. durch eine Software, die auf Grundlage des individuellen Risikoprofils eine Risikoprognose für Herzinfarkt und Schlaganfall in den nächsten 10 Jahren errechnet und die zu erwartenden Effekte verschiedener Behandlungen quantifiziert. Dieses Effektprofil dient als Beratungsgrundlage in einem Prozess der gemeinsamen Entscheidungsfindung. In diesem Prozess sollen der Arzt oder die Ärztin die abstrakten Begriffe „Risiko” und „Prozent” vermeiden. Stattdessen sollen die Zusammenhänge in „natürlichen Häufigkeiten“ anschaulich gemacht werden: „Stellen Sie sich 100 Doppelgängerinnen von Ihnen vor, welche dasselbe Alter, denselben Blutdruck, dasselbe Cholesterin usw. haben wie Sie. Von diesen werden in zehn Jahren drei einen Herzinfarkt oder Schlaganfall erleiden…” (**www.arriba-hausarzt.de**).

In den Vereinigten Staaten werden medizinische Präventionsmaßnahmen von der fachlich unabhängigen United States Preventive Services Task Force (USPSTF) nach evidenzbasierten Kriterien standardisiert bewertet und im jährlich aktualisierten „Guide to Clinical Preventive Services“ zusammengestellt. Die Ausgabe 2014 enthält 57 präventive Maßnahmen bei Erwachsenen, von „Screening auf Aortenaneurysma“ (Erweiterung der Hauptschlagader) bis „Vitamineinnahme zur Vorbeugung gegen Herz-Kreislauf-Krankheiten und Krebs“. Nur ein Teil der Maßnahmen wird nachdrücklich empfohlen. Von zahlreichen

Maßnahmen wird begründet abgeraten, darunter die präventive Einnahme von Vitamin E oder Beta-Karotin. Manche Präventionsmaßnahmen sind (noch) nicht ausreichend beurteilbar. Als nicht beurteilbar wird z.B. der Nettonutzen eines Screenings auf erhöhten Augeninnendruck bei symptomlosen Erwachsenen klassifiziert. Deswegen wird diese Leistung in der deutschen Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) mit Recht nicht als Präventionsmaßnahme vorgesehen. Dennoch wird sie von Augenärzten gegen private Bezahlung („IGeL") angeboten (siehe www.IGeL-Monitor.de). Wenn ein Nettonutzen nicht in Aussicht gestellt werden kann, sind präventive Leistungen jedoch weder ethisch vertretbar noch sollten sie als präferenzbasiert vermarktet werden.

Prävention in der Gesetzlichen Krankenversicherung. - Wenn medizinische Prävention nicht als Privatleistung abgerechnet werden soll, muss sie in den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung integriert werden. Die Bismarck´sche Krankenversicherung hatte keinen Präventionsauftrag: Arbeitsunfähigkeit (Lohnersatz als primäre Leistung) und Hilfe bei Krankheit konstituierten den „Leistungsfall". Das Sozialgesetzbuch V in der Fassung des Präventionsgesetzes 2015 (**Präventionsgesetz**) gibt den Versicherten einen Anspruch auf Verhütung von Krankheiten und von deren Verschlimmerung (§ 11), Schutzimpfungen (§ 20i), auf Verhütung von Zahnerkrankungen (§§ 21, 22, 22a), auf medizinische Vorsorgeleistungen (§§ 23, 24) sowie zur Erfassung gesundheitlicher Risiken und zur organisierten Früherkennung von Krankheiten (§§ 25, 25a, 26), darunter eine schriftliche Empfehlung für Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention (§ 25 Absatz 1). Für Leistungen zur Früherkennung hat der Gemeinsame Bundesausschuss eine Richtlinienkompetenz (§ 92 SGB V). Die Krankenkasse sieht in ihrer Satzung Leistungen vor „zur Verhinderung und Verminderung von Krankheitsrisiken (primäre Prävention) sowie zur Förderung des selbstbestimmten gesundheitsorientierten Handelns der Versicherten (Gesundheitsförderung)" (§ 20 SGB V). Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt dafür Handlungsfelder und Kriterien fest (§ 20 Absatz 2 SGB V). Im Übrigen gilt § 1 SGB V: „…Die Versicherten sind für ihre Gesundheit mitverantwortlich; sie sollen durch eine gesundheitsbewusste Lebensführung, durch frühzeitige Beteiligung an gesundheitlichen Vorsorgemaßnahmen sowie durch aktive Mitwirkung an Krankenbehandlung und Rehabilitation dazu beitragen, den Eintritt von Krankheit und Behinderung zu vermeiden oder ihre Folgen zu überwinden. Die Krankenkassen haben den Versicherten dabei durch Aufklärung, Beratung und Leistungen zu helfen und auf gesunde Lebensverhältnisse hinzuwirken."

Medizinische Prävention und Gesundheitsförderung. - Wenn Ärztinnen und Ärzte ihre Patientinnen und Patienten beraten, ermutigen und befähigen, geeignete präventive Maßnahmen selbst umzusetzen und zu kontrollieren, kann man von Gesundheitsförderung durch medizinische Leistungserbringer sprechen. Insbesondere präventive Maßnahmen, die nicht „verordnet" werden können, gehören dazu: die Umstellung der Ernährung, mehr körperliche Aktivität, eine Reduktion von emotionalen Belastungen im Alltag. Aber auch

eine Asthmaschulung, die einem chronisch Kranken zu einer Selbststeuerung seiner Medikation befähigt, ist ein Akt der Gesundheitsförderung. In diesem Sinn kann man auch einen Teil der Rehabilitationsmaßnahmen, die Betroffenen helfen, ein höheres Maß an Kontrolle über ihre gesundheitliche Lage zu gewinnen, als Gesundheitsförderung einstufen. Prävention, Gesundheitsförderung, kurative Medizin und Rehabilitation sind daher keine Gegensätze, sondern ergänzen und verstärken einander.

Literatur:

Cohen JT / Neumann PJ / Weinstein MC. Does preventive care save money? Health economics and the presidential candidates. N Engl J Med 2008; 358:661

Fischer GC. Schutz vor medizinischer Überversorgung. Z Allg Med 1992;72:1012-1015.

Flatten G / Berghof B / Meye MR, Prävention - Eine bewährte Strategie ärztlichen Handelns. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland. Köln, 1988

Robra BP / Swart E / Klemperer D, Überdiagnose und Übertherapie des Prostata-Karzinoms - ein unterschätztes Problem. In: Klauber J / Geraedts M / Friedrich J / Wasem J (Hrsg.) Krankenhausreport 2013. Mengendynamik: Mehr Menge, mehr Nutzen?. Stuttgart, 2013, S. 245-262, www.wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf_ggw/wido_ggw_widothemen_0113.pdf

Rose G. The strategy of preventive medicine. New York 1992

Walter U / Robra BP / Schwartz FW, Prävention, in: Schwartz FW / Walter U / Siegrist J / Kolip P / Leidl R / Dierks ML / Busse R / Schneider N (Hrsg.), Public Health: Gesundheit und Gesundheitswesen (3. Auflage). München 2012, S. 196-223

Keil U / Fitzgerald AP / Gohlke H / Wellmann J / Hense HW, Risikoabschätzung tödlicher Herz-Kreislauf-Erkrankungen: Die neuen SCORE-Deutschland-Tabellen für die Primärprävention in: Deutsches Ärzteblatt 2005;1808-1812, www.aerzteblatt.de/archiv/47409/Risikoabschaetzung-toedlicher-Herz-Kreislauf-Erkrankungen-Die-neuen-SCORE-Deutschland-Tabellen-fuer-die-Primaerpraevention?src=search

Internetadressen:

www.arriba-hausarzt.de
www.igel-monitor.de
USPSTF Guide to clinical preventive services

Verweise:

Prädiktive Medizin und individualisierte Medizin, Prävention und Krankheitsprävention, Präventionsgesetz, Präventionsparadox

Nachhaltigkeit und nachhaltige Gesundheitsförderung

Alf Trojan, **Waldemar Süß**

(letzte Aktualisierung am 01.03.2015)

Die Definition von Nachhaltigkeit hat viele Facetten. In dem wegweisenden Brundtland-Bericht von 1987 heißt es: „Nachhaltige Entwicklung ist Entwicklung, die die Bedürfnisse der Gegenwart befriedigt, ohne zu riskieren, dass künftige Generationen ihre eigenen Bedürfnisse nicht befriedigen können."

Ein anschauliches Beispiel ist die dauerhafte und nachhaltige Energieversorgung, die auf den Raubbau an den Energiereserven der Erde verzichtet und auf erneuerbare Energie setzt (Wind, Gezeiten, Sonne etc.). Nachhaltige Entwicklung ist nicht nur eine Verpflichtung gegenüber künftigen Generationen. Sie ist auch ein Entwicklungskonzept, das den durch die bisherige Wirtschafts- und Lebensweise in den Industrieländern verursachten ökologischen Problemen und den Bedürfnissen in der Dritten Welt Rechnung trägt.

Nachhaltige Entwicklung umfasst die Bereiche ökonomischer, ökologischer und sozialer Entwicklung (3-Säulen-Modell oder auch Agenda-Trias der Agenda 21). Ein „hohes Gesundheitsniveau" wird dabei als Teilziel der sozialen Entwicklung angesehen. Wir möchten hervorheben, dass Nachhaltige Entwicklung als Prozess zu verstehen ist, der durch einen gesellschaftlichen Diskurs über Ziele, Maßstäbe, Indikatoren und intersektorale Umsetzungsstrategien geprägt ist. Wie in der WHO-Strategie „Gesundheit 21" soll mit diesem Prozess die Qualität von Lebens- und Umweltbedingungen verbessert werden - für *alle*, im Sinne einer intra- und intergenerativen Gerechtigkeit.

Das aktualisierte Programm der Weltgesundheitsorganisation WHO trägt den vollständigen Titel „Gesundheit 21. Gesundheit für Alle im 21. Jahrhundert" - mit dem zusätzlichen Untertitel „Die Gesundheitspolitik für Europa". Mit dieser Überschrift stellt das Programm ausdrücklich eine inhaltliche Nähe her zum parallelen großen Weltprogramm der Nachhaltigen Entwicklung, der „Agenda 21". Die getrennten Bereiche „gesundheitsfördernde Lebensweisen" und „Umwelt" sind in einem gemeinsamen Kapitel eng zusammengefügt worden. In diesem Abschnitt mit der Überschrift „multisektorale Strategien für nachhaltige Gesundheit" wird als Grundsatzziel formuliert: „durch Förderung einer gesunden Umwelt und durch Erleichterung gesundheitsbewusster Entscheidungen, die Möglichkeiten für nachhaltige Gesundheit zu schaffen".

Der mehrfach auftauchende Begriff „nachhaltige Gesundheit“ wird allerdings nirgends erläutert, beschrieben oder gar definiert. Die Wortwahl soll offenbar vor allem assoziativ die Nähe zum Konzept „Nachhaltige Entwicklung“ herstellen. Die Agenda 21 spricht jedoch nicht von nachhaltiger Umwelt, sondern von Nachhaltiger Entwicklung (d.h. sozialer einschließlich gesundheitlicher, ökonomischer und ökologischer Entwicklung). Gleichsinnig würde man besser von *„nachhaltiger Förderung der Gesundheit“* sprechen.

Im WHO-Glossar ist bei den neuen Begriffen das Stichwort „Nachhaltige Gesundheitsförderungsaktionen“ (Sustainable Health Promotion Actions) aufgenommen worden: „Nachhaltige Gesundheitsförderungsaktionen sind solche, die ihren Nutzen für Gemeinwesen oder Bevölkerungen auch jenseits der ersten Stadien ihrer Implementation aufrecht erhalten können. Nachhaltige Aktionen können dauerhaft zur Verfügung gestellt werden innerhalb der Grenzen, die finanzielle Mittel, Wissen und Erfahrung, Infrastrukturen, natürliche Ressourcen und die Teilnahmebereitschaft der Akteure setzen.“

In der Gesundheitsförderung gibt es eine Reihe von Basiskonzepten, die das Ziel der Nachhaltigkeit einschließen: **Capacity Building/Kapazitätsentwicklung**, **Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik**, der **Settingansatz**, die **Organisationsentwicklung**. Alle diese Konzepte zielen auf dauerhafte strukturelle Veränderungen und sind damit eine Antwort auf die anfangs vielerorts vorherrschende „Projektitis“ in der Gesundheitsförderung.

Eine empirische Studie aus Australien gibt einen tieferen Einblick darin, was die entscheidenden begünstigenden Faktoren für nachhaltige Gesundheitsförderung bzw. Gesundheitsaktionen sind: Es handelt sich um eine Analyse von 18 Jahren der Erfahrung mit Gesunde-Städte-Projekten. Fragestellung war, wodurch Nachhaltigkeit für diese Gesunde-Städte-Initiativen entstanden war. Die neun Faktoren sind: ein soziales Konzept von Gesundheit, Führerschaft, Angepasstheit an die lokalen Randbedingungen, das Jonglieren mit widersprüchlichen Anforderungen, starke Unterstützung für das Engagement vonseiten der Gemeinschaft, Anerkennung als „neutrales Spielfeld“, Universitätsverbindungen und Forschungsinteresse, Internationale Verbindungen und WHO-Führerschaft sowie geglückter Übergang vom Projekt zu einem Ansatz der Gesundheitsförderung. Auch wenn diese neun Faktoren weitgehend den normativen Vorgaben der Gesunde-Städte-Projekte entsprechen, stellen sie doch eine hilfreiche, empirisch fundierte Checkliste für die Gestaltung nachhaltiger Gesundheitsförderungsaktionen dar.

Das Leitkonzept Nachhaltiger Entwicklung bestimmt spätestens seit der Konferenz der Vereinten Nationen in Rio de Janeiro 1992 den politischen, wissenschaftlichen und öffentlichen Diskurs zur Umwelt- und Entwicklungspolitik. Wichtige Vorläufer waren schon 20 Jahre vorher die Stockholm-Konferenz der Vereinten Nationen „On the Human Environment“ (UNEP) sowie weitere Konferenzen und der Report der UN-Weltkommission für Umwelt und Entwicklung „Our Common Future“ (der sogenannte Brundtland-Report von

1987). Im Vorfeld der Konferenz von Rio 1992 gab es auch mehrere Konferenzen der WHO, die ausdrücklich das Verhältnis von Umwelt und Gesundheit thematisierten (1989 in Frankfurt am Main mit dem Ergebnis der „Europäischen Charta Umwelt und Gesundheit“ und 1991 in Sundsvall „Supportive Environments for Health“, **Gesundheitsförderung 1**).

Sowohl das Programm der UN-Weltkommission als auch die Agenda 21 von Rio geben den Minimalkonsens von regierungsnahen Umweltpolitikern und -politikerinnen wieder. Die Bedeutung des Leitkonzepts Nachhaltiger Entwicklung liegt vor allem in der *Sensibilisierung von Politik und Öffentlichkeit* für die komplexen Zusammenhänge zwischen Umwelt und Entwicklung und dem Anstoßen weiterer Programme von der lokalen (Lokale Agenda 21) bis hin zur internationalen Ebene (Aktionspläne für Umwelt und Gesundheit, diskutiert auf der 3. Europäischen Ministerkonferenz 1999 in London bis hin zur 5. Konferenz 2010 in Parma). In Deutschland entstand unmittelbar vor der Konferenz 1999 der im Prinzip bereits 1994 beschlossene „Nationale Aktionsplan Umwelt und Gesundheit“ (**www.apug.de/aktuelles/**).

Zur 3. Europäischen Konferenz 1999 in London präsentierten das Bundesministerium für Gesundheit und das Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz und Reaktorsicherheit das gemeinsam entwickelte „Aktionsprogramm Umwelt und Gesundheit (APUG)“, das gegenwärtig immer noch läuft. Ein erklärtes Ziel des Aktionsprogramms ist die Förderung der Vernetzung von Umwelt- und Gesundheitsschutz im Hinblick auf eine nachhaltige Weiterentwicklung des Politikfeldes „Umwelt und Gesundheit“. Im Rahmen der Förderung von APUG-Projekten gewinnen auch die Aktivitäten auf regionaler und kommunaler Ebene zunehmend an Bedeutung.

In der Entstehung und der nur zögerlich beginnenden Umsetzung zeigte sich, wie schwierig die Zusammenführung der Arenen Umwelt und Gesundheit ist. Dies ist besonders erstaunlich, da die beiden Leitkonzepte der Gesundheitsförderung und der Nachhaltigen Entwicklung auf der internationalen und programmatischen Ebene zunehmend stärker integriert werden. Die *Bemühungen in Deutschland*, „Lokale Aktionspläne für Umwelt und Gesundheit“ aufzustellen, stehen erst am Beginn oder sind ins Stocken geraten. Es bestehen zwar in Tausenden von Kommunen und Städten bereits Beschlüsse und Umsetzungsstrategien zur Lokalen Agenda 21, doch die Lokale Agenda 21 benötigt einen erneuten Anschub. Die Zusammenarbeit von Projekten der Lokalen Agenda 21 und „Gesunden Städten“ in Deutschland gibt es bisher nur vereinzelt. Das Gesunde-Städte-Netzwerk hatte deshalb schon im Frühjahr 2001 die engere Zusammenarbeit zwischen den Projekten Nachhaltiger Entwicklung, der Gesundheitsförderung und „sozialer Stadtentwicklung“ nachdrücklich auf die Tagesordnung gesetzt (**Kommunalpolitische Perspektive**). Hervorzuheben ist hier die „Leitlinie Gesundheit“ der Stadt München, mit der die intersektorale Kooperation von Gesunde-Städte-Netzwerk, Agenda-21-Aktivitäten und die Gesundheitsförderung in

den Quartieren der sozialen Stadt gefördert werden soll. Von großer Bedeutung für die weitere Entwicklung ist das zwischen den beiden Leitkonzepten und Programmatiken vermittelnde Konzept der **Ökologischen Gesundheitsförderung**.

Die Idee einer nachhaltigen *Gesundheit*, wie es in den WHO-Dokumenten vorkommt, hat bisher keinen Eingang in den öffentlichen, wissenschaftlichen und politischen Diskurs gefunden. Das Leitbild „nachhaltige *Gesundheitsförderung*", verstanden analog zum Leitbild der „Nachhaltigen Entwicklung", ist hingegen die praktische und politische Grundlage in allen gesundheitsfördernden Settingprojekten - auch wenn der Begriff der Einfachheit halber meist auf „Gesundheitsförderung" verkürzt wird.

Zur Überprüfung, ob eine Politik dauerhaft verankert bzw. implementiert ist, können vier Kriterien angelegt werden (vgl. Abb. 1).

- Sind in allen Politikfeldern Routinen etabliert, die *Gesundheitsverträglichkeit* von Maßnahmen und Programmen prospektiv einschätzen und zu einem Maßstab des Handelns machen?
- Gibt es *dauerhafte Maßnahmen und Programme*, die auf die Senkung von Gesundheitsbedrohungen und die Steigerung von Ressourcen der Gesundheit ausgerichtet sind?
- Existieren *zukunftsfähige Strukturen* für Gesundheitsförderung im Gegensatz zu zeitlich befristeten Projekten und Maßnahmen?
- Liegen institutionalisierte Prozesse und Instrumente der Planung, Umsetzung und Qualitätssicherung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik vor, wie insbesondere kontinuierliche ***Gesundheitsberichterstattung*** und *Gesundheitsfolgenabschätzung*?

Abb. 1: Kriterien zur Überprüfung der Umsetzung nachhaltiger Gesundheitsförderung (eigene Darstellung)

Das Konzept der „nachhaltigen Gesundheitsförderung" wird in allen seinen Facetten in einem Sammelband von Göpel (2010) weiter ausgearbeitet, um es für Praxis und Politik greifbar und attraktiver zu machen.

Literatur:

Baum F et al, What makes for sustainable Healthy Cities initiatives - a review of the evidence from Noarlunga, Australia after 18 years, in: Health Promotion International 21 (4), 2006, 259-265;

Böhme C et al (Hg.), Handbuch Stadtplanung und Gesundheit, Bern 2012

Brundtland GH, Unsere gemeinsame Zukunft - Der Brundtland-Bericht der Weltkommission für Umwelt und Entwicklung, 1987;

Fehr R/Neus H/Heudorf U (Hg.), Gesundheit und Umwelt, Ökologische Prävention und Gesundheitsförderung, Bern 2005;

Fehr R, Ökologische Gesundheitsförderung, Bern 2001;

Göpel E (Hg.), Nachhaltige Gesundheitsförderung, Frankfurt am Main 2010;

Smith BJ et al, WHO Health Promotion Glossary: new terms, in: Health Promotion International 21 (4), 2006, 340-345;

Trojan A/Legewie H, Nachhaltige Gesundheit und Entwicklung, Frankfurt am Main 2001;

WHO Regional Office for Europe (ed.), European Sustainable Development and Health Series (4 Bände seit 1997). Download unter www.euro.who.int/en/health-topics/environment-and-health/urban-health/who-european-healthy-cities-network;

Wolf U et al, Infoband Agenda 21 und Gesundheit, Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld und lögd, 2000

Internetadressen:

www.agenda21-treffpunkt.de
www.apug.de (Aktionsprogramm Umwelt und Gesundheit)
www.nachhaltigkeit.at
www.nachhaltigkeit.info
www.nachhaltigkeitsrat.de (Nachhaltigkeitsrat der Bundesregierung Deutschland)

Verweise:

Capacity Building / Kapazitätsentwicklung, Gesundheitsberichterstattung, Gesundheitsförderung 1: Grundlagen, Gesundheitsförderung und Gesunde / Soziale Stadt / Kommunalpolitische Perspektive, Gesundheitspolitik, Ökologische und humanökologische Perspektive, Organisationsentwicklung als Methode der Gesundheitsförderung, Settingansatz / Lebensweltansatz

Neurowissenschaften und Gesundheitsförderung

Torsten Heinemann

(letzte Aktualisierung am 12.08.2015)

Die Neurowissenschaften beschäftigen sich mit dem Zentralnervensystem und insbesondere mit dem Gehirn. Sie werden deshalb synonym auch als *Hirnforschung* oder Gehirnforschung bezeichnet. Die Disziplin ist in den 1970er Jahren aus Bereichen der Medizin, Psychologie, Biologie, Chemie, Physik, Informatik und verwandten Wissenschaften entstanden, in denen man sich schon zuvor mit neuronalen Prozessen beschäftigte. Disziplinäre Ansätze allein waren zu diesem Zeitpunkt jedoch nicht mehr ausreichend, um das Gehirn in seiner Komplexität zu untersuchen, so dass die Neurowissenschaften als neues interdisziplinäres Forschungsfeld entstanden. Zu den Neurowissenschaften gehören:

- Neurophysiologie;
- Neuroanatomie;
- Kognitive Neurowissenschaften;
- Computational Neuroscience;
- Molekulare Neurowissenschaften/Neurobiologie;
- Neurologie;
- Neuropsychologie;
- Neuropharmakologie:

Neben diesen Kerndisziplinen gibt es weitere Bereiche, in denen neurowissenschaftliche Methoden eingesetzt werden oder neuronale Prozesse Gegenstand der Analyse sind und die deshalb ebenfalls das Präfix Neuro verwenden. Dazu zählen unter anderem Neurolinguistik, Neuroökonomie, Neuropädagogik, Neuroethik, Neurophilosophie, aber auch eher ungewöhnliche Felder wie die Neurotheologie. Für die Gesundheitsförderung sind jedoch vor allem die erstgenannten Kernfelder der Hirnforschung von entscheidender Bedeutung.

Allgemein haben die Neurowissenschaften in den vergangenen Jahrzehnten grundlegende Fortschritte bezüglich des Wissens über das Gehirn und seine Funktionsweise gemacht, die sowohl für das Behandeln von Krankheiten als auch für deren Prävention von Relevanz sind. Angestoßen durch Innovationen in der Medizintechnik konnte die Hirnforschung wichtige Erkenntnisse über neuronale Prozesse gewinnen. Vorgänge im Gehirn können

heute präziser beschrieben werden, als dies noch vor wenigen Jahren der Fall war. Das Wissen um den Aufbau und die Funktionsweise des Zentralnervensystems führt zu einem Erkenntniszuwachs, der nicht nur aus wissenschaftlicher Sicht bedeutsam ist. Er hat auch Konsequenzen für die angewandte Forschung und eröffnet neue Therapiemöglichkeiten. So ist es heute schon möglich, pathologische Veränderungen im Gehirn präziser zu diagnostizieren und zum Teil auch zu therapieren.

Zu den technischen Fortschritten gehören insbesondere neue und verbesserte Verfahren der *neuronalen Bildgebung*. Zu nennen sind hier beispielsweise die (Weiter-)Entwicklung der Magnetresonanztomographie (MRT), der Computertomographie (CT) und der Positronen-Emissions-Tomographie (PET). Die Elektroenzephalographie (EEG) und die Magnetenzephalographie (MEG), im eigentlichen Sinn keine bildgebenden Verfahren, tragen ebenfalls zu den verbesserten Analysemöglichkeiten neuronaler Prozesse bei. Die bekannteste Methode zur Bildgebung, die funktionelle Magnetresonanztomographie (fMRT), ist ein nicht-invasives Verfahren zur Darstellung von Gehirnstrukturen und -aktivitäten. Nicht-invasiv bedeutet dabei, dass Bilder vom Gehirn gemacht werden, ohne in den Körper oder das Gehirn der Probandin oder des Probanden einzudringen oder sie / ihn einer Strahlung auszusetzen.

Die technologischen Innovationen sind jedoch nicht allein auf die Bildgebung beschränkt. Auch die molekularbiologischen Analysemöglichkeiten sowie kombinierte Verfahren, bei denen mehrere Messinstrumente zum Einsatz kommen, wurden neu oder in entscheidendem Maße weiter entwickelt.

Mittels dieser neuen Methoden ist es möglich, pathologische Veränderungen im Gehirn frühzeitig zu erkennen und, soweit möglich, geeignete Behandlungsmaßnahmen zu ergreifen. So können mit einem CT Schlaganfälle, Hirnblutungen oder Tumoren diagnostiziert werden. Mittels eines MRT lassen sich ebenfalls Auffälligkeiten im Gehirn erkennen, zum Beispiel Läsionen oder auch sogenannte amyloide Plaques, die mit der Alzheimer-Demenz in Verbindung gebracht werden. Bestimmte Hirnaktivitätsmuster und strukturelle Veränderungen sowie spezifische Biomarker sollen zukünftig auch für die Diagnose psychischer Störungen genutzt werden. Aktuell ist ein Bluttest in Entwicklung, mit dessen Hilfe Depressionen früher und genauer festgestellt werden können.

So beeindruckend diese Möglichkeiten klingen und es zum Teil auch sind, gibt es doch eine ganze Reihe von *Problemen*. Erstens ist bis heute noch nicht genau bekannt, wie sich verschiedene neuronale Erkrankungen im Gehirn manifestieren. Amyloide Plaques, die sich bereits vor dem Auftreten erster Symptome der Alzheimer-Erkrankung im Gehirn zeigen, sind zwar ein Indiz für die Krankheit, aber es fehlt bis heute die Evidenz für einen eindeutigen kausalen Zusammenhang zwischen dem beobachtbaren Phänomen und der Krankheit. Bei psychischen Störungen sieht es nicht anders aus. Zwar gibt es verschiedene An-

haltspunkte dafür, welche Funktionen im Gehirn bei einer psychischen Erkrankung gestört sind, aber es gibt keine einzige Störung, die sich eindeutig auf der Basis eines Hirnbildes oder eines anderen Biomarkers diagnostizieren ließe. Dies hängt nicht zuletzt damit zusammen, dass gerade psychische Störungen in hohem Maße sozial vermittelt und konstruiert sind. Dies macht es fraglich, ob sich jemals geeignete Biomarker für diese komplexen sozio-medizinischen Phänomene finden lassen. Zweitens ist problematisch, dass selbst bei einer frühen Diagnose für viele neuronale Erkrankungen zur Zeit noch die Behandlungsmethoden fehlen. Somit stellt sich die Frage nach dem Wert und den Nebenwirkungen der Diagnose, wenn eine sinnvolle Intervention nicht möglich ist. Besonders aus einer ethischen Perspektive ist es problematisch, wenn Menschen mit einem Wissen konfrontiert werden, welches ihr Leben nachhaltig verändern wird, ohne dass entsprechende Handlungsoptionen gegeben sind (**Prädiktive Medizin und individualisierte Medizin**, **Ethik und GF**).

Analoge Erfolge aber auch Probleme zeigen sich auch in der *Neuropharmakologie*. Ab den 1950er Jahren begannen Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler, systematisch mittels Psychopharmaka in den Neurotransmitter-Haushalt des Gehirns einzugreifen. Dies ist vor allem bei Erkrankungen wie Parkinson, Alzheimer, anderen demenziellen Erkrankungen und psychischen Störungen wie Schizophrenie und Depression eine wichtige Behandlungskomponente. Möglich wurde dies durch das zunehmende Wissen um die Signalweitergabe und -verarbeitung im Gehirn und entsprechende pathologische Veränderungen bei oben genannten Erkrankungen. Eine wichtige Rolle spielen in diesem Zusammenhang im Gehirnstoffwechsel die Substanzen Serotonin, Noradrenalin und Dopamin. In den 1950er Jahren wurde eher zufällig das erste antipsychotische Medikament, Chlorpromazin, entdeckt, und man stellte fest, dass diese Substanz schizophrene Symptome lindert. Mit der intensiven Erforschung der Parkinson-Krankheit in den 1960er Jahren konnte im Detail gezeigt werden, dass es einen Zusammenhang zwischen Dopamin und den Krankheiten Parkinson und Schizophrenie gibt. Es wurde nachgewiesen, dass im Gehirn von schizophrenen Patienten eine zu hohe Konzentration des Transmitters Dopamin vorhanden ist, während dieser Stoff bei Parkinson-Patienten in zu geringer Menge vorkommt. Dies führte zu intensiven Forschungsarbeiten in diesem Bereich und zur Entdeckung weiterer für psychische Erkrankungen wichtiger Transmittersysteme. Zwar gibt es bis heute keine Medikamente, die insbesondere neurodegenerative Erkrankungen heilen könnten, doch zumindest lassen sich diese Prozesse verlangsamen, und die Lebensqualität kann für einen längeren Zeitraum aufrechterhalten werden. Die Bedeutung der Neurowissenschaften liegt also bisher vor allem darin, dass bei neuronalen Erkrankungen gesundheitsbeeinträchtigende Erscheinungen und Auswirkungen früh erkannt, therapiert und gelindert werden können, dass also „sekundäre“ und „tertiäre“ Prävention bzw. Gesundheitsförderung bei Menschen mit chronischen Erkrankungen besser möglich wird (**Prävention und Krankheitsprävention**, **Medizinische Prävention**).

Ähnlich wie die diagnostischen Verfahren steht die Neuropharmakologie aber noch vor großen Herausforderungen. Bis heute basiert trotz aller Fortschritte in diesem Bereich sowohl die Forschung als auch die richtige Einstellung von Patientinnen und Patienten mit entsprechenden Medikamenten zu einem bedeutenden Anteil auf dem Prinzip von Versuch und Irrtum. Aktuell gibt es eine Reihe von Antidepressiva, die auf unterschiedliche Weise in den Neurotransmitter-Haushalt eingreifen. Ob und wie genau eines dieser Medikamente jedoch bei einer Patientin oder einem Patienten in einer spezifischen Dosierung anschlägt, muss in der praktischen Anwendung ausprobiert werden. Trotz des besseren Verständnisses des Neurotransmitter-Haushalts und der nachgewiesenen Wirkung von Selektiven Serotonin Wiederaufnahmehemmern (SSRIs) zur Behandlung von Depressionen gibt es zudem bis heute keine wissenschaftliche Studie, die einen kausalen Zusammenhang zwischen dem Medikament und seiner Wirkung auf neuronaler Ebene nachweisen kann. Dies liegt nicht zuletzt daran, dass das zu behandelnde Phänomen nicht allein neurobiologisch definiert werden kann, sondern soziale Faktoren eine ganz entscheidende Rolle spielen.

Bei manchen psychischen Störungen, insbesondere der Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) aber auch bei anderen psychischen Problemen wie Depressionen, übermäßiger Aggression, Angst- oder auch Schlafstörungen, ist es dank der Erkenntnisse der Neurowissenschaften nicht immer notwendig, direkt Medikamente zu verabreichen. Vielmehr kann in Kombination mit anderen Behandlungsformen *Neuro-Feedback* eingesetzt werden, um Menschen mit diesen Symptomen zu helfen. Hierbei handelt es sich um eine Methode, bei der die Hirnaktivität einer Person in Echtzeit für diese sichtbar gemacht wird. Meist wird hierzu die Elektroenzephalographie (EEG) benutzt. Den Patientinnen und Patienten werden Techniken beigebracht, wie sie ihre Gehirnaktivität bewusst steuern und eine stärkere Kontrolle über ihre kognitiven Funktionen erlangen können (**Patientenberatung / Patientenedukation**).

Weitere für die tertiäre Prävention relevante Bereiche sind die *Neuroprothetik* und *Gehirn-Computer-Schnittstellen*. Hier besteht eine enge Verbindung zum Neuro-Feedback. In der Neuroprothetik werden Prothesen für Menschen mit körperlichen Einschränkungen entwickelt, die diese mittels ihrer Gedanken steuern. Über Neurofeedback lernen Patientinnen und Patienten, ihre Gedanken gezielt einzusetzen, um mit einer Prothese ganz unterschiedliche Operationen auszuführen, wobei die Kommunikation zwischen Gehirn und Maschine oder Prothese über eine Schnittstelle, ein sogenanntes Interface gewährleistet wird. Es ist dabei zwischen invasiven und nicht-invasiven Schnittstellen zu unterscheiden. Zu den nicht-invasiven Verfahren gehört die Messung der Gehirnaktivität mittels EEG, während im Rahmen invasiver Verfahren die Aktivität nicht nur ausgelesen, sondern das Gehirn auch stimuliert werden kann, um beispielsweise bei bestimmten Formen der Blindheit das Sehvermögen teilweise wiederherzustellen. Während sich einige Verfahren

noch in der Entwicklung befinden, sind andere heute bereits fest in der Rehabilitation etabliert und helfen somit, die Lebensqualität von Menschen mit Einschränkungen substantiell zu verbessern.

Die Neurowissenschaften haben jedoch nicht nur den Anspruch, neuronale Krankheiten zu erklären, zu lindern und zu heilen, sondern auch menschliche Entwicklungsprozesse zu beschreiben und damit auch allgemein zur primären Prävention beizutragen. Für die Wissensvermittlung spielen neuronale Entwicklungsprozesse vom Kindes- bis ins hohe Erwachsenenalter eine wichtige Rolle. Die Neurowissenschaften konnten empirisch zeigen, wie sich das Gehirn über die gesamte Lebensspanne entwickelt und es in jedem Alter möglich ist, neue Kompetenzen zu erlernen und diese im Gedächtnis zu behalten. Auch ist das Gehirn in der Lage, Fehlfunktionen in einem Bereich, die beispielsweise durch einen Unfall auftreten, auszugleichen. Bestimmte Gehirnregionen können dann Aufgaben übernehmen, die vormals von den geschädigten Arealen ausgeführt wurden. Diese Eigenschaft des Gehirns wird auch als neuronale Plastizität bezeichnet. Die *Neuropädagogik* versucht diese Erkenntnisse zu nutzen und Bildung sowie Rehabilitation zu verbessern und zu fördern. Es ist unstrittig, dass beispielsweise frühkindliches Lernen durch optimale Bedingungen und Faktoren, die unter anderem auch von der Hirnforschung herausgearbeitet wurden, entscheidend verbessert werden und damit langfristig Gesundheit gefördert werden kann. Allerdings ist anzumerken, dass viele dieser Erkenntnisse nicht im eigentlichen Sinn neurowissenschaftlich sind. Vielmehr beruhen sie auf klassisch psychologischer Forschung und sind häufig seit vielen Jahrzehnten bekannt. Das Verdienst der Neurowissenschaften ist es, diese (lern-)psychologischen Theorien auch neurophysiologisch zu bestätigen. Sie tragen somit dazu bei, dass diese Erkenntnisse von einer breiteren Öffentlichkeit anerkannt werden und sich verbreiten.

Die Neurowissenschaften tragen jedoch nicht nur zur tertiären Prävention und Gesundheitsförderung bei, sondern stellen das Konzept von Gesundheit und dem, was als „normal“ angesehen wird, grundlegend in Frage. Besonders deutlich wird dies mit Blick auf das sogenannte *Cognitive Enhancement*. Unter Cognitive Enhancement, auch als Neuro-Enhancement oder Gehirndoping bezeichnet, wird der Gebrauch von Psychopharmaka zur Leistungssteigerung bei gesunden Menschen verstanden. Durch die Entwicklung von modernen, psychoaktiven Wirkstoffen auf der Basis neurowissenschaftlicher Erkenntnisse scheint es möglich, nicht nur Krankheiten wie Depressionen oder Alzheimer zu behandeln, sondern die Leistungsfähigkeit und das psychische Befinden des Menschen über das normale Maß hinaus zu steigern. Diese Diskussion berührt auch die Gesundheitsförderung: Darf die medikamentöse Steigerung von Leistung und Wohlbefinden noch als bestmögliche Nutzung von Gesundheitspotentialen gelten?
Nehmen beispielsweise gesunde Menschen Medikamente zur Behandlung von ADHS ein, hat dies, analog zu hohen Dosen Koffein einen stimulierenden Effekt. Die körperliche Be-

lastbarkeit nimmt zu, und es stellt sich nicht so schnell ein Gefühl der Müdigkeit ein. Maßnahmen, die kognitive Leistungsfähigkeit und das psychische Wohlbefinden über das natürliche Maß hinaus zu erhöhen, werden von prominenten Vertreterinnen und Vertretern der Neurowissenschaften propagiert und mit wissenschaftlicher Forschung gefördert. So waren auch Neurowissenschaftler an der Gründung von Firmen zur Entwicklung solcher Medikamente beteiligt. Die Neurowissenschaften versprechen damit in absehbarer Zukunft nicht weniger als ein glücklicheres Leben bei gleichzeitig gesteigerter Leistungsfähigkeit und Gesundheit, - und das vorgeblich nebenwirkungsfrei.

Tatsächlich sieht die Realität jedoch anders aus. Bei den diskutierten Medikamenten ist in wissenschaftlichen Studien nur in ganz bestimmten Kontexten eine Leistungssteigerung feststellbar. Nehmen gesunde Menschen Mittel zur Behandlung von ADHS, so hat dies bestenfalls eine aufputschende Wirkung analog zum Konsum eines koffeinhaltigen Getränks. Dieser leistungssteigernde Effekt stellt sich aber nur ein, wenn die betreffende Person müde und weniger konzentrationsfähig ist. Das normale Maß der kognitiven Leistungsfähigkeit einer ausgeschlafenen Person wird damit jedoch nicht erreicht. Nehmen ausgeschlafene Probandinnen und Probanden diese Mittel, nimmt ihre Arbeitsfähigkeit sogar ab. Auch bei anderen Psychopharmaka kann keine nachhaltige, positive Wirkung nachgewiesen werden. Hinzu kommt, dass die genannten Medikamente nicht frei von Nebenwirkungen sind. Es ist auch nicht davon auszugehen, dass in absehbarer Zeit nebenwirkungsfeie Mittel entwickelt werden. Insofern ist in der aktuellen Diskussion und Beratung von potentiellen Konsumentinnen und Konsumenten zu beachten, dass die mit dem Konsum von leistungssteigernden Mitteln verbundenen Gesundheitsrisiken nicht ignoriert und verharmlost werden.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Neurowissenschaften in den vergangenen Jahrzehnten bahnbrechende Erkenntnisse gewinnen konnten, beispielweise zum Verständnis der Verarbeitung und Integration verschiedener Sinnesreize oder emotionaler und sozialer Informationen. Es gibt heute deshalb verbesserte Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten für neuronale, insbesondere neurodegenerative Erkrankungen und psychische Störungen. Von diesen für die Gesundheitsförderung und Behandlung von Krankheiten vielfältig relevanten Errungenschaften wurden einige exemplarisch präsentiert und diskutiert. Ein Großteil des Wissenszuwachses bezieht sich bislang jedoch auf das Verständnis und die Funktionsweise des Gehirns und nicht auf praktische Interventionen. Von einem vollständigen Verständnis des Zentralnervensystems sind die Neurowissenschaften noch weit entfernt. Gleichwohl wird der Disziplin in verschiedenen gesellschaftlichen Bereichen, darunter der Gesundheitsvorsorge und im Bildungssektor, ein großes Potential zugeschrieben. Um dieses ausschöpfen zu können und die Evidenz neurowissenschaftlicher Erkenntnisse und Interventionen zu erhöhen, wird Hirnforschung aktuell umfangreich gefördert. Die Europäische Union unterstützt deshalb das sogenannte Human

Brain Project mit über 1 Milliarde Euro. Die Obama-Administration in den USA hat ihrerseits die BRAIN Initiative (Brain Research Through Advancing Innovative Neurotechnologies) ausgerufen und fördert neurowissenschaftliche Forschung seit 2014 für 12 Jahre mit bis zu 4,5 Milliarden US-Dollar. Ziel dieser beiden Großprojekte ist es, das Zentralnervensystem und seine Funktionsweise bis 2025 vollständig zu verstehen. Fraglich ist allerdings, ob sich die mit diesen Initiativen verbundenen Hoffnungen realisieren lassen. Schon in der sogenannten Dekade des Gehirns von 1990 bis 1999 blieben die Neurowissenschaften weit hinter den von ihnen selbst gesteckten Zielen zurück. Damals lautete eine der Versprechungen, für alle psychischen Störungen einen eindeutigen Biomarker zu finden, mit dem sich diese Krankheiten diagnostizieren lassen. Tatsächlich gibt es aber selbst im Jahr 2015 keine einzige psychische Störung, für die es einen solchen Biomarker gibt. Es ist also eine gewisse Skepsis gegenüber derartiger Versprechungen angebracht.

Ein Versuch, die offenkundigen Schwachstellen neurowissenschaftlicher Forschung, insbesondere die Diskrepanz zwischen Anspruch und Wirklichkeit, zu adressieren, ist das *Memorandum „Reflexive Neurowissenschaft“*. Hier fordern einige Neurowissenschaftler eine noch stärkere Interdisziplinarität, die vor allem auch die Geisteswissenschaften einbezieht, sollen die Ergebnisse der Hirnforschung kritisch und damit adäquater interpretiert und in ihrem gesellschaftlichen Kontext verortet werden. So begrüßenswert und wichtig diese Initiative auch ist, hat sie jedoch bisher innerhalb der Neurowissenschaften nur wenig Beachtung gefunden. Im Forschungsalltag und der Forschungspraxis finden sich bisher keine Anhaltspunkte, dass sich eine reflexive und damit kritischere Haltung gegenüber den eigenen Ergebnissen etabliert. Zwar wurde beispielsweise das Human Brain Project von prominenten Neurowissenschaftlern kritisch kommentiert. Diese Kritik bezieht sich jedoch vor allem auf das Management sowie die inhaltliche Ausrichtung des Projekts. Auf der Ebene von Forschungsdesigns und Ergebnisinterpretationen bleibt die reflexive Neurowissenschaft bisher folgenlos.

Anders als es in manchen Verlautbarungen der Hirnforschung und auch der Medienberichterstattung über die Disziplin den Eindruck macht, sind die von ihnen ausgehenden Impulse für eine nachhaltige Gesundheitsförderung (im Sinne der Stärkung von Ressourcen) oder gar Primärprävention deshalb bisher begrenzt. Es wird noch Jahrzehnte dauern, bis die Disziplin die sich abzeichnenden Potentiale entfalten kann. Einige der Ansprüche und Ziele lassen sich unter Umständen auch gar nicht realisieren.

Literatur:

Damasio, A, Selbst ist der Mensch. Körper, Geist und die Entstehung des menschlichen Bewusstseins, München, 2013.

Frazzetto, G, Der Gefühlscode. Die Entschlüsselung unserer Emotionen, München, 2013. Hagner, M, Der Geist bei der Arbeit. Historische Untersuchungen zur Hirnforschung, Göttingen, 2006.

Heinemann, T, Populäre Wissenschaft. Hirnforschung zwischen Labor und Talkshow, Göttingen, 2012.

Hasler, F, Neuromythologie: Eine Streitschrift gegen die Deutungsmacht der Hirnforschung, Bielefeld, 2012.

Kandel, E / Schwartz J / Jessell, T (Hg.), Neurowissenschaften. Eine Einführung, Heidelberg, 2012.

Tretter, F et al, Memorandum „Reflexive Neurowissenschaft" In Psychologie Heute, 2014, URL: https://www.psychologie-heute.de/home/lesenswert/memorandum-reflexive-neurowissenschaft/.

Internetadressen:

www.humanbrainproject.eu/
www.whitehouse.gov/brain

Verweise:

Ethik in der Gesundheitsförderung und Prävention, Medizinische Prävention, Patientenberatung / Patientenedukation, Prädiktive Medizin und individualisierte Medizin, Prävention und Krankheitsprävention

Öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD) und Gesundheitsförderung

Veronika Reisig, Joseph Kuhn

(letzte Aktualisierung am 04.04.2016)

Begrifflichkeit ÖGD. -

Der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) umfasst Einrichtungen der Gesundheitsverwaltung auf Bundes-, Länder- und kommunaler Ebene. Auf Bundesebene gehören z.B. das Bundesgesundheitsministerium, Bundesbehörden wie die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, das Robert Koch Institut (Infektionsschutz, Epidemiologie, Gesundheitsberichterstattung) oder das Paul Ehrlich Institut (Impfstoffe) zum ÖGD. Auf Länderebene sind dies die Ländergesundheitsministerien und Landesämter bzw. Landesinstitute für Gesundheit und auf der kommunalen Ebene die Gesundheitsämter. Darüber hinaus gibt es weitere Behörden, die gesundheitsbezogene Aufgaben wahrnehmen, aber gemeinhin nicht unter den Begriff „Öffentlicher Gesundheitsdienst" subsummiert werden, z.B. Lebensmittelüberwachungsbehörden oder Arbeitsschutzbehörden.

Der ÖGD nimmt ein breites Aufgabenspektrum mit dem Ziel des Erhalts und der Verbesserung der Bevölkerungsgesundheit wahr (**Gesundheitsschutz**), darunter auch Aufgaben der Gesundheitsförderung. Das Augenmerk der folgenden Ausführungen liegt auf der kommunalen Ebene des ÖGD, den Gesundheitsämtern. Die Aufgaben anderer staatlicher Akteure in der Gesundheitsförderung werden unter den Stichpunkten **Gesundheitsförderung 5: Deutschland** und **Gesundheitsförderung und Gesunde / Soziale Stadt / Kommunalpolitische Perspektive** dargestellt.

Insgesamt gibt es etwas mehr als 400 Gesundheitsämter in Deutschland in sehr unterschiedlichen Größenordnungen, von sehr kleinen Ämtern mit weniger als zwanzig Mitarbeitern in ländlichen Bereichen bis hin zu sehr großen mit weit mehr als hundert Beschäftigten in urbanen Regionen. Gesundheitsämter sind multiprofessionell besetzt, darunter u.a. Ärzte/innen, Sozialarbeiter/innen, sozialmedizinische Assistenten/innen und Hygienekontrolleure/innen. In den meisten Bundesländern sind die Gesundheitsämter kommunalisiert, d.h. sie sind fachlich und personell vollständig in die Landratsämter eingegliedert. Ausnahmen bilden Bayern mit staatlichen Gesundheitsämtern, die nur verwaltungsorganisatorisch den Landratsämtern zugeordnet sind, und Baden-Württemberg, wo Amtsärzte als Landesbeamte in einem ansonsten kommunalen Gesundheitsamt arbeiten. In den letzten Jahren wurde eine Reihe von Gesundheitsämtern umbenannt, so dass eine Vielzahl

von Bezeichnungen anzutreffen ist, u.a. „Fachdienst Gesundheit“, „Abteilung/Sachgebiet Gesundheitswesen“ (z.B. in Landratsämtern) oder „untere Gesundheitsbehörde“. Der Aufgabenkanon des ÖGD ist in einem komplexen Geflecht aus bundes- und landesrechtlichen Bestimmungen geregelt, u.a. in den Gesundheitsdienstgesetzen der einzelnen Bundesländer. In allen Bundesländern zählt neben dem Gesundheitsschutz explizit auch die Gesundheitsförderung und als fachlich benachbarter Bereich die **Gesundheitsberichterstattung** zu den Aufgaben des ÖGD. Allerdings unterscheiden sich die diesbezüglichen Formulierungen und Ausgestaltungsvorgaben in den einzelnen Landesgesundheitsdienstgesetzen voneinander.

Die *Aufgaben der Gesundheitsämter in Bezug auf Gesundheitsschutz / Prävention und Gesundheitsförderung* sind sehr vielfältig. Sie umfassen unter anderem:

- Infektionsschutz (z.B. Meldewesen, Ausbruchsuntersuchungen),
- Hygiene (z.B. Trinkwasser- oder Krankenhaushygiene),
- Umweltmedizin (z.B. Altlasten),
- Schuleingangs- und andere Reihenuntersuchungen,
- Impfangebote,
- Beratungs- und Unterstützungsangebote (z.B. zur Kindergesundheit, Suchtberatung, Behindertenberatung, psychische Gesundheit, HIV/Aids, Auslandsreiseimpfungen),
- Durchführung bzw. Koordination von Projekten und Aktionen auf lokaler Ebene (z.B. Schulprojekte, Gesundheitstage),
- Netzwerkarbeit in größeren Zusammenhängen (z.B. Netzwerke der Suchtprävention oder psychischen Gesundheit, Gesundheitskonferenzen).

Dabei stehen sich traditionelle „behördliche“ Interventionsformen und der Ansatz der Gesundheitsförderung oft unvermittelt gegenüber. Den Gesundheitsämtern wird somit im präventiven Bereich Arbeit in „doppelter Kompetenz“ auf mehreren Ebenen abgefordert:

- erstens hinsichtlich einer pathogenetischen wie auch salutogenetischen Sichtweise (**salutogenetische Perspektive**),
- zweitens hinsichtlich hoheitlicher Kontroll- und Überwachungsaufgaben wie auch einer partnerschaftlichen und partizipativen Arbeitsweise mit dem Ziel der Unterstützung, Befähigung (**Empowerment / Befähigung**) und Ressourcenstärkung der Bürger/innen
- und drittens hinsichtlich einem Mix der Steuerungsmethoden zwischen hoheitlichem „Government“ und beteiligender „Governance“, d.h. moderierenden Vorgehensweisen.

Kommunale Gesundheitsförderung: das Potenzial des ÖGD.-

Gesundheit entsteht im alltäglichen Leben und viele der Rahmenbedingungen für Gesundheit werden vor Ort, auf der kommunalen Ebene, gestaltet bzw. zumindest mitgestaltet, z.B. bei der Stadtentwicklung oder Verkehrsplanung, der Vorhaltung örtlicher Angebote für Kinderbetreuung, Bildung, Sport- und Freizeitmöglichkeiten, dem lokalen Umweltschutz oder der kommunalen Wirtschaftsförderung. Kommunen sind zentrale Akteure auf dem Schauplatz der Gesundheitsförderung. Unter den kommunalen Akteuren haben vor allem die Gesundheitsämter den ausdrücklichen Auftrag zum Erhalt und Förderung der Gesundheit der Menschen vor Ort.

Sie sind dazu - zumindest grundsätzlich - in besonderer Weise als „kommunaler Anwalt für Gesundheit“ prädisponiert:

- Gesundheitsämter zeichnen sich aus durch ihr gesundheitsbezogenes Kompetenzprofil, Multiprofessionalität und Interdisziplinarität der Mitarbeiter, öffentliche Präsenz und Bürgernähe.
- Sie besitzen den Zugang zu und die Kompetenz zur anwendungsorientierten Aufbereitung der Gesundheitsdaten der Bevölkerung vor Ort.
- Sie sind in die Strukturen vor Ort mit einer Art „Drehscheibenfunktion“ für viele kommunale Dienste eingebunden und pflegen vielfache Arbeitsbeziehungen zu anderen kommunalen Behörden wie dem Schul-, Sozial- oder Jugendamt.
- Sie verfügen über Zugangsmöglichkeiten zu den verschiedenen, auch vulnerablen, Zielgruppen und Lebenswelten vor Ort (vor allem Kindertagestätten, Schulen, Senioren- und Pflegeheime, Wohnbezirken, Stadt- oder Gemeindeteilen).
- Sie nehmen eine interessenneutrale, gemeinwohlorientierte und sozialkompensatorische Stellung ein.
- Angefangen von Bedarfserhebungen bzw. einer Gemeindediagnose auf der Basis einer aussagekräftigen Gesundheitsberichterstattung, über die Sichtung und Interpretation gesundheitswissenschaftlicher Evidenz bis hin zur partnerschaftlichen Planung, Umsetzung und Evaluation (siehe auch **Public Health Action Cycle**) kann der kommunale ÖGD grundsätzlich eine zentrale Rolle bei Gesundheitsförderungsprojekten und -prozessen einnehmen. Dabei kann das gesundheitsförderliche Engagement des ÖGD aufgrund der vielfältigen und komplexen Einflussfaktoren auf Gesundheit (**Determinanten von Gesundheit**) nicht im Alleingang erfolgen, sondern es braucht kommunale Partner zum Beispiel im Jugend-, Bildungs-, Stadtentwicklungs- oder Gesundheitsversorgungsbereich. Im Sinne von integrierten kommunalen Strategien, die eine sektorenübergreifende Bündelung und Abstimmung von Ressourcen und Angeboten für alle Lebensphasen bezwecken, kann der ÖGD mit seinen kommunalen Partnern die ganze Bandbreite

gesundheitsrelevanter Handlungsfelder im Auge haben. In Ansätzen wie den **Frühen Hilfen**, Gesundheitsförderungs-und Präventionsketten oder den „Kommunalen Gesundheitslandschaften“ wird versucht, dies konzeptionell zu systematisieren.

Der ÖGD kann hierbei vielfältige Rollen einnehmen: von der Impulsgebung bzw. Initiierung über die Vernetzung und Moderation bis hin zur Koordination und ggf. Steuerungsfunktion auf der kommunalen Ebene. Konzeptionelle und wissenschaftliche Unterstützung können Gesundheitsämter dabei durch überregionale Kompetenzträger wie z.B. die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) oder die Landesgesundheitsämter erhalten. Kommunale Gesundheitskonferenzen, wie sie z.B. in Nordrhein-Westfalen gesetzlich verankert sind, in Baden-Württemberg im Rahmen der Landesgesundheitsstrategie oder in Bayern auf Modellprojektbasis umgesetzt werden, bieten kooperative Strukturen zur Gesundheitsförderung. Unter Moderation, Koordination und Begleitung durch den ÖGD können die Analyse der gesundheitlichen Situation vor Ort, die Festlegung regionaler Gesundheitsziele sowie die Vernetzung, Bündelung bzw. bedarfsgerechte Entwicklung von Ressourcen und Angeboten erfolgen. Strukturelle Andockstellen für das gesundheitsförderliche Engagement des ÖGD bieten des Weiteren das Gesunde Städte-Netzwerk der WHO, dem deutschlandweit über 70 Städte und Kommunen angehören, oder das Bund-Länder-Programm Soziale Stadt, das integrierte Ansätze zur Entwicklung benachteiligter Stadtteile unterstützt (**Gesundheitsförderung und Gesunde / Soziale Stadt / Kommunalpolitische Perspektive**). Der kommunale Partnerprozess „Gesund Aufwachsen für alle!“, eine von der BZgA zusammen mit den kommunalen Spitzenverbänden und dem Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit ins Leben gerufene Plattform, stellt einen weiteren wichtigen Rahmen für die Integration des ÖGD in den Aufbau kommunaler Gesundheitsförderungs- und Präventionsnetzwerke dar.

Kommunale Gesundheitsförderung: die Realität des ÖGD.-

Zu den veröffentlichten Beispielen gelungener Umsetzung kommunaler Gesundheitsförderung unter Beteiligung des lokalen ÖGD zählt z.B. „Lenzgesund“, ein Präventionsprogramm für das sozial benachteiligte Quartier „Lenzsiedlung“ in Hamburg- Eimsbüttel, das durch das Gesundheitsamt gemeinsam mit anderen Partnern vor Ort entwickelt und umgesetzt wurde. Weitere Beispiele lassen sich u.a. in den Projektdatenbanken bzw. Internetportalen bundesweiter Initiativen finden wie z.B. die „Kommunale Koordinierungsstelle Migration und Gesundheit“ des Amts für Gesundheit Frankfurt a.M., das „Netzwerk Suchtprävention“ des Gesundheitsamts Erlangen-Höchstadt auf den Webseiten des Kooperationsverbunds Gesundheitliche Chancengleichheit. Beachtenswert sind auch die ÖGD-initiierten Präventionsketten in Kassel und Münster, die u.a. auf dem Internetportal zum Partnerprozess „Gesund Aufwachsen für alle!“ beschrieben sind.

Trotz dieser gelungenen Modelle und der Beobachtung, dass in zahlreichen großen, städtischen Gesundheitsämtern Gesundheitsförderung als Aufgabe etabliert werden konnte, wird der ÖGD in der Breite seinem Potenzial als Träger der Gesundheitsförderung im kommunalen Kontext nicht gerecht. Der von der Kommunalen Gemeinschaftsstelle für Verwaltungsmanagement bereits Ende der 1990er Jahre nicht zuletzt auch mit Blick auf die Gesundheitsförderung formulierte Paradigmenwechsel im ÖGD weg von der Einzelfallarbeit hin zur sozialraumorientierten Arbeit ist bisher abgesehen von einigen Ausnahmen ausgeblieben. Auch der Deutsche Landkreistag markiert in seiner aktuellen Stellungnahme zur Weiterentwicklung des ÖGD Nachholbedarf und sieht Gesundheitsförderung und Prävention sogar als eine der „Hauptaufgaben des ÖGD". Die Gründe für dieses Entwicklungsdefizit sind vielfältig. Sie reichen vom Funktionsverlust des ÖGD in der Nachkriegszeit und der Dominanz individualmedizinischen Denkens im bundesrepublikanischen Gesundheitswesen über professionelle Traditionen im ÖGD bis hin zur allgemeinen Kürzung der öffentlichen Stellenhaushalte - alles Faktoren, die die Entwicklungspotentiale im ÖGD stark einschränken. Konzeptionelle Perspektiven könnten zudem leichter erschlossen werden, wenn der ÖGD als Forschungsfeld in den Gesundheitswissenschaften präsenter wäre. Statt einer wissenschaftlich fundierten, in die Public Health-Landschaft integrierten Weiterentwicklung des ÖGD kommt es gegenwärtig vielfach zu einer Verfestigung herkömmlicher Handlungsorientierungen und einer Konzentration auf die hoheitlichen Aufgaben im ÖGD. Diese Aufgaben sind zudem häufig gesetzlich konkret vorgegeben und daher auch noch mit Personal abgesichert. Dem stehen keine ähnlich verbindlichen Gestaltungsaufgaben in der Gesundheitsförderung gegenüber.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass der ÖGD vor Ort in vielerlei Hinsicht für die Rolle als zentraler Akteur kommunaler Gesundheitsförderung ideal geeignet ist. Er wird diesem Potenzial jedoch vor dem Hintergrund seiner geschichtlich verorteten, rechtlichen und personellen Rahmenbedingungen sowie seiner Organisationskultur und seinem Selbstverständnis derzeit vielerorts nicht gerecht. Dennoch stellen die Gesundheitsförderung bzw. - weiter gefasst - moderne (New) Public Health-Ansätze eine konzeptionelle Leitvision und profilbildende Aufgabenkonstellation für den ÖGD dar. Wichtige Meilensteine auf dem Weg dorthin sind die Schaffung entsprechender rechtlicher Rahmenbedingungen, nicht zuletzt durch das 2015 verabschiedete Präventionsgesetz, auch wenn die kommunalen Gestaltungsmöglichkeiten begrenzt erscheinen, eine Ressourcenverteilung im Gesundheitswesen, die dem ÖGD als vielzitierter „dritter Säule" neben der ambulanten und stationären Gesundheitsversorgung etwas gerechter wird, ein Ausbau bevölkerungsmedizinischer Kompetenzen im ÖGD, die Annäherung des ÖGD an Public Health in Wissenschaft und Praxis sowie die Entwicklung eines entsprechenden Leitbilds für den ÖGD, wie dies die Länder aktuell vorbereiten.

Literatur:

Deutscher Landkreistag, Weiterentwicklung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes. Beschluss des Präsidiums des Deutschen Landkreistages vom 9./10.04.2013 (http://www.landkreistag.de/ images/stories/themen/MedVersorgung/ Papier_Weiterentwicklung_des_GD.pdf;

Kilian H, Block P, Gerullis M, Lehmann F, Der ÖGD als koordinierender Akteur? Prävention 36 (4) 2013, 116-119

Kommunale Gemeinschaftsstelle für Verwaltungsmanagement (KGSt), Ziele, Leistungen und Steuerung des kommunalen Gesundheitsdienstes. KGSt-Bericht 11/1998. Köln: 7-8

Kommunale Spitzenverbände, GKV. Empfehlung der kommunalen Spitzenverbände und der gesetzlichen Krankenversicherung zur Zusammenarbeit im Bereich Primärprävention und Gesundheitsförderung in der Kommune. Berlin, 2013 http://www.staedtetag.de/imperia/md/ content/dst/internet/fachinformationen/2013/ rahmenempfehlung_praevention_2013.pdf;

Luthe W (Hg.), Kommunale Gesundheitslandschaften. Berlin, Heidelberg, New York, 2013

Kuhn J, Wildner M, Zapf A, Der Öffentliche Gesundheitsdienst: Standortbestimmung mit hoffnungsvollem Ausblick. Deutsches Ärzteblatt 109(9) 2012, A 413-416

Schmacke N, Gesundheitsförderung in der Kommune als Aufgabe des ÖGD. Prävention 36 (4) 2013, 124-126

Internetadressen:

www.gesunde-staedte-netzwerk.de

www.gesundheitliche-chancengleichheit.de (Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit)

www.inforo-online.de (Internetportal kommunaler Partnerprozess „Gesund Aufwachsen für alle!“)

Verweise:

Akteure, Angebote und Strukturen, Determinanten von Gesundheit, Empowerment/Befähigung, Frühe Hilfen, Gesundheitsberichterstattung, Gesundheitsförderung 5: Deutschland, Gesundheitsförderung und Gesunde / Soziale Stadt / Kommunalpolitische Perspektive, Gesundheitsschutz, Public Health Action Cycle / Gesundheitspolitischer Aktionszyklus, Salutogenetische Perspektive

Ökologische und humanökologische Perspektive

Rainer Fehr

(letzte Aktualisierung am 13.03.2015)

Humanökologische Ansätze versuchen, die physischen, sozialen, kulturellen und politischen Aspekte der Beziehung zwischen Mensch und (Um-)Welt konsistent in ihre Analysen einzubeziehen. In entsprechender Weise lässt sich auch das Thema „Gesundheit und Krankheit" angehen. Die (human-)ökologische Perspektive sieht sowohl das weite Spektrum gesundheitsbestimmender Faktoren wie auch die vielfältigen Folgewirkungen von Gesundheit und Krankheit und versucht, dem komplexen und fragilen Verhältnis zwischen Mensch und (Um-)Welt gerecht zu werden.

Ein solcher umfassender Blick auf Gesundheit und Krankheit ist nicht neu; die Wurzeln reichen zurück bis in die Antike und leben - wenngleich deutlich verschmälert - u.a. als Hygienethemen weiter. Unter Überschriften wie „Ökologie und Gesundheit", „(Human-)Ökologische Medizin", „Ökologische Prävention und Gesundheitsförderung" oder „Humanökologie und Gesundheitsförderung" entstanden im Laufe der Zeit Theorieelemente und Praxiskonzepte, die - in Ergänzung zu anderen Perspektiven - das Thema Gesundheit einschließlich Medizin, Gesundheitsförderung und Gesundheitspolitik strukturieren und in größere Zusammenhänge einbetten.

Ökologische Perspektive: Umwelt und Gesundheit

Die Ottawa-Charta (1986) spricht ausdrücklich von der Rolle der Umwelt für Gesundheit, von der Bewahrung der natürlichen Umwelt und von der Verantwortung für anthropogene Umweltveränderungen. Drei Jahre später startete eine Serie europäischer Ministerkonferenzen, die sich des Themas „Umwelt und Gesundheit" im Detail annahmen. Die erste dieser Konferenzen in Frankfurt 1989 verabschiedete die Charta „Umwelt und Gesundheit" mit Aussagen über Ansprüche und Verantwortung gegenüber der Umwelt sowie Strategien und Prioritäten einer langfristigen gesundheitlichen Umweltpolitik. In Helsinki 1994 wurde der „Aktionsplan Umwelt und Gesundheit für Europa" als Basis nationaler Aktionspläne für Umwelt und Gesundheit (National Environmental Health Action Plans, NEHAPs) beschlossen. Auf der dritten Konferenz in London 1999 wurde ein rechtsverbindliches Abkommen über Wasser und Gesundheit geschlossen und eine Charta „Verkehr, Umwelt und Gesundheit" verabschiedet. Die Budapest-Konferenz (2005) fokussierte auf Kinder, Umwelt und Gesundheit; und die Parma-Konferenz (2010) verband diese Themen mit ak-

tuellen krisenhaften Entwicklungen und globalem Wandel. Die nächste solche Konferenz ist für 2017 angekündigt.

Da Umweltfaktoren die menschliche Gesundheit in beiderlei Richtung beeinflussen, sowohl salutogen als auch pathogen, blickt die ökologische Perspektive einerseits auf Ressourcen und Nachhaltigkeit, andererseits auf Noxen und Risiken:

- Ressourcen, z.B. Rohstoffe und Energieträger, aber auch soziale Unterstützung und psychische Reserven, sind bedeutsam auch vor dem Hintergrund einer oft einseitigen Fokussierung auf gesundheitsgefährdende Einflüsse aus der Umwelt.
- Noxen sind Stoffe und Faktoren, die Organismen schädigen können; dazu gehören sowohl chemische Schadstoffe, physikalische Faktoren wie Lärm und Strahlung als auch mikrobiologische Faktoren wie Bakterien, Pilze und Viren; im weiteren Sinne auch soziale Faktoren wie „Crowding“ oder sozialer Stress.
- Risikoanalyse: Für die Untersuchung und Interpretation von Risiken ist im Laufe der letzten Jahrzehnte ein eigenes Repertoire an Methoden entstanden, die unter dem Begriff der Risikoanalyse (engl. risk assessment) zusammengefasst werden.
- **Nachhaltigkeit** bezeichnet das Konzept, für alle Teilbereiche gesellschaftlichen Lebens eine konsequente Mehr-Generationen-Perspektive anzulegen. Gegenwärtig fehlt Nachhaltigkeit u.a. bezüglich folgender Parameter: Umfang der menschlichen Population, Rohstoffverbrauch, Abfallerzeugung, Überleben von Tier- und Pflanzenarten. Die Bedeutung fehlender Nachhaltigkeit für Wahlfreiheit, Gesundheit und Wohlergehen künftiger Generationen liegt auf der Hand.

Angesichts der Vielfalt von Einzelthemen kann die (human-)ökologische Perspektive keine thematische Vollständigkeit herbeiführen. Auch hier liegen jeder Analyse und jedem Handlungsansatz gewisse Beschränkungen zugrunde. Jedoch rücken durch diese Perspektive *Integrationsansätze* in den Mittelpunkt. Hierzu zählen u.a.:

- Integration von Morbidität und Mortalität in geeignete Summenmaße wie z.B. Disability-Adjusted Life Years (DALYs), die dem Verständnis von „Krankheitslast“ und „Gesundheitschancen“ neue Impulse geben,
- Darstellung von Wirkungsketten und Wirkungsnetzen in Struktur- oder Systemmodellen, die auch die Rolle physischer Umweltfaktoren samt ihrer Wechselwirkungen würdigen,
- erweitertes Verständnis von Settings oder Lebens(um)welten als Integrationskonzept; und
- entsprechende integrierende Gesundheitsmodellierungen, die international inzwischen mit umfangreichen Investitionen gefördert werden.

Die drei letztgenannten Ansätze werden nachfolgend näher erläutert.

Struktur- oder Systemmodelle: Je umfassender das Bemühen ist, den unterschiedlichen Wirkungsketten und -netzen gerecht zu werden, desto stärker wird der Bedarf nach Strukturierung und angemessener Darstellung. Sowohl Expositionen (mit ihren Hintergründen und Ursachen) als auch gesundheitliche Auswirkungen samt präventiven und interventiven Handlungsoptionen sollten ausdrücklich im Strukturmodell erkennbar sein. Weil es diese Ansprüche erfüllt und dennoch übersichtlich gehalten ist, findet das sogenannte DPSEEA-Modell (gesprochen: „dipsi") der WHO zunehmende Anerkennung (s. Abb. 1). Jede Ebene bietet Eingriffs- und Steuerungsmöglichkeiten. Insbesondere die vor der Exposition liegenden Wirkstufen bieten Ansatzpunkte für politische, technische, restaurative oder Bildungsmaßnahmen. Bei rechtzeitigem Einsatz können gesundheitsschädliche Effekte und damit die Notwendigkeit von Behandlung und Rehabilitation verhindert oder gemindert werden.

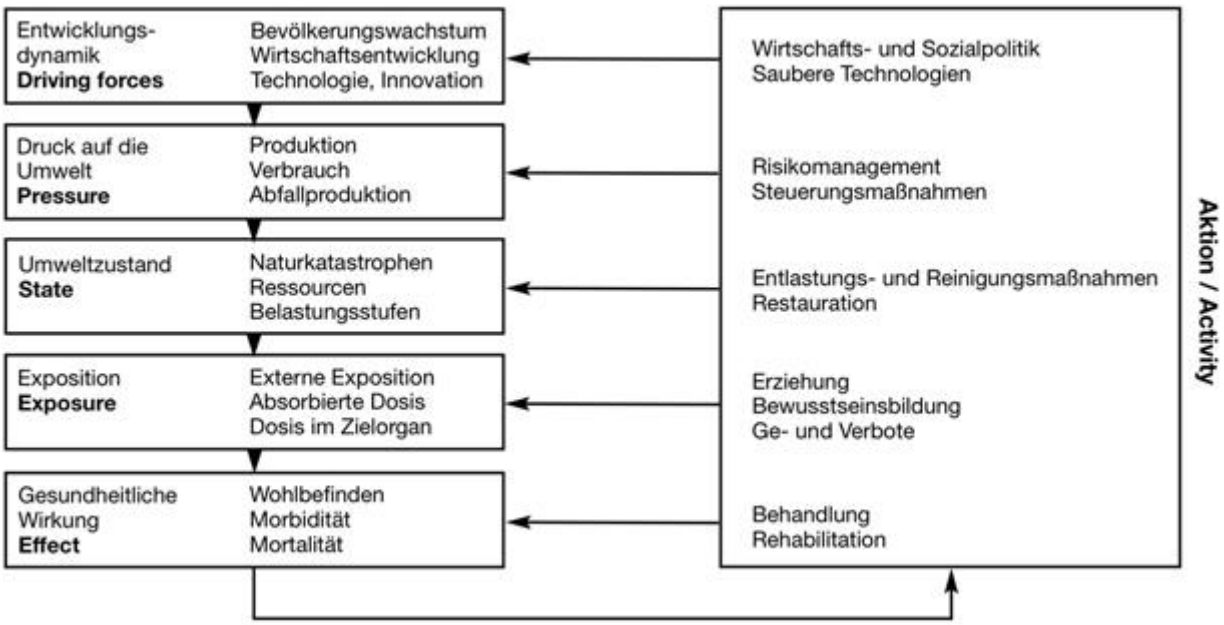


Abb. 1: DPSEEA-Modell (modifiziert nach Corvalán et al 1996)

Settings oder Lebens(um)welten als Integrationskonzept: Zwar gehören **„Settings"** zum konzeptionellen Urgestein von Gesundheitsförderung, aber das in diesem Konzept liegende Potenzial scheint noch längst nicht voll erschlossen. Dass sich das Spektrum betrachteter Settings allmählich erweitert, insbesondere auch auf Wohnumfeld und Stadtquartier, ist unbedingt zu begrüßen. Dabei bleibt wichtig, Settings nicht nur als Zugangswege zu betrachten, sondern viel stärker als bisher auch auf deren Gestaltbarkeit zu fokussieren.

Auch sollten Settings nicht nur in ihrer sozialen, sondern immer auch in ihrer physischen Dimension mit Blick auf Gesundheit und Krankheit betrachtet werden. Für jedes Setting stehen Konzepte und Technologien (Materialien, Bauweisen, Verfahren) zur Verfügung, die wesentlich die Umwelt- und Gesundheitsbilanzen der jeweiligen Handlungsalternati-

ven bestimmen. In den Settings wird mit der Auswahl von Handlungsalternativen über Materie- und Energieströme und damit auch über Qualität und Quantität von Noxen-Freisetzungen und Ressourcenverbrauch entschieden.

Für ökologische Gesundheitsförderung interessant ist die Verteilung der verschiedenen Handlungsoptionen an der Gesamtaktivität innerhalb eines Settings (*„modal split“)*. Dieses Konzept ist im Bewusstsein der Öffentlichkeit schon deutlich verankert für den Bereich von Transport und Verkehr. So bietet z.B. die Deutsche Bahn im Internet für geplante Reiserouten die Möglichkeit, Wegezeiten, Energieverbrauch und Schadstoffausstöße zwischen verschiedenen Verkehrsmitteln zu vergleichen. Das Konzept lässt sich sinngemäß auf andere Bereiche übertragen wie Ernährung (z.B. ökologischer vs. konventioneller Anbau) oder Energieversorgung (z.B. erneuerbare vs. nicht erneuerbare Energieträger).

Eigenschaften der Settings beeinflussen direkt oder indirekt die menschliche Gesundheit. Nahverkehrsanschlüsse und sichere Radfahrmöglichkeiten können die Wahl aktiver Ortsbewegung massiv erleichtern. Erst physische Barrierefreiheit erschließt ganzen Bevölkerungsgruppen die aktive Teilhabe an Sozialleben und Kultur. Unter dem Blickwinkel von Verhältnisprävention sind dies wohlbekannte Tatsachen. - Übrigens finden sich ähnliche Gedankengänge zum erweiterten Settingskonzept zunehmend unter der Überschrift „Gesundheit in der Stadt“ (Urban health, **Kommunalpolitische Perspektive**).

Inzwischen existieren zahlreiche, unterschiedlich komplexe Ansätze für *integrierende Gesundheitsmodellierungen.* Auf der Basis epidemiologischer und sonstiger Erkenntnisgrundlagen wird versucht, den Zusammenhang zwischen (vielfältigen) Einflussfaktoren und menschlicher Gesundheit in mathematischen Gleichungen abzubilden. Auf diese Weise kann bewährte Gesundheitsberichterstattung ergänzt werden, einerseits um Prognosen und zweitens - zumindest ansatzweise - um Aussagen über die gesundheitlichen Folgewirkungen künftiger Strategien, Pläne, Programme und Projekte im Sinne von „Was wäre wenn“-Analysen.
Die Europäische Kommission förderte mit teilweise hohem Aufwand mehrere solche Projekte zum Impact Assessment. Exemplarisch seien folgende Modelle und Projekte genannt: PREVENT, MicMac („Bridging the micro - macro gap in population forecasting“), DYNAMO HIA (Dynamic Model for Health Impact Assessment), INTARESE (Integrated Assessment of Health Risks of Environmental Stressors in Europe), HEIMTSA (Health and Environment Integrated Methodology and Toolbox for Scenario Assessment).

Manche dieser Ansätze arbeiten ausdrücklich mit dem Anspruch, gesamte Wirkungsketten von politischen Entscheidungen bis hin zu Gesundheitseffekten und ggf. auch deren Monetarisierung quantitativ abzubilden („full chain modeling“). Solche Modellierungen dienen u.a. der Unterstützung gesundheitlicher Wirkungsbilanzen.

Aktuell wachsen hier verschiedene, bisher nur lose verbundene Entwicklungsstränge zusammen, v.a. die meist qualitativ angelegten, oft auf Chancengleichheit orientierten Beteiligungsverfahren einerseits und die quantitativen Prognosemodelle für Gesundheit und Krankheit andererseits. Diese Projekte versuchen, im Dialog mit unterschiedlichen Interessengruppen die meist umfangreichen Wirkungsketten durch ganze Kaskaden quantitativer Modelle abzubilden. Wo dies gelingt, dürften - auch im Sinne (human-)ökologischer Perspektive - neue Maßstäbe für Politikberatung entstehen.

Humanökologische Perspektive

Ein mit dem DPSEEA-Modell verwandtes humanökologisches Gesundheitsmodell „Mensch - (Um-)Welt", in dem sich viele hier beschriebene Teilkonzepte wiederfinden lassen, zeigen in einer ersten Näherungsstufe die Abbildung 2 und mit größerer Detailgenauigkeit die Abbildung 3.

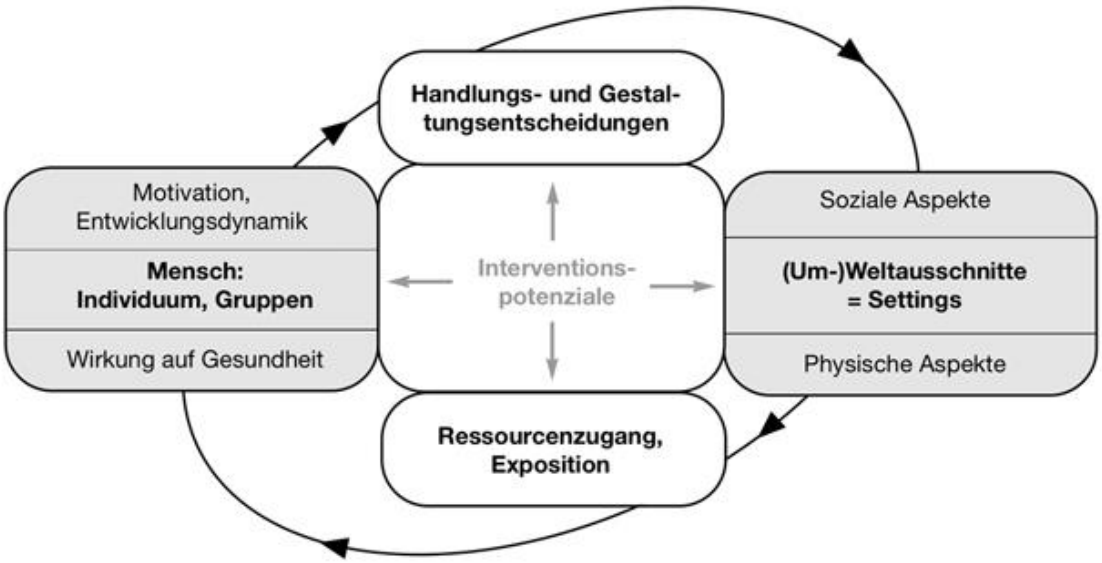


Abb. 2: Humanökologisches Gesundheitsmodell „Mensch <-> (Um-)Welt", erste Näherungsstufe (die Pfeile bezeichnen Wirkeinflüsse)

Oft wird gar nicht bemerkt, dass die nach wie vor wirkungsmächtige Ottawa-Charta der Gesundheitsförderung eine weitgehende Übereinstimmung mit der humanökologischen Perspektive aufweist, samt Menschenbild, Gesundheitsverständnis, systemischer Sicht und Bezügen zur Nachhaltigkeit (Hazard 1997). Wie die Studiengruppe Umwelt und Gesundheit der Deutschen Gesellschaft für Humanökologie schon 1994 feststellte, verdienen in der humanökologischen Perspektive die Lebensverhältnisse eine besondere Beachtung, und zwar nicht nur die materiellen Lebens-, Arbeits- und Umweltbedingungen, sondern auch „ideelle" Aspekte wie soziale Normen und Werte, die in hohem Maße außerhalb des Gesundheitssektors geprägt werden.

Heute scheint weithin akzeptiert, dass Gesundheit und Krankheit zu wesentlichen Teilen außerhalb des Gesundheitssektors „produziert" (sowie auch „beschädigt") werden und dass Einschränkungen der Gesundheit sich auf zahlreiche Sektoren wie Bildung und Arbeit auswirken. Die Weltgesundheitsorganisation propagiert den Grundsatz „Health in all Policies", also ein Bemühen um (und Berücksichtigung von) Gesundheit in den Strategien und Programmen aller gesellschaftlichen Sektoren. Inzwischen ist auch von Gesundheitsfördernder Gesamtpolitik und einem „Whole-of-society"-Ansatz die Rede.

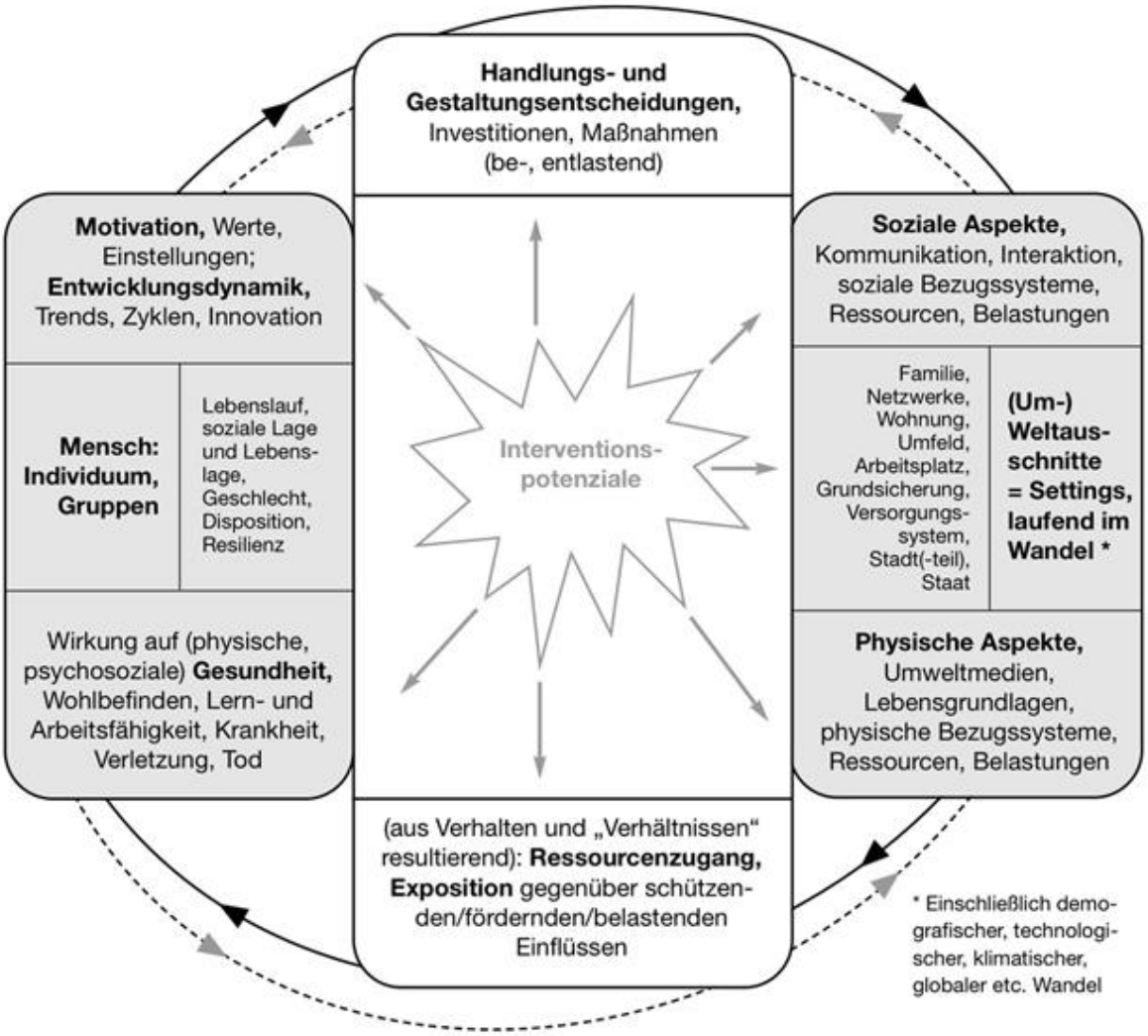


Abb. 3: Humanökologisches Gesundheitsmodell „Mensch <-> (Um-)Welt", zweite Näherungsstufe (die Pfeile bezeichnen Wirkeinflüsse)

(Human-)Ökologische Gesundheitsförderung

(Human-)ökologische Gesundheitsförderung geht aus von einem umfassenden Verständnis gestaltbarer Lebenswelten und versucht, die Möglichkeiten zur gesundheitsförderli-

chen Ausgestaltung systematisch und umfassend zu nutzen. Dieser Beitrag unterscheidet drei verschiedene Interpretationen einer (human-)ökologischen Gesundheitsförderung:

- eine „*thematische*“ Interpretation, nämlich die Re-Integration physischer „Umwelt“ in das Selbstverständnis und Aufgabenspektrum von Gesundheitsförderung,
- eine „*systemische*“ Interpretation mit Schwerpunkt auf Zusammenhängen, Wechselwirkungen und Integration in allen Fragen der Gesundheitsförderung; und
- eine Interpretation als „*umwelt- und gesundheitsfreundliche Durchführung*“ präventiver und gesundheitsförderlicher Aktivitäten.

In der *thematischen* Interpretation steht ökologische Gesundheitsförderung parallel z.B. zu betrieblicher oder schulischer Gesundheitsförderung sowie Gesundheitsförderung in der Familie. Dass auch physische und soziale Umwelt von wesentlicher Bedeutung für Erhalt von Gesundheit und Entstehung von Krankheit ist, spiegelt sich in gängigen Erklärungsmodellen wider (**Determinanten von Gesundheit**). Im Sinne einer die Verhaltensprävention ergänzenden Verhältnisprävention existiert hier eine langjährige Tradition; Aufgaben des umweltbezogenen Gesundheitsschutzes sind inzwischen in verschiedenen Landesgesetzen für den Öffentlichen Gesundheitsdienst festgeschrieben.

Zu den für Gesundheit und Krankheit wichtigen Faktoren in der Umwelt zählen offenkundig nicht nur einzelne Schadfaktoren („Noxen“), sondern die gesamte Ausgestaltung der Lebenswelten, samt Bewegungs- und Erholungsräumen einschließlich Grünflächen und „Blauflächen“ (Gewässer), Möglichkeiten und Hindernisse für körperliche Bewegung (vgl. Fußgänger- und Radfahrerfreundlichkeit) sowie Zugänglichkeit von Dienstleistungseinrichtungen und Einkaufsläden samt Angeboten aus regionaler und nachhaltiger Produktion.

Aber immer noch macht Gesundheitsförderung um die physische, gegenständliche Umwelt samt Wasser, Boden und Luft häufig einen ausweichenden Bogen - nicht ohne Grund, denn diese Themen erfordern eine besondere Expertise. Außerdem bestehen spezifische Denkgewohnheiten und Zuständigkeiten, die beachtet werden wollen. Andererseits ruft die herkömmliche Ausrichtung von Umwelthygiene und -medizin auf Noxen (d.h. gesundheitsschädigende Faktoren) geradezu nach salutozentrischen Ergänzungen, z.B. vonseiten der Gesundheitsförderung. Mit dem Blick auf Positivfaktoren und über Umweltmedien hinaus auf ganze Lebenswelten wird der Kernbereich von Umwelthygiene rasch überschritten. Ein engerer Austausch zwischen Umwelthygiene/-medizin und Gesundheitsförderung liegt im wechselseitigen Interesse. Die Re-Integration von physischer Umwelt in das Selbstverständnis und Aufgabenspektrum von Gesundheitsförderung dürfte dann gelingen, wenn die Arbeitsbereiche „Gesundheitsförderung“ und „Umweltmedizin, Umwelthygiene“, z.B. in den Gesundheitsämtern, sich stärker als bisher aufeinander beziehen und Routinen einer engeren Zusammenarbeit entwickeln.

In der zweiten, „*systemischen*“ Interpretation bedeutet ökologische Gesundheitsförderung v.a. die Fokussierung auf Zusammenhänge und Integration. Offenkundig liegt den Ansätzen der Gesundheitsförderung schon jetzt häufig ein systemisches Verständnis zugrunde; vgl. Familie, Nachbarschaft, Arbeitsplatz als „System“ (**Systemische Perspektive**). Darüber hinaus meint ökologische Gesundheitsförderung auch eine systemische (und systematische) Sicht auf das gesamte Aktivitätsspektrum von Gesundheitsförderung. Die beiden vorliegenden Buchpublikationen zur ökologischen Gesundheitsförderung sind daher durchgängig nach dem Policy-Zyklus (Public-Health-Aufgabenzyklus) gegliedert; ausgewählte Elemente dieses Policy-Zyklus werden weiter unten kurz umrissen.

Ein wichtiges Element dieser „systemischen“ Interpretation von ökologischer Gesundheitsförderung ist ein erweitertes Settingkonzept. Dieser Ansatz ist in diverser Hinsicht gut bewährt; er birgt jedoch das Risiko, bestehende Rahmenbedingungen eher statisch zu interpretieren. Angesichts vielfältiger Traditionen, Interessenlagen und Zuständigkeiten, die in jedem Setting anzutreffen sind, liegt es nahe, die bestehenden Verhältnisse zu akzeptieren und vorrangig zu versuchen, die jeweils im Setting erreichbaren Menschen über ihre persönlichen Verhaltensoptionen (Ernährung, Bewegung, Nichtrauchen etc.) zu informieren und sie gesundheitspositiv zu motivieren.

In diesem Sinne stellen Settings gegenwärtig v.a. Zugangswege dar, um unterschiedliche Gruppen von Menschen zu „erreichen“. Dabei können je nach Setting aber auch ganze Teilgruppen ausgeschlossen bleiben, z.B. arbeitslose und/oder unversicherte Menschen sowie Personen ohne offizielle Aufenthaltsberechtigung. Gerade diese Menschen befinden sich häufig in besonders prekärer Lage und weisen spezifische gesundheitliche Bedarfe und Bedürfnisse auf, was die settingbasierten Strategien immer wieder vor neue Herausforderungen stellt.

Wie oben erwähnt ist es wichtig, das Spektrum von Settings möglichst breit zu fassen. Um Gesundheitschancen auszuschöpfen, liegt eine weitere große Herausforderung darin, die Settings nicht nur als Zugangswege anzusehen, sondern in kreativer Weise auch die entsprechenden Gestaltungschancen zu nutzen.

Allerdings „warten“ die meisten Settings nicht gerade darauf, unter Aspekten der Gesundheitsförderung kurzfristig und aufwendig umgestaltet zu werden. Es gilt, konstruktiv die passenden Einstiegswege zu finden. Alle Settings sind ja „menschengemacht“ und unterliegen laufender Umgestaltung, unter vielerlei Gesichtspunkten und in z.T. komplexen Beratungs- und Entscheidungsprozessen, bei denen Gesundheit allerdings häufig nicht prominent vertreten ist. Hier gibt es dann vielfältige Rahmenbedingungen zu beachten: bestehende Strukturen, (Planungs-, Entwicklungs-)Prozesse samt vielfachen Zuständigkeiten und Identifikationen, ganze Spektren von (auch konkurrierenden) Zielvorstellungen, inhaltliche Verwobenheiten, Wechsel- und Nebenwirkungen etc. Geeignete Ansätze wie Ge-

sundheitsbilanzierung (> Health Impact Assessment) oder Integrierte Programme/Netzwerke (z.B. Gesunde-Städte-Netzwerk, siehe unten) können hier entscheidende Hilfestellungen liefern.

Eine dritte Interpretation betrifft die *umwelt- und gesundheitsfreundliche Durchführung* präventiver und gesundheitsförderlicher Aktivitäten. Generell wächst die Einsicht über - ggf. verborgene - Nebenwirkungen jeglichen Handelns, wie sie in der Metapher des ökologischen „Fußabdrucks" als Gesamtheit be- und entlastender Auswirkungen auf Stoff- und Energieströme zum Ausdruck kommt. Auch wenn gesundheitsförderliche Maßnahmen zumeist nicht als besonders umweltbelastend auffallen, kann mit ihnen unter Umständen doch ein nennenswerter Aufwand für Informationsmaterialien, Ortsbewegung etc. verbunden sein. Auch im Interesse einer hohen Glaubwürdigkeit bei verschiedensten Zielgruppen sollte bei allen Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung geprüft werden, welche Chancen einer umwelt- und ressourcenschonenden Durchführung, z.B. durch Einsatz virtueller Medien, im Einzelfall nutzbar sind.

Nach diesen drei Interpretationen (human-)ökologischer Gesundheitsförderung sei noch ein Blick auf den *Policy-Zyklus* (**Public Health Action Cycle**) geworfen. Dieses relativ einfache (und vereinfachende) Schema hilft, auch bei komplexen Aufgabenstellungen geordnet vorzugehen:

- Der Zyklus startet mit Beschreibungen und Bewertungen (Analyse).
- Im nächsten Schritt gilt es, sich die beteiligten Akteure und Handlungsmöglichkeiten vor Augen zu führen (Strategieentwicklung).
- Im dritten Schritt (Implementierung) erfolgt die praktische Umsetzung, wobei auch Ressourcen wie Infrastruktur und Finanzmittel eine Rolle spielen.

Dieses als Leitbild nützliches Schema lässt sich in gleicher Weise auf den Gesundheitssektor wie auf andere Sektoren anwenden. Abbildung 4 zeigt die parallelisierte Darstellung der Zykluselemente in unterschiedlichen Sektoren, in diesem Fall Gesundheitssektor, Umweltsektor sowie die Grenzzone des umweltbezogenen Gesundheitsschutzes. Die Darstellung enthält drei Unterpunkte für Analyse, zwei Unterpunkte für Strategieentwicklung und einen exemplarischen Eintrag für Implementierung. Vorangestellt ist die Basisforschung, die die Grundlagen für die Elemente des Policy-Zyklus liefert. - Eine solche Darstellung dürfte das Verständnis für Gemeinsamkeiten, Unterschiede und Zusammenhänge stärken und die Suche nach Kooperationsmöglichkeiten unterstützen.

	Basisforschung	Analyse			Strategieentwicklung		Implementierung	
		Surveillance, Systeme, Indikatoren	Berichterstattung	Bilanzierungen	Akteure	Politik, Policies	Pläne, Programme	Aus-, Fort-, Weiterbildung
Gesundheit	Gesundheitsforschung: Public Health, Medizin	Mortalität, Morbiditätsregister, Sentinel-Praxen	Gesundheitsberichterstattung (GBE): Basis- und Spezialberichte	Gesundheitsbilanzen/Health Impact Assessment (HIA)	Gesundheitsämter, -behörden, -ministerien, EU-Direktorat	Gesundheitspolitik, Gesundheitsschutz, Gesundheitsförderung	Gesundheitspläne, Gesundheits(förder)programme	Universitäten, Fachhochschulen, Akademien
Umwelt und Gesundheit	Forschung über Umwelt und Gesundheit	Umweltbezogene Wirkungskataster etc.	Umweltbezogene Gesundheitsberichterstattung (uGBE)	Gesundheits- und Umweltbilanzen/Environmental Health Impact Assessment (EHIA)	auch: gleichartige Fachreferate der Ressorts Gesundheit und Umwelt	Umweltbezogener Gesundheitsschutz und -förderung	Pläne und (Förder-)Programme für Umwelt und Gesundheit	(Beide Bereiche)
Umwelt	Umweltforschung, Naturwissenschaften, Ökologie	Trinkwasser-Surveillance, Bodenkataster, Umweltprobenbanken	Umweltberichterstattung (UBE); Umwelt-Informationssysteme (UIS)	Umweltverträglichkeitsprüfung (UVP)/ Environmental Impact Assessment (EIA)	Umweltämter, -behörden, -ministerien, EU-Direktorat	Umweltpolitik, Umweltschutz	Umweltpläne, Umwelt(förder)-programme	Universitäten, Fachhochschulen, Akademien

Abb. 4: Planungszyklus im Gesundheits- und im Umweltsektor sowie in der Grenzzone des umweltbezogenen Gesundheitsschutzes (in parallelisierter Darstellung)

Zur *Analyse* als erstem Element des Policy-Zyklus gehören v.a. folgende Elemente:

- Surveillance - die systematische und kontinuierliche Beobachtung eines Geschehens in Raum und Zeit, wobei im Unterschied zum Monitoring (als reine Beobachtung) auch die Interpretation und das Ergreifen entsprechender Maßnahmen dazugehören. Surveillance-Systeme existieren im Gesundheits- und im Umweltbereich. Während wissenschaftliche Basisforschung auf Allgemeingültigkeit abzielt, ist der Gegenstand der wissenschaftlich fundierten Berichterstattung die Besonderheit, d.h. die spezifische Situation einer Region zu einem gegebenen Zeitpunkt oder in einem gegebenen Zeitintervall.
- Risikoanalyse - der Versuch, gesundheitliche Risiken nach einheitlicher Methodik auf der Grundlage von Informationen aus verschiedenen Quellen möglichst transparent und zutreffend abzuschätzen. Quantitative Risikoabschätzung umfasst die Schritte der Noxenidentifikation, Dosis-Wirkungsabschätzung, Expositionsabschätzung und Risikocharakterisierung. Ihr Ziel ist es, Informationen als Entscheidungshilfe für Risikomanagement insbesondere in der Politik und in regulierenden Institutionen zu liefern (**Risikobewertung und -kommunikation**).
- Bilanzierungen und Verträglichkeitsprüfungen („impact assessment“) für Umwelt und/oder Gesundheit - diese zielen darauf ab, das Spektrum erwartbarer Auswirkungen von Projekten, Plänen und Programmen im Vorhinein abzuschätzen und zu bewerten. Aus gesundheitlicher Sicht sind unterschiedliche Formen von Verträglichkeitsprüfungen relevant, entweder innerhalb von Umweltverträglichkeitsprüfungen oder auch eigenständig. Solche Prüfungen werden im Ausland inzwischen in größerem Umfang durchgeführt.

Charakteristische Beispiele betreffen z.B. Wohnraumförderung, Verkehrsvorhaben oder auch die Agrarpolitik der Europäischen Union. Entsprechendes **Health Impact Assessment** ist inzwischen international gut entwickelt.

Bei der *Strategieentwicklung*, geht es v.a. um das „Policy-Netz"; hierzu gehören z.B. die Akteure samt ihren institutionalisierten Beziehungen, die Handlungsoptionen und auch sogenannte Integrierte Programme. Policy-Inhalte im Handlungsfeld „Umwelt und Gesundheit" umfassen u.a. nachträgliche Abhilfemaßnahmen, z.B. Dekontamination belasteter Umweltmedien oder sogar klinische Behandlung betroffener Patientinnen und Patienten („remedial action"); Schutzmaßnahmen zur unmittelbaren Gefahrenabwehr, z.B. Entfernung hoch kontaminierter Böden („protective action"); Maßnahmen vorbeugenden Gesundheitsschutzes bis hin zur Schonung natürlicher Lebensgrundlagen und gesundheitsverträglicher Ausgestaltung von Entwicklungsvorhaben („promotive action"). In Grenzbereichen unterschiedlicher Sektoren besteht ein ausgeprägtes Potenzial für Konflikte. Die Vielzahl von Maßnahmen und Programmen des praktischen Umweltschutzes umschließt nicht nur solche, die ebenfalls als Gesundheitsschutz gelten können, sondern auch andere, die in einen Gegensatz zum Schutz der Humangesundheit geraten können. So finden sich in Innenräumen zahlreiche Quellen für Luftverunreinigung, darunter Baumaterialien, Mobiliar, Heizvorgänge, Passivrauchen und Hobbyaktivitäten. Die Innenraumluft weist daher häufig wesentlich höhere Schadstoffkonzentrationen als die Außenluft auf. Energiesparende Isoliermaßnahmen können zum Konflikt zwischen Umwelt- und Gesundheitsschutz führen. Über solche Konflikte und mögliche Lösungsansätze gibt es nach wie vor recht wenig Fachdiskussion.

Wo die einzelne Institution an Grenzen der Kompetenz und Kapazität stößt, helfen Kooperations- und Netzwerkstrukturen weiter, so z.B. Gesunde-Städte-Netzwerk, Regionen für Gesundheit, Gesunde Schulen, Aktionsprogramme Umwelt und Gesundheit etc. Inzwischen gibt es als neue Linie die Netzwerke der Gesundheitswirtschaft mit eigener Terminologie und Subkultur, darunter Clusterstrukturen und Innovationsförderung.

Implementierung als dritte Komponente des Policy-Zyklus erfordert u.a. die Entwicklung einer geeigneten sächlichen und personellen Infrastruktur. Unter den sächlichen Ressourcen kommt dem Informationsmanagement eine strategische Rolle zu. Ob es um vermutete Erkrankungscluster, um Abschätzung gesundheitlicher Risiken z.B. durch Altlasten oder industrielle Emittenten oder um Mitwirkung bei Planungsverfahren geht, stets ist der Zugang zu verlässlichen, aktuellen und verständlichen Informationen von zentraler Bedeutung.

Als unterstützendes Element auch für die übergreifende Zusammenarbeit besteht in zahlreichen gesellschaftlichen Sektoren die Tradition, eigene Fachpläne aufzustellen, z.B. Schulentwicklungs-, Denkmalpflege-, Kulturentwicklungsplan, Fachplan Wohnen, Fach-

plan SeniorInnen, mit unterschiedlicher Bindungskraft, unter Umständen sogar als Gesetz. Entsprechende Fachpläne sind, gerade auf lokaler und regionaler Ebene, auch für Gesundheit denkbar.

Eine Vorbedingung personeller Ressourcen ist ein geeignetes Angebot von **Aus-, Fort- und Weiterbildung**. Der Erwerb von Wissen und Kompetenz für „Umwelt und Gesundheit" erfolgt bislang auf unterschiedlichste Weisen, u.a. in der Medizin und ihren Spezialgebieten, in den Umweltwissenschaften und bei den Gesundheitsingenieuren. Die Kommunikation zwischen den unterschiedlichen Disziplinen könnte erheblich gewinnen durch Abstimmung der Curricula und Verständigung auf einheitliche Grundkonzepte.

Literatur:

Addy NA/Poirier A/Blouin C/Drager N/Dubé L, Whole-of-society approach for public health policymaking: a case study of polycentric governance from Quebec, Canada- Annals of the New York Academy of Sciences 1331, 2014, 216-229

Corvalán C et al, Development of Environmental Health indicators. Chapter 2, in: Briggs D et al (eds.), Linkage methods for environment and health analysis, UNEP, US-EPA, WHO. WHO/EHG/95.26, Geneva 1996.

Corwin EHL (ed.), Ecology of health. The New York Academy of Medicine Institute on Public Health, 1947. The Commonwealth Fund 1949, New York, NY.

Fehr R, Ökologische Gesundheitsförderung. Analysen - Strategien - Umsetzungswege, Huber, Bern 2001;

Fehr R/Neus H/Heudorf U (Hg.), Gesundheit und Umwelt. Ökologische Prävention und Gesundheitsförderung, Huber, Bern 2005;

Hazard BP (Hg.), Humanökologische Perspektiven in der Gesundheitsförderung, Westdeutscher Verlag, Opladen 1997;

Leppo K/Ollila E/Peňa S/Wismar M/Cook S (eds), Health in all polices. Seizing opportunities, implementing policies. Ministry of Social Affairs and Health Finland, National Institute for Health and Welfare Finland, European Observatory on Health Systems and Policies, UN Research Institute for Social Development, Ministry for Foreign Affairs of Finland. Publications of the Ministry of Social Affairs and Health Finland 2013:9;

Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit (LIGA.NRW), Vorarbeiten zum lokalen Fachplan Gesundheit. LIGA.Praxis 9, www.lzg.nrw.de/_media/pdf/liga-praxis/liga-praxis_09_fachplan.pdf

McLaren L/Hawe P, Ecological perspectives in health research. Glossary. J Epidemiol Community Health 2005, 59:6-14.

Poland BD/Green LW/Rootman I (eds.), Settings for health promotion. Linking theory and practice, Sage Publications, Thousand Oaks 2000;

Tretter F, Ökologie der Person. Auf dem Weg zu einem systemischen Menschenbild. Pabst, Lengerich 2008;

Trojan A/Legewie H, Nachhaltige Gesundheit und Entwicklung. Leitbilder, Politik und Praxis der Gestaltung gesundheitsförderlicher Umwelt- und Lebensbedingungen, Verlag für Akademische Schriften, Frankfurt am Main 2001;

World Health Organization Regional Office for Europe/European Public Health Organization (EUPHA)/International Association for Impact Assessment (IAIA), Health in Impact Assessments - Opportunities not to be missed. www.euro.who.int/health-in-IA.

Internetadressen:

http://de.wikipedia.org/wiki/Health_impact_assessment (Gesundheitsbilanz)
www.dynamo-hia.eu (DYNAMO HIA-Projekt)
www.euro.who.int/en/health-topics/environment-and-health/pages/european-environment-and-health-process-ehp (Europäische Ministerkonferenzen „Umwelt und Gesundheit“)
www.euro.who.int/en/who-we-are/networks/regions-for-health-network-rhn (WHO-Netzwerk Regionen für Gesundheit)
www.gesunde-staedte-netzwerk.de (WHO Gesunde-Städte-Netzwerk)
www.who.int/healthpromotion/conferences/8gchp/en/ (WHO/8th Global Conference on Health Promotion)
www.who.int/hia (WHO/Health Impact Assessment)

Verweise:

Aus- und Weiterbildung in Gesundheitsförderung und Prävention, Determinanten von Gesundheit, Gesundheitsförderung und Gesunde / Soziale Stadt / Kommunalpolitische Perspektive, Health Impact Assessment (HIA) / Gesundheitsverträglichkeitsprüfung, Nachhaltigkeit und nachhaltige Gesundheitsförderung, Public Health Action Cycle / Gesundheitspolitischer Aktionszyklus, Risikokommunikation, Settingansatz / Lebensweltansatz, Systemische Perspektive in der Gesundheitsförderung

Ökonomische Evaluation von Gesundheitsförderung und Prävention

Hans-Helmut König

(letzte Aktualisierung am 04.01.2017)

Steigende Ausgaben bei knappen Ressourcen stellen die Gesundheitsversorgung vor große ökonomische Herausforderungen. In diesem Zusammenhang gewinnen Gesundheitsförderung und Prävention immer mehr Aufmerksamkeit. Wissenschaft und Politik erhoffen sich von Gesundheitsförderung und Prävention eine Steigerung der Effektivität und Effizienz der Gesundheitsversorgung und letztlich Kosteneinsparungen. Zahlreiche Studien weisen darauf hin, dass tatsächlich erhebliche Anteile der Krankheitslast und auch der Krankheitskosten potenziell vermeidbar sind. Dabei hängt die durch Gesundheitsförderung und Prävention tatsächlich realisierbare Reduktion der Krankheitslast insbesondere von der Effektivität entsprechender Maßnahmen ab. Aus gesundheitsökonomischer Sicht ist zudem relevant, dass die meisten Leistungen der Gesundheitsförderung und Prävention zunächst Kosten verursachen, wenngleich häufig die Hoffnung besteht, zukünftige Krankheitskosten zu vermeiden. Angesichts der Begrenztheit der für die Gesundheitsversorgung zur Verfügung stehenden Ressourcen stellt sich also auch für Leistungen der Gesundheitsförderung und Prävention die Frage nach ihrer Wirtschaftlichkeit: Stehen Aufwand und Ertrag in einem günstigen Verhältnis?

Gesundheitsökonomischer Evaluationsansatz: Zur Analyse der Wirtschaftlichkeit von Leistungen der Gesundheitsförderung und Prävention dienen gesundheitsökonomische **Evaluationen**, die sich durch zwei wesentliche Eigenschaften auszeichnen (Drummond et al. 2005, Gray et al. 2011, Schöffski et al 2012): 1) Sie vergleichen mindestens zwei Handlungsalternativen (z.B. Prävention gegen keine Prävention für ein Gesundheitsproblem), und 2) sie berücksichtigen sowohl die Kosten als auch die gesundheitlichen Effekte der verglichenen Alternativen. Konkret bedeutet das, dass für alle verglichenen Handlungsalternativen die mit dem Gesundheitsproblem in der Zielpopulation verbundenen durchschnittlichen Kosten und die durchschnittlichen gesundheitlichen Effekte bestimmt und verglichen werden. Dies kann zu vier qualitativ unterschiedlichen Ergebnissen führen: Idealerweise ergibt die Analyse, dass Handlungsalternative A gegenüber Handlungsalternative B dominant ist, also weniger Kosten verursacht und gleichzeitig bessere gesundheitliche Effekte erzielt. Handlungsalternative A ist dann eindeutig zu bevorzugen. Folglich

ist sie im umgekehrten Fall abzulehnen, also wenn A im Vergleich zu Handlungsalternative B zu mehr Kosten und schlechteren gesundheitlichen Effekten führt. In der Realität sind jedoch die Ergebnisse meist nicht so eindeutig. In vielen Fällen erzielt Handlungsalternative A zwar bessere gesundheitliche Effekte als Handlungsalternative B, ist aber mit höheren Kosten verbunden, oder Handlungsalternative A geht mit weniger Kosten, dafür aber schlechteren gesundheitlichen Effekten einher. In solchen Fällen kann die gesundheitsökonomische Evaluation dem Entscheidungsträger keine eindeutige Handlungsempfehlung geben, sondern dieser muss eine Wertentscheidung fällen. Um die Beurteilung und sinnvolle Bewertung durch den Entscheidungsträger zu unterstützen, besteht die Aufgabe der gesundheitsökonomischen Evaluation darin, die Informationen über die Kosten und gesundheitlichen Effekte der verglichenen Handlungsalternativen übersichtlich und nachvollziehbar darzustellen. Dies geschieht, indem die zusätzlichen Kosten und zusätzlichen Effekte der Handlungsalternative A im Vergleich zu Handlungsalternative B in der sog. inkrementellen Kosten-Effektivitäts-Relation (IKER) miteinander in Beziehung gesetzt werden. Die IKER gibt an, wie hoch die zusätzlichen Kosten für eine durch Handlungsalternative A zusätzlich gewonnene Effekteinheit sind. Sie ist der Quotient aus der Differenz der durchschnittlichen Kosten K und der Differenz der durchschnittlichen Effekte E der Handlungsalternativen A und B:

$$IKER = \frac{\overline{K}_A - \overline{K}_B}{\overline{E}_A - \overline{E}_B} = \frac{\Delta \overline{K}}{\Delta \overline{E}}$$

Formal ist eine Gesundheitsleistung kosteneffektiv, wenn die IKER kleiner ist als die maximale Zahlungsbereitschaft des Entscheidungsträgers für eine gewonnene Effekteinheit. Ob der Entscheidungsträger bereit ist, die berechneten zusätzlichen Kosten für eine zusätzliche Effekteinheit zu bezahlen, ist letztlich eine Wertentscheidung.

Perspektive der Kostenmessung: Die zu berücksichtigenden Kosten der Handlungsalternativen sind abhängig von der Perspektive, aus der die gesundheitsökonomische Evaluation durchgeführt wird. Aus der Perspektive eines Kostenträgers bestehen Kosten aus dessen Ausgaben, d.h. der gezahlten Vergütung für Leistungen, die in Zusammenhang mit dem Gesundheitsproblem erbracht wurden. Aus gesellschaftlicher Sicht greift die Kostenträgerperspektive aber häufig zu kurz und ist überdies problematisch: Werden beispielweise Ausgaben von einem Kostenträger (z.B. Krankenversicherung) auf einen anderen Kostenträger (z.B. Rentenversicherung) verschoben, handelt es sich aus der Perspektive des ersten Kostenträgers um Einsparungen, während diese aus der gesellschaftlichen Perspektive gar nicht aufgetreten sind. Deshalb wird in der wissenschaftlichen Diskussion die gesellschaftliche Perspektive empfohlen, die umfassend und neutral ist. Die Kosten, die hier in

die Analyse einbezogen werden, umfassen den gesamten, in Geldeinheiten bewerteten Ressourcenverbrauch im Zusammenhang mit dem Gesundheitsproblem, wobei zwischen direkten und indirekten Kosten unterschieden wird. Direkte Kosten fallen unmittelbar im Zusammenhang mit medizinischen und nicht-medizinischen Versorgungsleistungen an. Indirekte Kosten beschreiben den volkswirtschaftlichen Produktionsverlust, der durch krankheitsbedingten Arbeitsausfall verursacht wird (Abb. 1). Für die gesundheitsökonomische Evaluation von Leistungen der Gesundheitsförderung und Prävention bedeutet das also, dass einerseits die mit dem Gesundheitsproblem in einer Population verbundenen durchschnittlichen Kosten für Diagnostik, Therapie und Nachsorge für alle Handlungsalternativen bestimmt werden müssen. Andererseits sind für die Handlungsalternative der Gesundheitsförderung oder Prävention zusätzlich die Kosten der entsprechenden Maßnahmen zu berücksichtigen. Aus der gesellschaftlichen Perspektive sollten für alle Alternativen zudem die indirekten Kosten berechnet werden (Haddix et al. 2003).

Direkte Kosten	» *Medizinisch:* stationäre und teilstationäre Krankenhausversorgung, ambulante ärztliche Versorgung, Arznei-, Heil- und Hilfsmittel, formelle Pflege durch Pflegeheime und professionelle Pflegekräfte » *Nicht-medizinisch:* Häusliche Pflege durch Familienangehörige und Freunde, Transportkosten, Investitionen, Verwaltung
Indirekte Kosten	» *Vorübergehender* Arbeitsausfall durch Arbeitsunfähigkeit, Präsentismus (geringere Leistungsfähigkeit während der Arbeitszeit), und Therapiebesuche » *Dauerhafter* Arbeitsausfall durch Minderung der Erwerbsfähigkeit oder vorzeitigen Tod

Abb. 1. Direkte und indirekte Kosten (eigene Darstellung)

Gesundheitsökonomische Effektmaße: Für die gesundheitsökonomische Evaluation eignen sich solche Effektmaße, welche die wesentlichen Aspekte der gesundheitlichen Auswirkungen der analysierten Gesundheitsleistungen erfassen und für die der Entscheidungsträger eine Vorstellung zu seiner maximalen Zahlungsbereitschaft hat. Daher werden für die Analyse der Kosteneffektivität von Leistungen der Gesundheitsförderung und Prävention häufig Lebensjahre sowie insbesondere die von Gesundheitsökonomen empfohlenen (Gold et al 1996) sog. qualitätsadjustierten Lebensjahre (Quality-Adjusted Life Years - QALYs) gewählt (Abb. 2). Nach dem Kriterium der Kosteneffektivität wären solche präventiven Gesundheitsleistungen zu bevorzugen, die mit vergleichsweise niedrigen Kosten pro QALY verbunden sind. Für die Höhe der Kosten pro QALY, bis zu der eine Gesundheitsleistung noch als kosteneffektiv betrachtet wird, gibt es international zwar Orientierungswerte, aber keinen allgemein akzeptierten Schwellenwert. Die Beantwortung dieser Frage hängt unter anderem von Wertvorstellungen und ethischen Normen, aber auch von den

verfügbaren finanziellen Ressourcen ab und kann für verschiedene Gesundheitsprobleme unterschiedlich ausfallen. Die Verwendung von QALYs als einheitliche Erfassung von Effekten ist ein Ansatz, um die Ergebnisse von gesundheitsökonomischen Evaluationen verschiedenartiger Gesundheitsleistungen auch aus unterschiedlichen Indikationsgebieten vergleichbar zu machen. Für diesen indikationsübergreifenden Vergleich werden jedoch ein vergleichbares methodisches Vorgehen und die Einhaltung von hohen Qualitätsstandards vorausgesetzt. Selten werden in gesundheitsökonomischen Evaluationen neben den Kosten auch die gesundheitlichen Effekte in Geldeinheiten bewertet. Dies geschieht insbesondere durch die Messung der Zahlungsbereitschaft für Gesundheitsleistungen. Ist die Zahlungsbereitschaft für die zusätzlichen gesundheitlichen Effekte einer Handlungsalternative größer als die zusätzlichen Kosten, dann ist diese Handlungsalternative ökonomisch sinnvoll. Allerdings hat dieser Evaluationstyp aufgrund der mit der Messung der Zahlungsbereitschaft verbundenen methodischen Probleme derzeit in der Gesundheitsökonomie nur eine vergleichsweise geringe Bedeutung.

Quality-Adjusted Life Years (QALYs)

- fassen die Auswirkungen von Gesundheitsleistungen auf Lebensdauer und Lebensqualität in einem Indexmaß (sog. Nutzwert) zusammen.
- werden berechnet, indem man die Lebenszeit mit einer Bewertung des Gesundheitszustandes bzw. seiner Lebensqualität auf einer Skala von 0 (Tod) bis 1 (vollständige Gesundheit) gewichtet.
- können gewonnen werden, indem entweder die Lebenszeit verlängert oder die Lebensqualität verbessert wird, oder durch einer Kombination von beidem.
- sollen den Vergleich der Ergebnisse von gesundheitsökonomischen Evaluationen verschiedenartiger Gesundheitsleistungen aus unterschiedlichen Indikationsgebieten ermöglichen.

Abb. 2. Quality-Adjusted Life Years (eigene Darstellung)

Modellierung: Ein großes Problem bei der Beurteilung der Kosteneffektivität von Leistungen der Gesundheitsförderung und Prävention ist, dass die gesundheitlichen Effekte und eventuelle Kosteneinsparungen durch vermiedene Krankheit häufig erst nach Jahren oder Jahrzehnten auftreten. Entscheidungsanalytische Modelle zur Beurteilung der Kosteneffektivität, in denen die langfristigen Kosten und Effekte modelliert werden, sind daher häufig zwingend erforderlich (Philips et al. 2006). Je nach Entscheidungsproblem können hierfür einfache Entscheidungsbäume oder komplexere Modelle (z.B. Markov-Modelle oder Mikrosimulationsmodelle) erforderlich sein. In solche Modelle gehen in der Regel Daten aus verschiedenen Quellen sowie bestimmte Annahmen ein, weshalb entsprechende Modellrechnungen zwangsläufig mit Unsicherheit behaftet sind, zu deren Analyse spezielle Methoden entwickelt wurden. Besonders komplex gestalten sich Evaluationen von Leistungen, die langfristige Auswirkungen auf eine Vielzahl von Krankheiten haben, wie dies

z.B. bei der Modifikation von Risikofaktoren im Bereich der primären Prävention häufig der Fall ist.

Diskontierung: Der Tatsache, dass Kosten bzw. Einsparungen zeitlich unterschiedlich und zum Teil erst nach vielen Jahren auftreten, muss in gesundheitsökonomischen Evaluationen Rechnung getragen werden, weil Geldbeträge zumeist unterschiedlich bewertet werden, wenn sie zu verschiedenen Zeitpunkten anfallen. Hierbei spielt insbesondere eine Rolle, dass heute verfügbare Geldbeträge z.B. auf dem Kapitalmarkt angelegt werden und eine Rendite erbringen können. Daher muss umgekehrt beachtet werden, dass Geldbeträge und somit auch Kosten, die in der Zukunft anfallen, zum heutigen Zeitpunkt weniger wert sind. Dieses Phänomen wird in die gesundheitsökonomische Evaluation einbezogen, indem zukünftige Kosten auf den heutigen Zeitpunkt diskontiert (abgezinst), also kleiner gerechnet werden. Die Wahl der Diskontrate kann sich an verschiedenen Größen orientieren, wie z.B. an der Rendite langfristiger Staatspapiere oder an Vorschlägen aus der Wissenschaft, die meist zwischen 3% und 5% pro Jahr liegen. Für gesundheitsökonomische Evaluationen in Deutschland wurden eine Diskontrate von 5% pro Jahr und Sensitivitätsanalysen mit 0% bis 10% pro Jahr empfohlen (von der Schulenburg et al. 2007). Die Notwendigkeit der Diskontierung von Kosten ist zwar allgemein akzeptiert, aber es besteht in der wissenschaftlichen Diskussion Uneinigkeit darüber, ob auch gesundheitliche Effekte diskontiert werden sollen bzw. ob dieselbe Diskontrate bei Effekten und Kosten gewählt werden soll. Eine fehlende Diskontierung der Effekte bei gleichzeitiger Diskontierung der Kosten kann möglicherweise dazu führen, dass der Aufschub einer Gesundheitsleistung (und damit ihrer Kosten) in die Zukunft zu einer günstigeren Kosteneffektivität führt und so vom Entscheidungsträger ggf. anders beurteilt wird.

Unrelated Future Health Care Costs: Ein besonderes Problem der gesundheitsökonomischen Evaluation von Leistungen der Gesundheitsförderung und Prävention besteht hinsichtlich der Berücksichtigung der sog. Unrelated Future Health Care Costs (UFHCC) (van Baal et al 2007): Fraglich ist, ob bei dem Gewinn von Lebensjahren durch eine Leistung der Gesundheitsförderung oder Prävention die Kosten für die Versorgung anderer (konkurrierender) Krankheiten in den gewonnenen Lebensjahren der Gesundheitsförderung bzw. Prävention zugerechnet werden sollen. Bisher blieben UFHCC bei der ökonomischen Evaluation von Leistungen der Gesundheitsförderung und Prävention meist unberücksichtigt, nicht zuletzt weil entsprechend komplexe Krankheitsmodelle fehlten, die eine Berücksichtigung konkurrierender Krankheitsrisiken ermöglichen würden. Jedoch werden ohne Berücksichtigung der UFHCC die Kosten lebensverlängernder Gesundheitsleistungen für das Versorgungssystem unterschätzt, mit der Folge falscher Informationsgrundlagen für den politischen Planungs- und Entscheidungsprozess.

„Rechnet“ sich Prävention? Aufgrund der Veränderung des Krankheitsspektrums hin zu nicht heilbaren chronischen Erkrankungen werden Wissenschaft und Gesundheitspolitik

in Zukunft vermutlich vermehrt nach Möglichkeiten suchen, die Effektivität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung durch Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention zu verbessern. Tatsächlich besteht insgesamt ein erhebliches Potenzial an theoretisch vermeidbarer Krankheitslast und Leistungen der Gesundheitsförderung und Prävention können dazu beitragen, dieses Potenzial zu erschließen. Allerdings ist dies nicht zum Nulltarif möglich, da Leistungen der Gesundheitsförderung und Prävention mit Kosten verbunden sind. Die von Politikern erhofften und von Autoren in der grauen Literatur häufig berechneten (langfristigen) Kosteneinsparungen durch Prävention scheinen oft übertrieben und konnten in der wissenschaftlichen Literatur nur für vergleichsweise wenige Präventionsleistungen gezeigt werden (Cohen et al. 2008). Gründe für das Fehlen von Kosteneinsparungen sind insbesondere die häufig geringe Effektivität entsprechender Maßnahmen, die notwendige Diskontierung von Kosten (und Effekten) über lange Zeiträume sowie zusätzlich entstehende Kosten durch die o.g. UFHCC. Trotzdem weisen viele präventive Gesundheitsleistungen günstige Kosteneffektivitätsrelationen auf, wenngleich kein eindeutiger Vorteil gegenüber der Verteilung von Kosteneffektivitätsrelationen kurativer Gesundheitsleistungen zu bestehen scheint (Cohen et al. 2008). Insgesamt gibt es sowohl im Bereich der Prävention als auch im Bereich der Kuration Leistungen mit sehr günstigen, aber auch Leistungen mit sehr ungünstigen Kosteneffektivitätsrelationen. Aber auch wenn keine Kosteneinsparungen realisiert werden, können Gesundheitsförderung und Prävention ökonomisch sinnvoll sein. Dies ist dann der Fall, wenn die (gesellschaftliche) Zahlungsbereitschaft für den Gesundheitsgewinn höher ist als die zusätzlichen Kosten. Interessanterweise scheint aber die Zahlungsbereitschaft der Bevölkerung für durch Prävention erzielten Gesundheitsgewinn geringer zu sein als bei kurativen Leistungen, und das obwohl Bevölkerungsumfragen eine hohe Präferenz für Prävention ergeben (Corso et al. 2002). Dies mag unter anderem darin begründet liegen, dass der Reduktion von „statistischen“ Risiken ein geringerer Wert zugeschrieben wird als der Behandlung konkret betroffener Patienten.

Entscheidungsfindung: Die gesundheitsökonomische Evaluation liefert Informationen zur Wirtschaftlichkeit von Leistungen der Gesundheitsförderung oder Prävention, die von den Entscheidungsträgern bewertet werden müssen und zusammen mit weiteren Entscheidungskriterien bei der Ressourcenallokation berücksichtigt werden sollten. Andere wichtige Kriterien, die in gesundheitsökonomischen Evaluationen meist nicht adressiert werden, beziehen sich insbesondere auf Aspekte der Ungleichheit, wie z.B. Krankheitsschwere, sozioökonomischer Status oder Gender (Johri und Norheim 2012). Zwar gibt es mittlerweile Techniken, Aspekte der Ungleichheit in gesundheitsökonomischen Evaluationen zu berücksichtigen, jedoch behindert die Vielzahl der Ungleichheitskonzepte und ein Mangel an allgemein akzeptieren Normen deren systematische Berücksichtigung im Entscheidungsprozess (Johri und Norheim 2012) (**Gesundheitliche Chancenungleichheit**). Dies

stellt ein Hindernis für die Berücksichtigung gesundheitsökonomischer Evaluationsergebnisse bei der Entscheidungsfindung dar (Heintz et al. 2014).

Fazit: Eine Leistung der Gesundheitsförderung oder Prävention ist besonders kosteneffektiv, wenn sie entweder besonders kostengünstig oder effektiv oder beides ist. Dies wird durch die Zielgröße IKER verdeutlicht. Somit kann eine teure Präventionsmaßnahme durchaus kosteneffektiv sein, wenn sie große gesundheitliche Effekte verursacht. Ein typischer Weg zur Steigerung der Kosteneffektivität von Leistungen der Gesundheitsförderung und Prävention ist die Fokussierung der Maßnahmen auf Hochrisikogruppen, bei denen ein großes Präventionspotenzial besteht. Häufig liefern Leistungen der Gesundheitsförderung und Prävention „viel Gesundheit" für die eingesetzten Ressourcen, es gibt aber auch sehr unwirtschaftliche Maßnahmen. Für viele Leistungen der Gesundheitsförderung und Prävention ist die Kosteneffektivität unbekannt, was auf einen erheblichen Forschungsbedarf hinweist. Die durch gesundheitsökonomische Evaluationen gelieferten Informationen zur Kosteneffektivität müssen von den Entscheidungsträgern bewertet werden und können zusammen mit weiteren Kriterien (z.B. ethischen Normen) Entscheidungen über die Ressourcenallokation unterstützen.

Literatur:

Cohen JT, Neumann PJ, Weinstein MC (2008). Does preventive care save money? Health economics and the presidential candidates. N Engl J Med (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18272889) 358:661-663.

Corso PS, Hammitt JK, Graham JD, Dicker RC, Goldie SJ (2002). Assessing preferences for prevention versus treatment using willingness to pay. Med Decis Making 22(5 Suppl):S92-101.

Drummond MF, Sculpher MJ, Torrance, GW, O'Brien B, Stoddart GL (2005). Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes, 3. ed. Oxford University Press, Oxford.

Gold M, Siegel J, Russel L, Weinstein M (1996). Cost-effectiveness in health and medicine. Oxford University Press, New York.

Gray AM, Clarke PM, Wolstenholme J, Wordsworth S (2011). Applied methods of cost-effectiveness analysis in healthcare. Oxford University Press, Oxford.

Haddix AC, Teutsch SM, Phaedra SC (2003). Prevention effectiveness. Oxford University Press, Oxford.

Heintz E, Arnberg K, Levin LÅ, Liliemark J, Davidson T (2014). The impact of health economic evaluations in Sweden. Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes 108(7):375-82.

Johri M, Norheim OF (2012). Can cost-effectiveness analysis integrate concerns for equity? Systematic review. Int J Technol Assess Health Care 28:125-32.

Philips Z, Bojke L, Sculpher M, Claxton K, Golder S (2006). Good practice guidelines for decision-analytic modelling in health technology assessment: a review and consolidation of quality assessment. Pharmacoeconomics 24:355-371.

Schöffski O, Graf von der Schulenburg JM (Hrsg.)(2012). Gesundheitsökonomische Evaluationen, 4. Aufl. Springer, Berlin/Heidelberg.

van Baal PH, Feenstra TL, Hoogenveen RT, de Wit GA, Brouwer WB (2007). Unrelated medical care in life years gained and the cost utility of primary prevention: in search of a ´perfect´ cost-utility ratio. Health Econ 16:421-433.

Von der Schulenburg JM Graf et al. und die Mitglieder des Hannoveraner Konsens (2007). Deutsche Empfehlungen zur gesundheitsökonomischen Evaluation - 3. aktualisierte Fassung des Hannoveraner Konsens. Gesundh ökon Qual manag:12:285-290.

Internetadressen:

www.hche.de/ (Hamburg Center for Health Economics)
www.dggoe.de/ (Deutsche Gesellschaft für Gesundheitsökonomie)

Verweise:

Evaluation, Gesundheitliche Chancengleichheit

Organisationsentwicklung als Methode der Gesundheitsförderung

Jürgen M. Pelikan, Christina Dietscher

(letzte Aktualisierung am 30.11.2015)

Das Konzept der Gesundheitsförderung ist auf die Gestaltung der gesellschaftlichen Voraussetzungen von Gesundheit ausgerichtet. Diese Voraussetzungen werden in einem hohen Maße in und durch Organisationen geschaffen, die eine wesentliche soziale und auch physische Umwelt von Menschen in der Moderne darstellen. Organisationen werden neben Gesellschaften, Funktionssystemen, sozialen Bewegungen, Interaktionssystemen und Gruppen als ein besonderer Typus von sozialen Systemen verstanden, der das Leben in der Moderne von der Geburt bis zum Tod so stark prägt, dass Soziologen von einer „Gesellschaft von Organisationen" (Charles Perrow) sprechen.

So beeinflussen Organisationen Denk- und Verhaltensmuster von Menschen ebenso wie die Qualität der natürlichen Ressourcen. Entscheidungen, die die Gestaltung dieser Voraussetzungen steuern, sind selbst in komplexe Organisationsstrukturen und -prozesse eingebettet. Wesentliche Bedingungen für Gesundheit in der Moderne sind daher ohne Verständnis und ohne Kenntnisse der inneren Entwicklungsdynamik von Organisationen und deren Verhältnis zu ihrer Umwelt nicht erfassbar und auch nicht veränderbar. Eine wichtige Strategie der Gesundheitsförderung sind somit gezielte Interventionen in Organisationen. Da Gesundheitsförderung als relativ neue gesellschaftliche Aufgabenstellung nur begrenzt an spezialisierte Organisationen delegiert werden kann, betrifft dies grundsätzlich alle etablierten Organisationen. Gesundheitsförderung steht hier vor der Herausforderung, Gesundheit als Ziel und Kriterium in die Entscheidungen und Programme unterschiedlichster Organisationen einzubringen und zu verankern.

Bereits in der Ottawa-Charta ist dieser Zugang zur Gesundheitsförderung durch die Einführung des **Settingansatzes der Gesundheitsförderung** angelegt. Im Health Promotion Glossary der WHO (1998) wird Organisationsentwicklung als zentrale Methode der Setting-Entwicklung dargestellt. Denn: Einem Setting ist üblicherweise eine Organisation zugeordnet, die Gestaltungsmacht in Bezug auf das Setting und Handlungsfähigkeit auch gegenüber der Umwelt des Settings besitzt. Das Setting selbst ist für die Gesundheitsförderung -letztlich als eine Kommunikationsstrategie - nur über die dem Setting zugeordnete

Organisation adressierbar. Daher ist gesundheitsfördernde Settingentwicklung im Kern immer auch Organisationsentwicklung.

Was aber kann im Detail darunter verstanden werden? Organisationsentwicklung bedeutet den geplanten und methodisch kontrollierten Wandel von Organisationen wie Betrieben und Unternehmen, Schulen und Krankenhäusern, Universitäten und Gefängnissen, Ämtern und Verwaltungen. Auch auf Gemeinden, Städte oder Regionen als geografische Verwaltungseinheiten ist Organisationsentwicklung anwendbar. Durch Organisationsentwicklung sollen in einem umfassenden und längerfristigen Prozess die Strukturen und die Kultur einer Organisation sowie das Kommunikations- und Kooperationsverhalten ihrer Mitglieder nach innen und nach außen untersucht und verändert werden. Ziel einer Organisationsentwicklung ist es, in Zusammenarbeit mit den Mitgliedern einer Organisation die Arbeits- und Produktionsbedingungen dieser Organisation zu humanisieren sowie deren Flexibilität und Leistungsfähigkeit zu steigern. Dabei bedeutet die Steigerung der Leistungsfähigkeit nicht nur eine Steigerung der Produktivität, sondern auch des organisationalen Lernens, der Problemlösungsfähigkeit und damit der Überlebensfähigkeit der Organisation. Organisationsentwicklung orientiert sich nicht nur an betriebswirtschaftlichen, sondern besonders an sozialwissenschaftlichen Grundlagen.

Von den unterschiedlichen Ansätzen der Veränderung von Organisationen (z.B. Change Management, Business Reengineering) eignet sich die Organisationsentwicklung mit ihrem in Theorie, Methodik und Praxis angesammelten Wissen um die Bedingungen und Möglichkeiten von Veränderungen in Organisationen besonders gut für die Implementierung von Gesundheitsförderung im Settingansatz. Zudem basiert sie im Gegensatz zum Change- oder Veränderungsmanagement auf einem Entwicklungskonzept, das die beteiligten und betroffenen Menschen und deren Wohlergehen mitberücksichtigt und damit zu motivierten Eigentümern eines nachhaltigen Entwicklungsprozesses macht. Dieses Konzept ist deshalb grundsätzlich an die Prinzipien der Gesundheitsförderung wie **Partizipation**, **Empowerment**, Gleichheit und **Nachhaltigkeit** und an deren umfassenden Gesundheitsbegriff anschlussfähig. Organisationsentwicklung sollte aber auch innerhalb von speziellen Einrichtungen und Organisationen der Gesundheitsförderung mit dem Ziel angewandt werden, deren Effektivität, Effizienz und interne Gesundheitsförderlichkeit zu erhöhen. Ein Helfersyndrom ist auch für Gesundheitsförderer nicht zuträglich.

Organisationsentwicklung als Verknüpfung von Wissenschaft und praxisbezogener Kompetenz in der Beratung und Steuerung von organisationsbezogenen Veränderungsprozessen hat in ihrer ca. 70-jährigen Geschichte eine faszinierende Entwicklung durchgemacht, die durch aktuelle gesellschaftliche Strömungen weiter vorangetrieben wird.

Sie wurde Ende der 1940er-Jahre in den USA in Reaktion auf einseitig rationalistische Ansätze der Organisationsgestaltung als Methode entwickelt, um die Arbeit in den Organisa-

tionen der Wirtschaft über die stärkere Berücksichtigung der „Human Relations“ effizienter zu gestalten. Organisationsentwicklung ging von der Überlegung aus, dass zwischen wirtschaftlichem Erfolg und humanitären Arbeitsbedingungen ein günstiger Zusammenhang besteht, insbesondere dann, wenn die in der Organisation Tätigen an deren Entwicklung beteiligt werden. Beeinflusst von den Erfahrungen in der Wirtschaft wurde in den USA die Organisationsentwicklung auch in kommunalen und sozialen Organisationen eingesetzt, um deren Organisationsstruktur und Kommunikationskultur zu verbessern. Erst ab Ende der 1960er-Jahre fand die Organisationsentwicklung in der Bundesrepublik Deutschland Eingang in die Wirtschaft und danach allmählich - wie in den USA - auch in kommunale und soziale Organisationen. In den letzten Jahrzehnten hat Organisationsentwicklung v.a. durch den seit den 1990er-Jahren unumkehrbaren Prozess beschleunigter Veränderungen in den Organisationen aller Sektoren an Bedeutung gewonnen. War vor zwei Jahrzehnten die Verbesserungsfähigkeit einer Organisation schon ein hervorstechendes Phänomen, so ist heute die Fähigkeit zum kontinuierlichen Lernen (Lernende Organisation, Intelligente Organisation) und zum raschen Wandel zu einer Überlebensfrage für viele Organisationen geworden.

Für die Gesundheitsförderung steht dabei im Unterschied zu den personenbezogenen Ansätzen der Gesundheitserziehung v.a. die Differenz und Wechselwirkung der Entwicklungsprozesse von Personen und Organisationen im Vordergrund. In jüngster Zeit wurde die Disziplin v.a. durch die Integration folgender systemtheoretischer Konzeptionen, Annahmen und Prinzipien vorangetrieben:

- Eine Organisation ist keine „Trivialmaschine“: Organisationen reagieren auf Interventionen von außen in einer Weise, die von ihren internen Mustern und jeweiligen Zuständen bestimmt ist. Die Kenntnis der speziellen Logik einer Organisation und ihrer Art, die Umwelt wahrzunehmen, ist daher eine wichtige Voraussetzung für erfolgreiche Interventionen. Reaktionen auf Impulse von außen können jedoch auch dann nicht mit Bestimmtheit prognostiziert werden. Quasi experimentelle, lernfähige Interventionen sind daher angesagt.
- Organisationen entwickeln sich durch die Veränderung von Kommunikationsstrukturen und professionellen Rollen: Aufklärung und Bewusstseinsbildung allein verändern Organisationen nicht ausreichend. Die Erfahrungen, Kenntnisse, Ideen und Interessen der handelnden Personen sind zwar eine wichtige, aber keine hinreichende Bedingung für die Entwicklung von Organisationen. Organisationen sind gegenüber den Bewusstseinsprozessen ihrer Mitglieder gleichgültig, sie entwickeln sich durch Veränderungen ihrer organisationalen Entscheidungsprozesse, Programme, Zuständigkeitsregeln und Kooperationsstrukturen. Dazu müssen auch professionelle Rollen verändert und die Personen für ihre neuen Aufgaben qualifiziert werden. Die enge Abstimmung

von Strukturentwicklung und Personalentwicklung ist daher ein wichtiges Erfolgskriterium für Organisationsentwicklung.

- Organisationen sind nicht von einer Position aus zu entwickeln: weder allein von der Spitze, noch allein von der Basis, noch von außen. Eine Organisation als soziales System kann sich nachhaltig nur als Ganzes entwickeln. Organisationsentwicklung braucht die Einbindung von Entscheidungsträgern, die Nutzung aller Fachressourcen und die breite Partizipation der Betroffenen und gewisse Hilfestellungen von externen oder internen Veränderungsexperten. Die inhaltliche Konzeption der Veränderung und die einzelnen Schritte müssen von den Beteiligten gemeinsam entwickelt und umgesetzt werden. Organisationsentwicklung bedeutet daher nicht die Implementierung fertiger Organisationskonzepte. Externe oder interne Beraterinnen und Berater haben dabei die Funktion begleitender Prozesssteuerung.
- Organisationsentwicklung muss Verändern und Bewahren kombinieren: Eine Organisation und die Menschen in ihr können sich nur dann auf Veränderungen einlassen, wenn sie sich gleichzeitig auf Kontinuitäten stützen können. Der Blick muss daher auf beides gerichtet sein: auf zu Bewahrendes und zu Veränderndes.
- Veränderungen im Inneren verändern den Kontakt nach außen: Veränderungen in der Organisation beeinflussen die Beziehungen zur Umwelt. Auch diese müssen bewusst umgestaltet und mit den relevanten Partnern abgestimmt werden.
- Organisation als Projekt mit entsprechendem Projektmanagement ist eine Voraussetzung für erfolgreiche Organisationsentwicklung: Um im Alltagsdruck von Organisationen wirksame und nachhaltige Veränderungen zu initiieren, werden Organisationsentwicklungsprozesse am besten in eigens dafür eingerichteten Projekten organisiert und realisiert. Diese Projektarbeit erfordert ein kompetentes **Projektmanagement**.
- Die Anwendbarkeit und Fruchtbarkeit von Organisationsentwicklung für die Umsetzung von Gesundheitsförderung hat sich in den letzten drei Jahrzehnten bestätigt, wobei es Unterschiede in der Professionalität von Organisationsentwicklung in Gesundheitsförderungsprojekten gibt. In der Betrieblichen Gesundheitsförderung z.B. haben sich Standards bei der Umsetzung etabliert, die auf den Prinzipien der Organisationsentwicklung beruhen. Ähnliches gilt für die **Schulische Gesundheitsförderung** und **die Gesundheitsförderung im Krankenhaus**. Ansätze, erarbeitete Standards etwa über Zertifizierungs-Agenturen flächendeckend umzusetzen oder Gesundheitsförderung auch durch die Verleihung von Zertifikaten attraktiver zu machen, sind in verschiedenen Ländern unterschiedlich weit gediehen. Am erfolgreichsten waren derartige Bemühungen dort, wo sie nicht den Setting-Ansatz insgesamt, sondern spezifische abgrenzbare

Sub-Themen, wie etwa das Tabakfreie Krankenhaus oder das Baby-friendly Hospital, betrafen. In jedem Fall wiesen erfolgreiche Projekte in der Regel ein hohes Niveau an Organisationsentwicklungs-Know-how der Betreiber auf.

» Aus den Erfahrungen der letzten Jahre lassen sich einige Schlussfolgerungen ziehen:

» Der Veränderungsdruck auf Organisationen in allen Sektoren ist gestiegen und damit haben Veränderungskonzepte und ihre Anwendung an Bedeutung gewonnen. Gesundheitsförderungsprojekte sind dann erfolgreich, wenn sie an diese Entwicklung anschlussfähig sind und sich aktiv mit eingeführten Konzepten des Change-Management in Beziehung setzen können. Die Auseinandersetzung mit Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement v.a. im Setting „Gesundheitsförderndes Krankenhaus“, aber auch in Betrieben ist dafür ein prominentes Beispiel. Auch die Ansprüche an Evidenzbasierung der Interventionen und an mess- und beobachtbare Erfolgskriterien der Projekte sind gestiegen.

» Als besonders erfolgreich stellen sich Projekte heraus, die gesundheitsfördernde Zielsetzungen mit den originären Zielsetzungen der jeweiligen Organisation verknüpfen (health co-benefits). So erweisen sich z.B. Projekte zur **Betrieblichen Gesundheitsförderung** dann als erfolgreich, wenn damit auch ökonomische Vorteile (Produktivitätssteigerung, größere Innovationsbereitschaft, weniger Krankenstände u.Ä.) erzielt werden können.

» Ein unverzichtbares Erfolgskriterium ist die Investition in die langfristige Kulturentwicklung einer Organisation: Parallel zu strukturellen Änderungen wird versucht, relevante Werthaltungen und Einstellungen zu entwickeln - z.B. durch systematische Anwendung von Gesundheitszirkeln.

» Da Gesundheit meist nicht zum (primären) Geschäft der adressierten Organisationen gehört, sind Kooperationsprojekte mit externen Partnern, deren Expertise in Organisationsentwicklung und Gesundheitsförderung ausgewiesen ist, besonders erfolgreich. Dafür sind v.a. die Projekte von Betrieben in Kooperation mit den Krankenkassen ein gutes Beispiel. Von der Barmer GEK wurde ein Projekt initiiert, bei dem Gesundheitsmanagement in kleinen und mittleren Unternehmen der Metall- und Baubranche - mithilfe von diversen Kooperationspartnern wie beispielsweise der Hochschule für Technik und Wirtschaft Berlin oder der Berufsgenossenschaft - implementiert wurden. Auf Basis von Mitarbeiterbefragungen, Experteninterviews und Gesundheitszirkeln/Gesundheitszirkel-Workshops wurden sowohl unternehmens- als auch mitarbeiterbezogene Maßnahmen zur Verhaltens- und Verhältnisprävention modellhaft durchgeführt und erprobt; anfallende Defizite

wurden durch unterstützende Prozessberatung im laufenden Implementierungsprozess mit berücksichtigt.

» Damit Gesundheitsgewinn durch Gesundheitsförderung auf die Tagesordnung aller Organisationen kommt, sind entsprechende gesundheitspolitische und gesetzliche Vorschriften und Sanktionen, aber auch Bereitstellung von Ressourcen und Anreize notwendig.

Literatur:

Badura B et al, Gesundheitsmanagement im öffentlichen Sektor, Berlin 2002; Grossmann R/Scala K, Gesundheit durch Projekte fördern, Weinheim, München 1994/2001;

Königswieser R/Exner A, Systemische Intervention. Architekturen und Designs für Berater und Veränderungsmanager, Stuttgart 2006;

OrganisationsEntwicklung - Zeitschrift für Unternehmensentwicklung und Change Management, Die Jubiläumsausgabe: Zukunft des Change Managements, No. 4, 2011

Paton K/Sengupta S/Hassan L, Settings, systems and organization development: the Healthy Living and Working Model, in: Health Promotion International 20, 2005, 81-89;

Pelikan JM et al (Hg.), Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung, Weinheim, München 1993;

Pelikan JM, Gesundheitsförderung durch Organisationentwicklung. Ein systemtheoretischer Lösungszugang, in: Prävention und Gesundheitsförderung, 2007 (2), 74-81

Pelikan JM, Zur Entwicklung eines gesundheitsfördernden Settings. In: Dür,W., Felder-Puig,R. (Hg.), Lehrbuch Schulische Gesundheitsförderung, Bern: Hans Huber 2011 (pp.63-72)

Wimmer R, Organisation und Beratung - Systemtheoretische Perspektiven für die Praxis, Heidelberg 2004

Internetadressen:

www.berlin.gesundheitfoerdern.de/BIGA.694.0.html

Verweise:

Empowerment/Befähigung, Gesundheitsförderung und Betrieb, Gesundheitsförderung und Krankenhaus, Gesundheitsförderung und Schule, Nachhaltigkeit und nachhaltige Gesundheitsförderung, Partizipation: Mitentscheidung der Bürgerinnen und Bürger, Projekte / Projektmanagement, Settingansatz / Lebensweltansatz *Es handelt sich bei diesem Beitrag um die aktualisierte und integrierte Bearbeitung zweier Begriffe der letzten Auflage der „Leitbegriffe". Die AutorInnen danken den ursprünglichen Autoren (Ralph Grossmann, Klaus Scala und Peter Sabo) für ihre Vorarbeiten.*

Partizipation: Mitentscheidung der Bürgerinnen und Bürger

Michael T. Wright

(letzte Aktualisierung am 16.02.2016)

Das ‚offizielle' Verständnis von BürgerInnenbeteiligung spannt sich von einer rein rhetorischen Figur der politischen Rede bis zu gesetzlich festgelegten Verordnungen, die BürgerInnenbeteiligung bei Sanierungs- und Stadtplanungsmaßnahmen vorschreiben. Ihre Ausführung erschöpft sich jedoch meistens in der amtlichen Bekanntmachung der Planungen. Wird der Begriff BürgerInnenbeteiligung in Deutschland von etablierter Seite benutzt, so muss man ihn meist mit ‚Akzeptanzförderung' übersetzen. Tatsächliche Teilhabe an Entscheidungen ist bisher nur in seltenen Fällen gewollt und wird auf verschiedenen Ebenen eher behindert.

Eine von Trojan in den 1980er Jahren entwickelte 12-stufige Leiter der BürgerInnenbeteiligung illustriert dies: Beteiligungsformen sind in Deutschland in ihrer überwiegenden Mehrheit in der unteren Hälfte der Leiter angesiedelt (Teilnahme an ...). Tatsächliche Teilhabeformen wie etwa partnerschaftliche Verhandlungen oder institutionalisierte Entscheidungsmacht sind nur in wenigen Ausnahmefällen zu finden (s. Abb.1). Ähnliche neuere Modelle zur BürgerInnenbeteiligung (Cahill 1996) bestätigen diese frühe Einschätzung.

Das zweite Modell, das Stufenmodell der Gesundheitsförderung nach Wright, Block und von Unger (2010), setzt auf der Projektebene an. Das Modell soll der systematischen Entwicklung einer partizipativen Praxis der Gesundheitsförderung im Rahmen der Partizipativen Qualitätsentwicklung (PQ) dienen. PQ sieht vor, die Effektivität gesundheitsfördernder Angebote durch eine stärkere Einbeziehung der Zielgruppen von Maßnahmen in alle

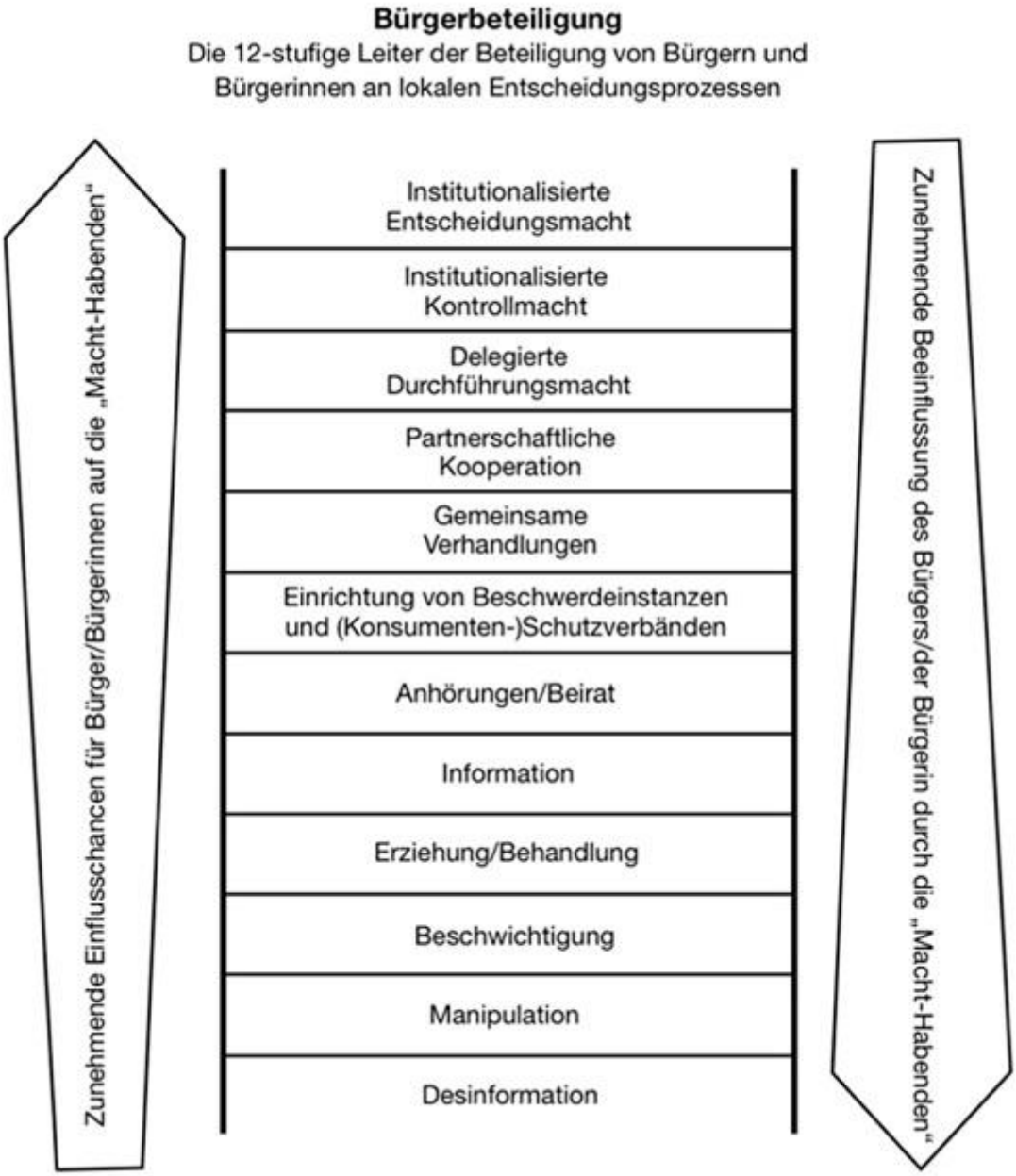


Abb. 1: Systematik verschiedener Beteiligungsformen („12-Stufen-Leiter") nach Trojan (1990)

Phasen der Problembestimmung, der Projektplanung, -durchführung und -auswertung zu steigern. PQ setzt den Schwerpunkt auf eine gleichberechtigte Zusammenarbeit zwischen Professionellen, Bürgerinnen und Bürgern sowie Geldgeberinnen und Geldgebern bzw. Verwaltung. Durch PQ werden methodische Zugänge zur Realisierung einer partizipativen Praxis geschaffen, die sich in Organisationsentwicklungsprozesse von Einrichtungen der Gesundheitsförderung integrieren lassen.

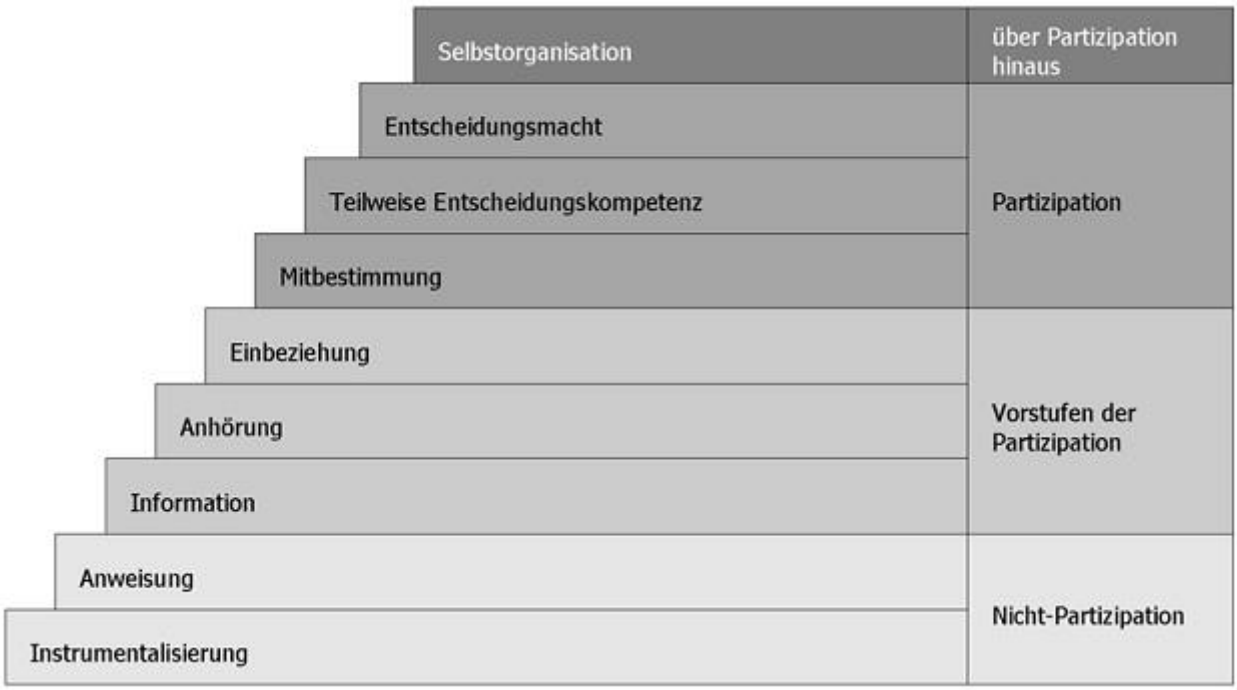


Abb. 2: Stufen der Partizipation in der Gesundheitsförderung (Wright/Block/von Unger, in: Wright 2010)

Auf der **Ebene der Nicht-Partizipation** werden zwei Ausprägungen beschrieben, die im Gesundheitswesen oft anzutreffen sind.

Stufe 1 - Instrumentalisierung: Die Belange der Zielgruppe spielen keine Rolle. Entscheidungen werden außerhalb der Zielgruppe getroffen und die Interessen der Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträger stehen im Mittelpunkt. Zielgruppenmitglieder nehmen eventuell an Veranstaltungen teil, ohne deren Ziel und Zweck zu kennen (Zielgruppenmitglieder als „Dekoration").

Stufe 2 - Anweisung: Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträger (oft ausgebildete Fachkräfte) nehmen die Lage der Zielgruppe wahr. Ausschließlich auf Grundlage der (fachlichen) Meinung der Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträger werden die Probleme der Zielgruppe definiert und Maßnahmen zu ihrer Beseitigung oder Linderung festgelegt. Die Meinung der Zielgruppe zu ihrer eigenen Situation wird nicht berücksichtigt. Die Kommunikation seitens der Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträger ist direktiv.

Bei den **Vorstufen der Partizipation** handelt es sich um eine zunehmend starke Einbindung der Zielgruppe in Entscheidungsprozesse, auch wenn (noch) kein direkter Einfluss auf die Prozesse möglich ist.

Stufe 3 - Information: Die Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträger teilen der Zielgruppe mit, welche Probleme die Gruppe aus ihrer Sicht hat und welche Hilfe sie benötigt. Der Zielgruppe werden verschiedene Handlungsmöglichkeiten für die Beseitigung

oder Linderung ihrer Probleme empfohlen. Das Vorgehen der Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträger wird erklärt und begründet. Die Sichtweise der Zielgruppe wird berücksichtigt, um die Akzeptanz der Informationsangebote und die Aufnahme der Botschaften zu fördern.

Stufe 4 - Anhörung: Die Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträger interessieren sich für die Sicht der Zielgruppe auf deren eigene Lage. Die Mitglieder der Zielgruppe werden angehört (z. B. auf Grundlage von Befragungen), haben aber keine Kontrolle darüber, ob ihre Position Beachtung findet.

Stufe 5 - Einbeziehung: Die Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträger lassen sich von ausgewählten Personen aus der Zielgruppe (oft Personen, die z. B. der jeweiligen Einrichtung nahestehen) beraten. Die Beratungen haben jedoch keinen verbindlichen Einfluss auf den Entscheidungsprozess.

Bei der **Partizipation** hat die Zielgruppe eine formale, verbindliche Rolle in der Entscheidungsfindung.

Stufe 6 - Mitbestimmung: Die Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträger halten Rücksprache mit Vertreterinnen und Vertretern der Zielgruppe, um wesentliche Aspekte einer Maßnahme mit ihnen abzustimmen. Es kann zu Verhandlungen zwischen Zielgruppenvertretung und Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträgern zu wichtigen Fragen kommen. Die Zielgruppenmitglieder haben ein Mitspracherecht, jedoch keine alleinige Entscheidungsbefugnis.

Stufe 7 - teilweise Übertragung von Entscheidungskompetenz: Ein Beteiligungsrecht stellt sicher, dass die Zielgruppe bestimmte Aspekte einer Maßnahme selbst bestimmen kann. Die Verantwortung für die Maßnahme liegt jedoch in den Händen von anderen, z. B. bei Fachkräften einer Einrichtung.

Stufe 8 - Entscheidungsmacht: Die Zielgruppenmitglieder bestimmen alle wesentlichen Aspekte einer Maßnahme selbst. Dies geschieht im Rahmen einer gleichberechtigten Partnerschaft mit einer Einrichtung oder anderen Akteurinnen und Akteuren. Menschen (z. B. Fachkräfte) außerhalb der Zielgruppe sind an wesentlichen Entscheidungen über Methoden zur Entwicklung einer partizipativen Praxis beteiligt, sie spielen jedoch keine bestimmende, sondern eine begleitende oder unterstützende Rolle.

Die letzte Stufe des Modells **geht über die Partizipation hinaus**. Sie umfasst alle Formen selbst organisierter Maßnahmen, die nicht unbedingt als Folge eines partizipativen Entwicklungsprozesses entstehen, sondern von Anfang an von Bürgerinnen und Bürgern selbst initiiert werden können.

Stufe 9 - Selbstorganisation: Eine Maßnahme bzw. ein Projekt wird von Mitgliedern der Zielgruppe selbst initiiert und durchgeführt. Häufig entsteht diese Initiative aus eigener Betroffenheit. Die Entscheidungen trifft die Zielgruppe eigenständig. Die Verantwortung für die Maßnahme liegt bei der Zielgruppe. Alle Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträger sind Mitglieder der Zielgruppe. Diese Stufe schließt alle Formen von Initiativen ein, die von Menschen aus der Zielgruppe selbst konzipiert und durchgeführt werden. Diese können formell (z. B. als Verein) oder informell als (spontane) Aktion gleichgesinnter Menschen organisiert werden.

Mitte der 2000er-Jahre kam es zur Festlegung von Kriterien und Verfahren für Qualitätsentwicklung und -sicherung in der Gesundheitsförderung als Antwort auf die Forderung der Praxis und der Geldgeberseite, wirksame Konzepte besser identifizieren und fördern zu können. Der Kooperationsverbund gesundheitliche Chancengleichheit hat Partizipation als eines der zwölf Good-Practice-Kriterien aufgestellt und verweist dabei auf das o. g. Stufenmodell. Auch andere Instrumente der Qualitätsentwicklung erkennen Partizipation als Grundprinzip an. Der 2014 aktualisierte „Leitfaden Prävention“ der GKV führt die Partizipation der Zielgruppen und Stakeholder als grundlegendes (Qualitäts-)Merkmal des gesamten Gesundheitsförderungsprozesses auf und macht Partizipation damit zu einem Förderkriterium.

Nicht nur in der Praxis der Gesundheitsförderung wird Partizipation immer stärker betont, sondern auch in der Forschung. Durch die Einbeziehung von verschiedenen Menschen, die an Angeboten der Gesundheitsförderung beteiligt sind - vor allem der Menschen, die von diesen Angeboten profitieren sollen - werden neue Erkenntnisse über Fragen der Wirksamkeit, der Gestaltung und des Zugangs beantwortet (**Partizipative Gesundheitsforschung**).

Der Aufstieg der Partizipation von einem zunächst in der Ottawa-Charta genannten Kernmerkmal der Gesundheitsförderung zu einem institutionell anerkannten Prinzip der Gesundheitsförderung ist positiv zu bewerten. Die Gefahr einer starken Formalisierung darf jedoch nicht unterschätzt werden, und es lohnt eine genauere Betrachtung und Auseinandersetzung mit den Kriterien gelebter und angemessener Partizipation. Die zunehmende Tendenz, Partizipation zu formalisieren und zu institutionalisieren, bedeutet nicht unbedingt, dass Bürgerinnen und Bürger tatsächlich immer mehr Einfluss auf das Feld der Gesundheitsförderung ausüben. Erfahrungen aus dem Ausland zeigen, dass eine Pflicht zur Partizipation in Praxis und Forschung oft nur neue Formen der Instrumentalisierung und der Scheinpartizipation hervorruft.

Wenn das Prinzip der Partizipation ernst genommen wird, müssen neue Strukturen und Arbeitsweisen entwickelt werden. Zunächst müssen Räume zum Experimentieren und Reflektieren geschaffen werden, damit die Beteiligten lernen können, wie sich Partizipati-

on am besten realisieren lässt. Partizipation fordert heraus, weil sie Zeit, Flexibilität, Zusammenarbeit auf Augenhöhe, die Bereitschaft, auch außerhalb von Hierarchien zu agieren, Vertrauensaufbau und Kontinuität in der Zusammenarbeit verlangt. Eine der vordringlichen Aufgaben in der Förderung einer partizipativen Praxis besteht darin, die hierfür notwendigen Gelegenheiten auf kommunaler wie überregionaler Ebene zu schaffen. Institutionelle Formen von ‚Brückeninstanzen' (Kontaktstellen, Impact-Hubs, Gesundheitsbeiräten o. Ä.) übernehmen hier eine wichtige Funktion als Übersetzungshilfen und Konfliktmediatorinnen und - mediatoren zwischen den potenziellen Partnerinnen und Partnern von Prozessen der Partizipation (**Vermitteln und Vernetzen**, **Anwaltschaft**, **Partnerschaften für Gesundheit**). Als weitere wichtige Aufgabe müssen die strukturellen Hindernisse abgebaut werden, die partizipativ angelegte Prozesse der Entwicklung und Durchführung von Angeboten der Gesundheitsförderung erschweren. Zeitlich begrenzte, professionell angeleitete Maßnahmen, die auf Verhaltensänderungen ausgerichtet sind, bestimmen noch den Alltag und bieten kaum Möglichkeiten, partizipativ zu arbeiten. Förderprogramme können beispielsweise unterstützen, indem sie flexibler werden und dadurch erlauben, dass Projekte ihre Pläne im Vorfeld partizipativ konzipieren und sie im Projektverlauf in partizipativen Prozessen nachsteuern und anpassen können. Eine partizipative Praxis der Gesundheitsförderung erfordert Zeit und Mittel für eine längerfristige Zusammenarbeit aller Beteiligten, um Kapazitäten für die Eigeninitiative der Bürgerinnen und Bürger ausbauen und dadurch Veränderungen der Rahmenbedingungen für Partizipation besser realisieren zu können.

Literatur:

Cahill J, Patient Participation: a concept analysis, in: Journal of Advanced Nursing, Vol. 24, 1996, 567-57.

Hartung S/Rosenbrock R, Partizipation und Gesundheit. Bern 2012.

Saltman RB, Der konzeptionelle Kontext für eine Bürgerbeteiligung im Gesundheitswesen, in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.), Bürgerbeteiligung im Gesundheitswesen - Eine länderübergreifende Herausforderung, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln 2000, 40-50.

Stark W, Kann Nachhaltigkeit gesellschaftlich partizipativ erreicht werden? Über Partizipation, Bürgerengagement und Zivilgesellschaft. In: Hessische Landeszentrale für politische Bildung (Hg.): Wege in die Nachhaltigkeit. Die Rolle von Medien, Politik und Wirtschaft bei der Gestaltung unserer Zukunft. Wiesbaden 2013.

Straßburger G/Rieger J, Partizipation Kompakt: Für Studium, Lehre und Praxis sozialer Berufe. Landsberg 2014.

Trojan A, Bürgerbeteiligung - Die 12-stufige Leiter der Beteiligung von Bürgern an lokalen Entscheidungsprozessen, in GesundheitsAkademie (Hrsg.). Bürger aller Städte beteiligt Euch… „Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000"?. Themenband 2, Bremen 1990: GesundheitsAkademie,

Wright, MT (Hg.), Partizipative Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention, Bern 2010

Internetadressen:

www.b-b-e.de (Bundesnetzwerk Bürgerschaftliches Engagement)
www.buergergesellschaft.de
www.engagement-macht-stark.de
www.for-be.de (Forschungszentrum für Bürgerschaftliches Engagement)
www.forschungsstelle-direkte-demokratie.info/tiki-index.php
www.partizipative-qualitaetsentwicklung.de
www.pq-hiv.de

Verweise:

Anwaltschaft - Vertretung und Durchsetzung gesundheitlicher Interessen, Partizipative Gesundheitsforschung, Partnerschaften für Gesundheit, Vermitteln und Vernetzen

Ich danke Wolfgang Stark für die Arbeit an vorausgehenden Fassungen dieses Leitbegriffs.

Partizipative Gesundheitsforschung

Michael T. Wright

(letzte Aktualisierung am 16.02.2016)

„Partizipative Gesundheitsforschung (PGF) (participatory health research - PHR) ist ein wissenschaftlicher Ansatz, der die Durchführung von Forschung als eine Koproduktion verschiedener Akteurinnen und Akteure versteht. Der Forschungsprozess wird zwischen allen Beteiligten partnerschaftlich organisiert und kontinuierlich im Hinblick auf die Machtverhältnisse reflektiert. Am gesamten Forschungsprozess soll dabei eine maximale Mitgestaltung der Menschen erreicht werden, deren Lebensbereiche erforscht werden. Zu den Beteiligten gehören insbesondere die Menschen, deren Lebensbereiche erforscht werden, und u.a. Fachkräfte, Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträger des Gesundheits-, Sozial- oder Bildungswesens, Vertreterinnen und Vertreter der Zivilgesellschaft und Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler. Ziel der PGF ist es, neue Erkenntnisse zu gewinnen und Veränderungen anzustoßen, die zur Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden der Menschen beitragen und ***gesundheitliche Chancengleichheit*** *stärken." (Definition PartNet 2015)*

PGF speist sich aus einer Vielfalt *partizipativer Forschungstraditionen* unterschiedlicher Länder und Zeiten. Alle diese Traditionen wurzeln in sozialen Bewegungen, die sich für eine demokratische und inklusive Gesellschaft einsetzen, u. a. *Participatory Rural Appraisal* (Chambers), emanzipatorische Forschungsansätze (Freire), Aktionsforschung in der Organisationsentwicklung (Lewin), Aktionsforschung in der Pädagogik (Kemmis), *Human Inquiry* und *Cooperative Inquiry* (Reason), *Appreciative Inquiry* (Cooperrider), *Community-Based Participatory Research* (Wallerstein), *Action Science* (Argyris), konstruktivistische Forschung (Lincoln), feministische Forschung (Lather), *Empowerment Evaluation* (Fetterman) und *Democratic Dialogue* (Gustavsen) Trotz aller Vielfalt besitzen die verschiedenen Traditionen zwei gemeinsame Merkmale:

1. Der Erkenntnisgewinn wird unmittelbar mit der Entwicklung und Erprobung neuer Handlungsmöglichkeiten verknüpft, um die Arbeitsweisen oder Lebensumstände der Beteiligten zu verbessern.

2. Alle Beteiligten arbeiten auf Augenhöhe, um möglichst alle Phasen eines Forschungsprozesses gemeinsam zu konzipieren und durchzuführen. In diesem Sinne ist die Forschungsarbeit partizipativ.

Vertreterinnen und Vertreter der PGF gründen ihre Arbeit auf einer oder mehreren dieser Traditionen. Es ist üblich, dass sie je nach Kontext Methoden und Konzepte aus verschiedenen Traditionen anwenden, um ihre Arbeit optimal an den spezifischen Forschungszusammenhang anpassen zu können.

Partizipation in der Forschung kann anhand eines für die Gesundheitsförderung und Prävention entwickelten *neun-teiligen Stufenmodells* konkretisiert werden (Abbildung 1). Bei den ersten zwei Stufen handelt es sich um Nichtpartizipation. Hier wird die Einflussnahme der Menschen, um die es in der Forschung geht, kategorisch ausgeschlossen. Instrumentalisierung (Stufe 1) bedeutet, dass Menschen ohne Rücksicht auf mögliche negative Konsequenzen zu Forschungszwecken eingesetzt werden. Bei Anweisung (Stufe 2) müssen die beforschten Menschen entsprechend den Erwartungen der Forschenden handeln. Diese beiden Stufen verbieten sich aus forschungsethischen Gründen auch in der nicht-partizipativen Forschung. Bei den Vorstufen der Partizipation (3-5) werden forschungsethische Standards eingehalten, die Perspektiven der beforschten Menschen werden zunehmend wahrgenommen. Auf Stufe 3 (Information) werden die Beteiligten über das Forschungsvorhaben umfassend informiert; damit werden die Bedingungen für ein informiertes Einverständnis erfüllt. Diese Informationslage bildet die Voraussetzung für eine stärkere Beteiligung der Beforschten durch Anhörung (Stufe 4) und Einbeziehung (Stufe 5). Bei einer Anhörung werden beispielsweise Gespräche mit einer Selbsthilfegruppe oder anderen Vertretungen der beforschten Menschen geführt. Es können Forschungsfragen erörtert werden oder Interventionskonzepte besprochen, die erforscht werden sollen. Solche Gespräche dienen u. a. der Klärung und Spezifizierung des Forschungsdesigns. Bei einer Einbeziehung ist der Austausch intensiver z. B. durch wiederholte Gesprächsrunden oder einen formaleren Rahmen für Diskussionen.

Erst auf der Ebene der Partizipation (Stufen 6-8) haben die Menschen, die beforscht werden, einen unmittelbaren, formalen Einfluss auf das Forschungsprojekt. Bei der Mitbestimmung (Stufe 6) kann z. B. eine Forschungskooperation zwischen einer Selbsthilfegruppe und einer wissenschaftlichen Einrichtung etabliert werden. Die teilweise Übertragung der Entscheidungsmacht (Stufe 7) wird z. B. dadurch umgesetzt, dass bestimmte Bestandteile der Studie unter der Regie der beforschten Menschen realisiert werden, wie die Rekrutierungsstrategie, Teile der Datenerhebung, der Datenauswertung oder bestimmte Formen der Ergebnisverwertung. Bei der Entscheidungsmacht (Stufe 8) bestimmen Menschen aus der Gruppe der Beforschten alle wesentlichen Bestandteile der Forschung mit, z. B. indem Vertreterinnen oder Vertreter der Gruppe gleichberechtigte Mitglieder des Forschungsteams sind. Bei der Selbstorganisation (Stufe 9) handelt es sich um Forschungsvorhaben, die von den beforschten Menschen eigenständig konzipiert und durchgeführt werden. Diese Form von Forschung wird als *betroffenenkontrollierte Forschung* bezeichnet.

Abbildung 1: Stufen der Partizipation (Wright/Block/von Unger in Wright 2010)

In der PGF sind bisher *zwei Schwerpunkte* erkennbar, abhängig von Forschungsgegenstand und Zusammensetzung der Beteiligten:

- *Praxisforschung* (*practitioner research*), die von Praktikerinnen und Praktikern selbst (mit oder ohne Unterstützung wissenschaftlicher Einrichtungen) konzipiert und umgesetzt wird, um die eigene Praxis zu verbessern.
- *Gemeinschaftsforschung (community-based research*), in deren Mittelpunkt (sozial benachteiligte) Menschen bzw. Gemeinschaften von Menschen stehen, die von Angeboten des Sozial- und Gesundheitswesens profitieren sollen. Forschungsziel ist es, diese Menschen zu unterstützen, ihre eigene Lebenslage zu erforschen und dabei Handlungsmöglichkeiten zu entwickeln, die diese Lage positiv verändern (oft in Zusammenarbeit mit Praxiseinrichtungen).

PGF-Projekte umfassen in der Regel sowohl Praxis- als auch Gemeinschaftsforschung: Praxiseinrichtungen und Menschen, die von bestimmten Gesundheitsproblemen betroffen sind, arbeiten im Rahmen von Forschungsprojekten zusammen. Diese Kooperationen wollen sowohl die Leistungen des formalen Hilfesystems als auch die Lebensverhältnisse der betroffenen Menschen verbessern.

Seit den 1980er-Jahren wird PGF international zunehmend diskutiert und praktiziert. Erst in den letzten zwanzig Jahren ist eine vergleichbare Entwicklung im deutschsprachigen Raum zu beobachten. Ein *Memorandum der Kooperation für nachhaltige Präventionsforschung (KNP)* bezeichnete im Jahr 2012 Partizipative Gesundheitsforschung als vielversprechenden neuen wissenschaftlichen Ansatz für Forschung auf diesem Gebiet. Aus-

schreibungen der Gesundheitsforschung setzen immer häufiger die Zusammenarbeit mit Praxiseinrichtungen und/oder Betroffenen als Bedingung für die Förderung voraus. Dieses Beteiligung soll die Qualität der Forschungsarbeiten erhöhen, indem z. B. die Relevanz der Forschungsergebnisse für die Praxis gewährleistet und die Perspektive der Nutzerinnen und Nutzer des Gesundheitssystems berücksichtig werden. Immer häufiger sitzen auch Praktikerinnen und Praktiker in den Projektbeiräten. In der Regel haben aber Menschen, die dem Wissenschaftsbetrieb nicht angehören, keinen unmittelbaren Einfluss auf zentrale Entscheidungen im Forschungsprozess. Sie agieren überwiegend auf Vorstufen der Partizipation, auf denen weder eine gleichberechtigte Zusammenarbeit noch eine Forschung unter Eigenregie möglich ist.

Seit 2007 existiert im deutschsprachigen Raum das *Netzwerk Partizipative Gesundheitsforschung (PartNet)*, der regionale Partner der *International Collaboration for Participatory Health Research* (ICPHR), einer internationalen Arbeitsgemeinschaft mit Mitgliedern aus Wissenschaft und Praxis in über zwanzig Ländern. Seit 2015 ist zudem PartKommPlus - Forschungsverbund für gesunde Kommune in sechs Bundesländern aktiv. PartKommPlus ist das bisher größte PGF-Forschungsvorhaben in Deutschland.

Partizipative Gesundheitsforschung hat sich zu einem gesundheitswissenschaftlichen Ansatz entwickelt, der außerordentlich gut geeignet ist, Prozesse der Partizipation zu untersuchen und zu fördern. Als besonders nützlich erweist sich die PGF bei der Konzipierung und Durchführung von Maßnahmen für sozial benachteiligte Menschen, da hier die fehlende Teilhabe im Mittelpunkt der Problematik der ungleichen gesundheitlichen Chancen steht. Die PGF befindet sich international in einer Phase der Konsolidierung, bei der die wissenschaftlichen Kriterien und die Vor- und Nachteile dieses Ansatzes gegenüber anderen Ansätzen der gesundheitswissenschaftlichen Forschung erarbeitet werden. Hier nimmt die *International Collaboration for Participatory Health Research* eine zentrale Rolle ein. In enger Kooperation arbeiten Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler, Praktikerinnen und Praktiker und andere Interessierte zusammen, um sowohl fachliche (methodologische und theoretische) als auch wissenschafts- und praxispolitische Fragen zu klären, mit dem Ziel den partizipativen Forschungsansatz stärker zu etablieren und zu verbreiten. Dadurch soll es möglich werden, PGF häufiger und effektiver einzusetzen und Menschen vor Ort dabei zu unterstützen, innovative Projekte zur Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung zu realisieren.

Die folgenden *elf Kernkriterien* wurden von der *International Collaboration for Participatory Health Research* (ICPHR) formuliert. Diese Kriterien konkretisieren PGF in der Praxis und sollen die partizipativ Forschenden in der kritischen Reflexion ihrer Arbeit unterstützen.

(1) *PGF ist partizipativ*. Das Kernprinzip der Partizipation unterscheidet die PGF wesentlich von anderen Formen der Gesundheitsforschung. Das Ziel der PGF ist ein Maximum an Partizipation all jener Menschen, deren Leben oder Arbeit beforscht werden. Die Partizipation umfasst den gesamten Forschungsprozess, von der Formulierung der Forschungsfrage und des Forschungsziels über die Entwicklung eines Forschungsdesigns, die Auswahl von Methoden der Datenerhebung und -auswertung bis hin zur Durchführung der Forschung und Verwertung der Forschungsergebnisse. Die Qualität der PGF wird maßgeblich dadurch bestimmt, inwieweit es gelingt, die Menschen, deren Leben oder Arbeit im Mittelpunkt der Forschung stehen, am Forschungsprozess zu beteiligen. Diese Beteiligung darf sich nicht auf Einladungen beschränken, sondern soll sich der zahlreichen Methoden bedienen, die in den letzten Jahren entwickelt worden sind, um Menschen in Forschungsprozesse einzubeziehen. Dies setzt ein intensives Engagement der Personen voraus, die ein Forschungsprojekt initiieren.

(2) *PGF ist lokal situiert.* PGF ist in den Alltag der Menschen eingebettet, deren Leben oder Arbeit beforscht werden. Dadurch ist PGF stark vom spezifischen Forschungskontext abhängig. Das Forschungsprojekt wird in das Sozialsystem integriert, das vom Forschungsprozess unmittelbar profitieren soll. Der lokale Charakter der PGF ist eine Stärke, die die Entwicklung lokaler Theorien fördert. Die lokale Ausrichtung der PGF beeinflusst nicht nur den Fokus von Forschungsprojekten, sondern auch die Auswahl der Forschungsmethoden.

(3) *PGF ist ein kollektiver Forschungsprozess*. In der PGF wird der Forschungsprozess in der Regel von einem Forschungsteam gesteuert, das sich aus verschiedenen Interessengruppen zusammensetzt (engagierte Bürgerinnen und Bürger, Vertreterinnen und Vertreter der Zivilgesellschaft, Fachkräfte aus dem Gesundheits-, Sozial- oder Bildungswesen, Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler u. a.). Eine partizipative Studie kann von all diesen Gruppen initiiert und geleitet werden. Die Bezeichnung „Forscherin“ oder „Forscher“ ist nicht nur den Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern vorbehalten, sondern meint alle Mitglieder des Forschungsteams. Die Projektleitung beschränkt sich, anders als bei konventioneller Forschungsorganisation, auf die Moderation eines gemeinsamen Entscheidungsfindungsprozesses im Team, um die Durchführung, Auswertung und Verwertung des Forschungsprojekts zu realisieren. Ein explizites Ziel der Moderation ist es, allen eine aktive Beteiligung zu ermöglichen.

(4) *PGF-Projekte sind Eigentum aller Beteiligten.* Projekte der PGF gehören allen Beteiligten (dem Forschungsteam und evtl. anderen formal eingebundenen Partnerinnen und Partnern). Das Team entscheidet gemeinsam, wie die Ergebnisse der Studie am besten berichtet und verbreitet werden, um die Forschungsziele erfüllen zu können.

(5) *PGF fördert zivilgesellschaftliches Engagement, um Veränderungsprozesse zu unterstützen.* PGF will Veränderungsprozesse zugunsten der Menschen fördern, deren Leben oder

Arbeit Gegenstand der Forschung sind. Diese Prozesse können unterschiedliche Ziele haben: Verbesserung der gesundheitlichen Situation einer Bevölkerungsgruppe, Verbesserung der Lebensverhältnisse von Menschen (soziale Determinanten von Gesundheit), Gesetzesänderungen, um Ausgrenzungsprozessen entgegenzuwirken (politische Determinanten von Gesundheit), oder Erhöhung der Qualität von Leistungen im Gesundheitswesen. Aktivitäten zur Verbesserung der Lage der beteiligten Menschen sind in den Forschungsprozess eingebettet. Sie sind Gegenstand der Untersuchung oder werden als Empfehlungen auf Grundlage der Studienergebnisse formuliert. Ein Qualitätsmerkmal von PGF ist die Kontinuität der Veränderung: Die beabsichtigten Veränderungen sollen über den Zeitraum des Forschungsprozesses hinausgehen, um eine nachhaltige Verbesserung der untersuchten Problematik zu ermöglichen.

(6) *PGF fördert kritische Reflexivität.* Kritische Reflexivität bedeutet eine Auseinandersetzung mit der Frage, wie Macht und Machtlosigkeit den Alltag der Menschen beeinflussen, deren Leben oder Arbeit beforscht werden. Diese Auseinandersetzung zielt auf ein kritisches Bewusstsein der Beteiligten ab (vgl. *conscientização*, Freire). Kritische Reflexivität fordert Fachkräfte auf, ihre Funktion und ihr Wissen zu hinterfragen; dabei ist das Machtgefälle zwischen ihnen und den Nutzerinnen und Nutzern ihrer Angebote zu beachten. Dies gilt vor allem für die Zusammenarbeit mit Menschen, die stark sozial benachteiligt sind. Die kritisch reflektierte Fachkraft versteht eine partnerschaftliche Zusammenarbeit mit Hilfesuchenden als Voraussetzung, um die eigene Expertenrolle auszuüben. Ihr Ziel ist es, eine Befähigung (**Empowerment**) der Personen im Rahmen der Hilfebeziehung zu unterstützen. Gesundheitsprobleme werden nicht nur als Folge biologischer, sondern auch sozialer Prozesse verstanden, die von der Person nicht kontrolliert werden können. Die kritisch reflektierte Fachkraft arbeitet mit den Menschen zusammen, die ihre Hilfe suchen, um sowohl individuelle als auch kollektive Strategien zu entwickeln und umzusetzen und so die sozialen Determinanten von Gesundheit zu gestalten. Aus der Perspektive der Beteiligten Bürgerinnen und Bürger, kann kritische Reflexivität die Entwicklung kritischer Gesundheitskompetenzen (Nutbeam)(**Health Literacy/Gesundheitskompetenz**) bedeuten. Dadurch sind sie in der Lage, sowohl individuell als vor allem auch kollektiv zu handeln, um Lebensbedingungen zu ändern, die ihre Gesundheit beeinflussen.

(7) *PGF generiert Wissen, das lokal, kollektiv, kooperativ, dialogisch und multiperspektivisch ist.* Üblicherweise werden neue Erkenntnisse in den Gesundheitswissenschaften von und für ein wissenschaftliches Publikum produziert. Die Vorgänge (Methodologie) und Berichterstattung sind für Nichtwissenschaftlerinnen und Nichtwissenschaftler nur schwer zugänglich. Die Umsetzung der Erkenntnisse in Handlungsansätze für Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträger sowie andere Interessierte werden dadurch sehr erschwert. Dieses Problem erfährt unter dem Stichwort Wissenstransfer (*knowledge translation, translational research*) international eine zunehmende Aufmerksamkeit.

Die PGF-Projekte haben in der Regel einen lokalen Fokus und ihre Erkenntnisse sind in der (lokalen) Praxis anwendbar. Die Menschen, deren Lebensverhältnisse oder Arbeitsweisen im Mittelpunkt der Forschung stehen, können ihr lokales Wissen (auch *implizites Wissen* genannt) durch den Forschungsprozess explizieren, überprüfen und ergänzen. Lokales Wissen umfasst alles, was Menschen aufgrund eigener Erfahrungen und Erkundungen bereits über das Thema der Untersuchung wissen. Lokales Wissen wird gewöhnlich in Form von lokalen Theorien weitergegeben, die Gesundheitsthemen konkret und unter Berücksichtigung lokaler Gegebenheiten beschreiben. Das aus der PGF entstehende Wissen ist koproduziert, dialogisch und multiperspektivisch. Der kollektive Forschungsprozess wird so gestaltet, dass dialogische Verfahren der Wissensproduktion in allen Phasen der Zusammenarbeit angewendet werden können. Die unterschiedlichen Perspektiven der Beteiligten sollen im Rahmen dieser Verfahren berücksichtigt werden. PGF wird oft als Prozess der Konsensbildung missverstanden, bei dem die Perspektive hauptamtlicher Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler keine Rolle spielt. Die Stärke der PGF liegt aber gerade darin, dass verschiedene Standpunkte, auch die der Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler, aufgedeckt und überprüft werden können, sodass im Forschungsverlauf eine Vielfalt an Perspektiven dargestellt wird.

(8) *PGF zielt auf verschiedene Formen von Wirkung ab.* Ein weiteres Kernmerkmal der PGF ist ihr Ziel, unmittelbar zu einer Verbesserung der Gesellschaft beizutragen. In der PGF sind Lernen und Forschen untrennbar verbunden. Soziales Lernen (voneinander lernen) ist ein Grundpfeiler des Forschungsprozesses, der durch den fortdauernden Zyklus von „Beobachten - Reflektieren - Handeln“ charakterisiert ist und neue Erkenntnisse über Zusammenhänge hervorbringt. Es ist der Versuch, auf der Basis einer vertrauensvollen und empathischen Beziehung durch Dialog das Gegenüber zu verstehen. Was die Beteiligten als Mitforschende lernen, ist unterschiedlich. Im besten Fall bewirkt die Forschung einen Prozess des Umdenkens (transformatives Lernen), an dem alle Beteiligten teilhaben und der es ihnen ermöglicht, sich und ihre Umwelt anders zu sehen. PGF-Projekte können auf verschiedenen Ebenen wirken, z. B. auf die am Projekt Beteiligten, auf Formen des bürgerschaftlichen Engagements, auf Einrichtungen und Strukturen des Sozial-, Gesundheits- oder Bildungswesens oder auf die Politik.

(9) *PGF erzeugt lokale Evidenz und neue Formen der Generalisierbarkeit.* Das koproduzierte, kontextspezifische Wissen erfordert ein Umdenken in Bezug auf tradierte Vorstellungen der Generalisierbarkeit (Verallgemeinerbarkeit). Ein Ziel der PGF ist es, Maßnahmen in einem spezifischen historischen und räumlichen Kontext zu entwickeln, mit dem Fokus auf der lokalen, kleinräumigen Ebene. Dieses Vorgehen produziert eine *lokale Evidenz* (Evidenz = Beweis), die im Forschungsverlauf von den Beteiligten zusammengetragen und ausgewertet werden kann. Auf Basis der lokalen Evidenz werden Handlungen, die für das untersuchte Gesundheitsthema relevant sind, optimiert. Ob sich die produzierte lokale

Evidenz auf andere lokale Kontexte übertragen lässt, hängt davon ab, ob ein Verständnis entwickelt werden kann für die Unterschiede zwischen dem ursprünglichen Kontext, in dem die Daten erhoben und ausgewertet worden sind, und dem neuen Ort, an dem die Handlungen umgesetzt werden sollen.

(10) *PGF verfolgt spezifische Validitätskriterien.* PGF verwendet sowohl qualitative als auch quantitative Methoden, je nachdem welche Daten für die Beantwortung der Forschungsfragen am besten geeignet sind. Die Methoden werden an die partizipativen Forschungsprozesse angepasst. Diese Anpassung führt oft zu Abweichungen von den Standards der nichtpartizipativen Gesundheitsforschung. Daher hat die PGF *eigene Validitätskriterien* festgelegt.

- Partizipative Validität beschreibt, inwieweit das partizipative Potenzial aller Beteiligten im Rahmen eines Forschungsprozesses realisiert wird.
- Intersubjektive Validität sagt aus, für wie glaubwürdig und sinnvoll die Beteiligten unter Berücksichtigung ihrer verschiedenen Perspektiven die Forschung halten.
- Kontextspezifische Validität bewertet, inwiefern die Forschung den lokalen Kontext berücksichtigt.
- Katalysatorische Validität ist ein Maß dafür, inwieweit die Forschung zur Verbesserung der Situation der Beteiligten beiträgt.
- Ethische Validität beurteilt, ob die Forschungsergebnisse (auch Veränderungsprozesse) - vor allem aus Sicht der Beteiligten - gerecht und ethisch vertretbar sind.
- Empathische Validität beschreibt, wie sehr die Forschung die Empathie der Beteiligten füreinander stärkt.

(11) *PGF ist ein dialektischer Prozess, gekennzeichnet durch ein „kreatives Chaos".* Das Wissen und die Handlungen, die durch PGF entwickelt werden, entstehen innerhalb eines moderierten, kollektiven Forschungsprozesses. Im Mittelpunkt dieses Prozesses steht der Dialog der Beteiligten, bei dem unterschiedliche Perspektiven an den Tag kommen. Dieser Dialog führt nicht unbedingt zu einem Konsens. Er kann in verschiedene Standpunkte zu einem Gesundheitsthema und damit in divergierende Handlungen münden. Der Dialog, dessen Grundlage die kritische Auseinandersetzung mit Fragen der Kausalität von Gesundheit und Krankheit ist, soll ein transformatives, gegenseitiges Lernen der Beteiligten fördern. Die Aushandlungen zwischen den verschiedenen Perspektiven führen oft zu unvorhersehbaren Änderungen im Forschungskonzept, die von den Beteiligten zunächst als chaotisch wahrgenommen werden können. Daraus entsteht jedoch eine neue Ordnung für die Zusammenarbeit, die die Vielfalt der Perspektiven berücksichtigt.

Die folgenden zwei Projekte zeigen exemplarisch die Bedeutung der PGF für die Entwicklung des Gesundheitswesens.

PaKoMi: Zu den gegenwärtigen Herausforderungen der HIV-Prävention in Deutschland gehören verbesserte Angebote der HIV-Primärprävention für besonders vulnerable Gruppen mit Migrationshintergrund. Um diesen Herausforderungen gerecht zu werden, ist eine enge Zusammenarbeit verschiedener Akteurinnen und Akteure (insb. Anbieterinnen und Anbieter gesundheitlicher und sozialer Dienste für Menschen mit Migrationshintergrund) notwendig. Zentral ist auch die Einbindung der jeweiligen Zielgruppen und Gemeinschaften mit Migrationshintergrund. Nur durch ihre Beteiligung (Partizipation) kann das lebensweltliche und kulturelle Wissen einfließen, das notwendig ist, um angemessene und wirksame Prävention zu entwickeln. Das Projekt „Partizipation und Kooperation in der HIV-Prävention mit Migrantinnen und Migranten" (PaKoMi) war ein Projekt der Deutschen AIDS-Hilfe, das von 2008-2011 durch die Forschungsgruppe Public Health am Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB) wissenschaftlich begleitet wurde. Das Forschungsprojekt wurde durch das Bundesministerium für Gesundheit gefördert. PaKoMi zielte darauf ab, die partizipative und kooperative Entwicklung zielgruppenspezifischer HIV-Primärprävention mit Migrantinnen und Migranten zu fördern und zu untersuchen. In Berlin, Hamburg, Dortmund und Osnabrück wurden lokale Forschungsteams gebildet, die eigene Fragestellungen und Forschungspläne entwickelten und umsetzten. Aus den gewonnenen Erkenntnissen entwickelten sich auf lokaler Ebene neue Strukturen und Formen der Prävention sowie neue Netzwerke für Migrantinnen und Migranten. Außerdem wurden ortsübergreifende Empfehlungen formuliert, um HIV-Prävention bei Menschen mit Migrationshintergrund zu verbessern. Diese Empfehlungen betreffen vor allem strukturelle Hindernisse, die eine erfolgreiche Prävention erschweren.

Als Folge von PaKoMi wurde auch eine erste partizipative epidemiologische Studie am Robert Koch-Institut (RKI) durchgeführt: „MiSSA - KABP-Studie mit HIV- und STI-Testangebot bei und mit in Deutschland lebenden Migrant/innen aus Subsahara-Afrika". Das Konzept und die Methoden dieser Studie entstanden in einer Zusammenarbeit zwischen dem RKI, Praxiseinrichtungen und Menschen mit Migrationshintergrund, die im Rahmen von PaKoMi in die Lage versetzt wurden, partizipativ zu forschen.

Partizipative Qualitätsentwicklung: Es ist Konsens, dass sich die Qualität lebensweltorientierter Projekte nur schwer mit standardisierten Instrumenten erfassen lässt. Strukturen, Bedürfnisse sowie mögliche Kooperationspartnerinnen und -partner variieren stark und müssen entsprechend berücksichtigt werden. Im Rahmen von zwei Forschungsprojekten wurde der Ansatz der Partizipativen Qualitätsentwicklung (PQ) in einer Zusammenarbeit zwischen Praxis und Wissenschaft entwickelt und erprobt, um diesen besonderen Anforderungen Rechnung zu tragen. Die Forschungsprojekte wurden von der Deutschen AIDS-Hilfe, Gesundheit Berlin-Brandenburg und der Forschungsgruppe Public Health am Wis-

senschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB) konzipiert und durchgeführt. Gemeinsam mit den Aidshilfen (gefördert durch die Bundeszentrale für gesundheitlich Aufklärung) und Projekten der Gesundheitsförderung und Prävention (gefördert im Rahmen des Programms „Präventionsforschung" des Bundesministeriums für Bildung und Forschung) konnte die Umsetzung neuer Methoden der Qualitätsentwicklung überprüft und an die Rahmenbedingungen der lebensweltorientierten Gesundheitsförderung und Prävention angepasst werden. Insgesamt nahmen über 100 Einrichtungen an Workshops und/oder an wissenschaftlichen Beratungen vor Ort. PQ ist ein Ansatz, der die wichtigsten Prinzipien der Gesundheitsförderung - Partizipation, Kompetenzentwicklung und Empowerment - in der Qualitätsentwicklung berücksichtigt. Ein starker Fokus liegt auf einer möglichst gleichberechtigten Zusammenarbeit zwischen Projekt, Zielgruppe sowie Geldgeberinnen und Geldgebern. Vor allem Projektmitarbeitende sowie die Zielgruppe selbst sollen in kontinuierliche Entwicklungs- bzw. Entscheidungsprozesse einbezogen werden. PQ lebt maßgeblich vom lokalen Wissen der Beteiligten und unterstützt sie darin, dieses Wissen zu nutzen, zu reflektieren und zu erweitern. PQ wird von Praxis und Wissenschaft als eines der wichtigsten Verfahren für die Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung anerkannt. Auf Grundlage der Forschungsprojekte wurden zwei Online-Handbücher für die Praxis entwickelt. PQ wird auch auf europäischer Ebene als Möglichkeit für die Qualitätsentwicklung in der HIV-Prävention empfohlen (s. Quality Action).

Literatur:

van der Donk, C; van Lanen, B; Wright, M (2014) Praxisforschung im Sozial- und Gesundheitswesen. Bern: Huber.

Minkler, M; Wallerstein, N (Hg.) (2008) Community-Based Participatory Research for Health: From Process to Outcomes. Second Edition. San Francisco: Jossey-Bass.

von Unger, H (2013) Partizipative Forschung. Einführung in die Forschungspraxis. Wiesbaden: Springer VS.

Wright, MT (Hg.) (2010) Partizipative Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention. Bern: Huber.

Wright, MT (2013) Was ist Partizipative Gesundheitsforschung? Positionspapier der International Collaboration for Participatory Health Research. Prävention und Gesundheitsförderung; 8(3): 122-131.

Wright, MT; Kilian, H; Brandes, S (2013) Praxisbasierte Evidenz in der Prävention und Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. Das Gesundheitswesen; 75: 380-385.

Internetadressen:

www.partnet-gesundheit.de (Netzwerk Partizipative Gesundheitsforschung)
www.partkommplus.de (PartKommPlus - Forschungsverbund für gesunde Kommunen)

www.partizipative-qualitaetsentwicklung.de, www.pq-hiv.de (Partizipative Qualitätsentwicklung)
www.pakomi.de (PaKoMi-Projekt)
www.icphr.org (International Collaboration for Participatory Health Research)
https://ccph.memberclicks.net/ (Community-Campus Partnerships for Health)

Verweise:

Empowerment/Befähigung, Gesundheitliche Chancengleichheit, Health Literacy / Gesundheitskompetenz

Partnerschaften für Gesundheit

Julika Loss

(letzte Aktualisierung am 24.02.2016)

Partnerschaften bezeichnen die gemeinschaftliche Zusammenarbeit unterschiedlicher Personen, Gruppierungen, Organisationen und/oder Einrichtungen, die ein gemeinsames Ziel verfolgen und in Bezug auf den Kooperationsgegenstand ähnliche Visionen haben. Partnerschaften können von unterschiedlicher Dauer sein, unterschiedliche Interessen verfolgen und auf mehreren Ebenen wirken. Sie dienen der Erzielung besserer Ergebnisse.

Partnerschaften - eine notwendige Konsequenz des sozio-ökologischen Modells von Gesundheitsförderung - Die Zusammenarbeit von verschiedenen Sektoren und die gleichberechtigte Einbeziehung von Bürgern und Betroffenen (**Partizipation**) gelten heutzutage als zentrale Rahmenbedingungen für Gesundheitsförderung. In diesem Sinne sind „Partnerschaften" ein Schlüssel für die bedürfnisgerechte und nachhaltige Umsetzung von gesundheitsbezogenen Programmen und Aktivitäten. Hintergrund ist die Vorstellung, dass Gesundheitsförderung „nicht *für* oder *an* Menschen, sondern *mit* Menschen gemacht wird" (Don Nutbeam 1998).

Bereits die Ottawa-Charta für Gesundheitsförderung lenkte den Blick auf die Frage, wie Gesundheit durch strukturelle und politische Unterstützung gefördert werden kann, zum Beispiel durch gesundheitsfördernde Lebenswelten. Eine umfassende Gesundheitsförderung sollte daher Bereiche wie Umwelt und Wohnen, Arbeit und soziale Verhältnisse mit einbeziehen (**Determinanten von Gesundheit**). Um hier Veränderungen erreichen zu können, sollten alle Politikbereiche Gesundheit als Handlungsziel berücksichtigen (*„Health in all policies"*, s.a. **Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik / Healthy Public Policy**). Konkret heißt es in der Ottawa-Charta, Gesundheitsförderung könne nicht allein durch den Gesundheitssektor bewältigt werden, sondern „verlangt vielmehr ein koordiniertes Zusammenwirken unter Beteiligung der Verantwortlichen in Regierungen, im Gesundheits-, Sozial- und Wirtschaftssektor, in nichtstaatlichen… Initiativen sowie in lokalen Institutionen, in der Industrie und in den Medien. Menschen in allen Lebensbereichen sind daran zu beteiligen als einzelne, als Familien und als Gemeinschaften." Hier werden bereits die wichtigen Partnerinnen und Partner für Gesundheit benannt.

Beispiele für Partnerschaften. - Auf Betreiben der Weltgesundheitsorganisation oder der Vereinten Nationen sind bereits einige weltweite Partnerschaften eingerichtet worden, um gesundheitsbezogene Ziele politisch und finanziell zu unterstützen. Ein Beispiel ist der

„Globale Fonds zur Bekämpfung von **AIDS**, Tuberkulose und Malaria“, der 2001 ins Leben gerufen wurde, um Infektionskrankheiten zurückzudrängen. Der Fonds finanziert verschiedene Maßnahmen sowie nationale Programme, die u.a. auch die jeweiligen Gesundheitssysteme stärken sollen. Die Zusammenarbeit baut auf die Eigenverantwortung der Regierungen und die Mitwirkung der **Zivilgesellschaft** sowie des privaten Sektors.

Auch in Deutschland gibt es einige bundesweite Initiativen, bei denen sich Vertreter/innen des öffentlichen Sektors, der Forschung, der Wirtschaft und der Zivilgesellschaft im Sinne von „Partnerschaften für Gesundheit“ zusammengefunden haben. Ein prominentes Beispiel ist die Plattform Ernährung und Bewegung e.V. (peb), ein offenes Bündnis mit über 100 Mitgliedern aus verschiedenen Sektoren; darunter sind Landesministerien, Nahrungsmittelindustrie, Catering-Firmen, Sportvereinigungen, Berufsverbände oder Krankenversicherungen. Ein anderes Beispiel ist „gesundheitsziele.de“, ein Kooperationsverbund von Akteurinnen und Akteuren von Bund, Ländern, Kommunen, Kostenträgern, Selbsthilfeorganisationen, Industrie, Wissenschaft u.a. Der Verbund vereinbart Gesundheitsziele, z.B. zum Thema Reduzierung des Alkoholkonsums oder zu Verhinderung, Früherkennung und Behandlung von Depression, formuliert Empfehlungen und erstellt Maßnahmenkataloge. Die Beteiligten verpflichten sich zur Umsetzung in ihren Verantwortungsbereichen (**Gesundheitsziele**).

Partnerschaften im Setting: Prinzipien und Beispiele für Partner/innen - Neben diesen langfristig angelegten Netzwerken auf nationaler und internationaler Ebene sind Partnerschaften auch für regionale und lokale Projekte relevant, die Gesundheitsförderung in Settings (z.B. Gemeinde, Schule, Betrieb) umsetzen möchten (**Settingansatz**). Als Struktur haben sich dabei Arbeitskreise oder kooperative Planungsgruppen bewährt. Soll beispielsweise Gesundheitsförderung in einer Hochschule umgesetzt werden, so wird empfohlen, ein Gremium aus relevanten Schlüsselakteuren dieser Hochschule zu gründen. In einen solchen „Gesundheitszirkel“ könnten u.a. Betriebsarzt/Betriebsärztin, Schwerbehindertenvertretung, Sicherheitsingenieur/in, wissenschaftliche Mitarbeiter/innen, Suchtbeauftragte/r und Studierendenvertretung wie auch Vertreter/innen der Personal- und Haushaltsabteilung sowie des Personalrats einbezogen werden. Auf Gemeindeebene haben sich „Regionale Gesundheitskonferenzen“ oder „Ortsnahe Koodinierungsgruppen“ bewährt. Sie sollen die Handlungsmöglichkeiten im kommunalen Gesundheitsmanagement erweitern, indem eine zielgerichtete sektorenübergreifende Zusammenarbeit etabliert wird (**Gesundheitskonferenzen**).

Partnerschaften sollen gesundheitsförderliche Aktivitäten effektiver machen. Für die Umsetzung von Gesundheitsförderung in Settings ergeben sich im Prinzip folgende Zwecke von Partnerschaften:

- Zuwachs an Fachwissen und Erfahrung
- Erhalt zusätzlicher Ressourcen
- Bessere Erreichung der Zielgruppe
- Strukturelle Veränderungen im Setting

Tabelle 1 nennt für diese Zwecke jeweils mögliche Partnerschaften am Beispiel von gemeindenaher Gesundheitsförderung (**Gemeindeorientierung**).

Zweck	PartnerInnen	Beispiele
Zuwachs an Fachwissen und Erfahrung	Spezielle Fachvertreter	» Drogenberatung » Jugendamt, Seniorenbeauftragte » Regionale Aidshilfe
Erhalt zusätzlicher Ressourcen	Organisationen, die finanzielle Unterstützung leisten können	» Örtliche Banken, Sparkassen, Krankenversicherungen, Stiftungen
	Organisationen, die Räumlichkeiten zur Verfügung stellen können (z.B. für Planungsgruppen)	» Gemeinde, Kirchen, Sportvereine, Mehrgenerationenhäuser
	Organisationen, die Materialien vorhalten	» BZgA (Broschüren, Mitmach-Parcours), Wanderausstellungen der Landeszentralen für Gesundheit
	Zusammenarbeit mit Organisationen, die Personal stellen können	» Hochschulen (Einsatz von Studierenden bei Praxiskursen, Pflichtpraktika oder Qualifikationsarbeiten)
Bessere Erreichung der Zielgruppe	Akteure mit guter Kenntnis der Zielgruppe / guten Kontakten zur Zielgruppe	» Multiplikatoren wie Erzieher, Lehrer, Personalräte » Schlüsselfiguren wie Pfarrer, Vereinsvorstände, Bürgermeister

Strukturelle Veränderungen im Setting	Organisationen, die bestimmte Produkte oder Dienstleistungen gesundheitsförderlicher gestalten können	» Gaststätten, Kantinen, Caterer » Supermärkte » Sportvereine
	Organisationen, die bauliche Maßnahmen umsetzen können	» Bau-/Umweltamt » Betriebe

Tabelle 1: Zwecke von Partnerschaften in der Gesundheitsförderung am Beispiel Gemeinde (in Anlehnung an Seibold C, Loss J. Partnerschaften und Strukturen für gemeindenahe Gesundheitsförderung, 2008)

Partnerinnen und Partner, die in einen Gestaltungsprozess zur Gesundheitsförderung einbezogen sind, müssen oftmals dabei unterstützt werden, eigene Strukturen und Kompetenzen zur Etablierung und Weiterführung der Gesundheitsförderungsmaßnahme aufzubauen, z.B. eine kooperative Planungsgruppe für betriebliche Gesundheitsförderung, in der neben Betriebsärztinnen und -ärzten sowie Vertreter/innen von Betriebskrankenkassen auch Mitarbeiter/innen verschiedener Ebenen des Betriebs zusammenkommen. Ein derartiger Arbeitskreis oder Gesundheitszirkel aus Partnerinnen und Partnern, die (größtenteils) nicht professionell in praktischer Gesundheitsförderung tätig sind, muss daher auch bestimmte Kenntnissen und Fähigkeiten entwickeln, um eine effektive Gesundheitsförderung zu ermöglichen, wie z.B. kritisches Bewusstsein, Problemanalyse und Führungsqualitäten. Man spricht auch von Kapazitätsaufbau (**Capacity building**).

Mögliche Probleme von Partnerschaften - Wenn man Partnerschaften für Gesundheit aufbaut, muss bedacht werden, dass wichtige Partner und Partnerinnen oftmals nicht primär aus dem Gesundheitsbereich kommen (z.B. im Setting Schule: Lehrer/innen, Eltern, Hausmeister/innen, Catering-Firma), und daher ihre Motivation für langfristiges, meist Engagement in der Gesundheitsförderung nicht vorausgesetzt werden kann. Für die Beteiligung an einer gemeinsamen Plattform oder einem Arbeitskreis muss daher bei den potenziellen Partnerinnen und Partnern oft stark geworben werden. Zudem kann die Zusammenarbeit von Vertreter/innen aus unterschiedlichen Disziplinen und Sektoren zu verschiedenen Problemen führen. So können Rivalitäten zwischen Berufsgruppen zum Tragen kommen. Unterschiedliche Akteure können an einem gesundheitsförderlichen Programm zudem ganz unterschiedliche Interessen haben (z.B. Kundengewinnung, finanzielles Interesse oder Imagegewinn), die oft nicht leicht miteinander in Einklang zu bringen sind. Auch Organisationsstrukturen und Handlungslogiken können sich z.B. zwischen öffentlichem, wissenschaftlichem oder betrieblichem Sektor unterscheiden und damit die Zusammenarbeit erschweren. Ein Initiator bzw. eine Initiatorin eines Programms muss sich darauf einstellen, bei der Einbeziehung von Partnerinnen und Partnern Kontrolle und Einfluss abgeben zu müssen. Man sollte daher gut abwägen, welche Partnerschaften für ein gesundheitsförderliches Programm tatsächlich inhaltlich und organisatorisch wichtig sind.

Partnerschaften: Nutzen für Gesundheitsförderung und Prävention - Gesundheitsförderung basiert auf einer sozio-ökologischen Sichtweise von Gesundheit, auf der Setting-Orientierung und dem Ansatz der Partizipation. Vor diesem Hintergrund ist Gesundheitsförderung ohne Partnerschaften heutzutage kaum noch denkbar. Gesundheitsförderung hat also eine wesentliche Aufgabe darin, Bündnisse für Gesundheit einzugehen und Netze mit gesundheitlicher Zielsetzung aufzubauen. Partnerschaften können insbesondere dazu beitragen, Programme breiter, effektiver und nachhaltiger zu gestalten. Es bedarf aber oftmals einer guten Motivation und Moderation, damit die Zusammenarbeit von Akteurinnen und Akteuren aus verschiedenen Ressorts mit jeweils unterschiedlichen Interessen und Handlungslogiken im Sinne von Gesundheitsförderung gelingt.

Ein Bedarf besteht zu wissenschaftliche Untersuchungen, die sich mit Kooperationen und Partnerschaften für Gesundheit beschäftigen. Derartige Studien könnten z.B. folgende Fragen beleuchten:

- Welche Arbeitsformen sind für partnerschaftliche Zusammenarbeit in der Gesundheitsförderung sinnvoll?
- Wie sehen Partnerinnen und Partner, insbesondere die nicht aus dem Gesundheitssektor stammen (z.B. Unternehmen, Seniorenvertretung, Kindergartenpersonal), ihre Rolle und Verantwortlichkeit in Partnerschaften für Gesundheit?
- Welche Eigeninteressen verfolgen Partner/innen jeweils bei ihrem Engagement für Gesundheit?
- Wie beeinflussen diese Rollenwahrnehmungen und Eigeninteressen verschiedener Partner/innen die Ausgestaltung von Gesundheitsförderung?

Antworten zu diesen Fragen sind wichtig, um Partnerschaften für Gesundheit effektiver gestalten und nutzen zu können.

Literatur:

Baggot, R, Partnerships for Public Health and Well-Being. Palgrave Macmillan, New York 2013

Curbach J, Loss J. Public Private Partnerships: Chancen und Risiken multisektoraler Zusammenarbeit in der Gemeindenahen Gesundheitsförderung. Impulse 2012; 76:13-15.

Laverack G. Messung, Bewertung und strategische Weiterentwicklung von Gemeindekapazität und -empowerment: Vorstellen eines qualitativen Instruments. Gesundheitswesen 2008; 70:764-70.

Murza G, Werse B, Brand H. Ortsnahe Koordinierung der gesundheitlichen Versorgung in Nordrhein-Westfalen. Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 2005; 10: 1162-69

Naidoo J, Wills J. Lehrbuch der Gesundheitsförderung. Überarbeitete, aktualisierte und durch Beiträge zum Entwicklungsstand in Deutschland erweiterte Neuauflage, BZgA, Köln 2010

Seibold C, Loss J, Eichhorn C, Nagel E. Partnerschaften und Strukturen in der gemeindenahen Gesundheitsförderung - Eine Schritt-für-Schritt-Anleitung für Gesundheitsförderer. Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit, München, 2008, auch abrufbar unter http://www.img.uni-bayreuth.de/de/news/Neuerscheinungen/m2_bt_080520_online.pdf

WHO Regionalbüro für Europa. Partnerschaften für Gesundheit in der Europäischen Region der WHO. Dokumentation zum Regionalkomitee für Europa, 60. Tagung, EUR/RC60/12 (+EUR/RC60/Conf.Doc./6), Kopenhagen, 2010, abrufbar unter http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/119579/RC60_gdoc12.pdf?ua=1

WHO. Bangkok Charta für Gesundheitsförderung in einer globalisierten Welt. 2005, http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP_German_version.pdf

Internetadressen:

gesundheitsziele.de/
www.pebonline.de/
www.theglobalfund.org/en/

Verweise:

Akteure, Angebote und Strukturen, Capacity Building / Kapazitätsentwicklung, Determinanten von Gesundheit, Gemeindeorientierung, Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik / Healthy Public Policy, Gesundheitskonferenzen, Gesundheitsziele, Partizipation: Mitentscheidung der Bürgerinnen und Bürger, Settingansatz / Lebensweltansatz

Ich danke Frau Kolbe für Ihre Arbeit an den früheren Fassungen des Leitbegriffs.

Patientenberatung – Patientenedukation

Doris Schaeffer, Franz Petermann

(letzte Aktualisierung am 05.02.2015)

Patientenberatung/-edukation sind Teil der Gesundheitsförderung und spielen vor allem bei chronischen Krankheiten eine wichtige Rolle, denn international liegt zunehmend Evidenz dafür vor, dass Patientenberatung und -edukation die Erkrankten enorm dabei unterstützen, das Leben mit Chronizität eigenverantwortlich zu bewältigen, ungünstige Krankheitsverläufe zu verhindern oder zu lindern und einen aktiven Part beim Management der eigenen Gesundheit zu übernehmen.

Patientenberatung und -edukation liegen konzeptionell nah beieinander - beides sind kommunikative Interventionsstrategien und zielen auf die Verbesserung der Selbststeuerungsfähigkeit. Dennoch unterscheiden sie sich.

Ziel von ***Beratung*** ist die Unterstützung in eigenständig nicht lösbaren Problemsituationen. Beratung stellt Deutungs- und Orientierungshilfen zur Verfügung, um die Situation einordnen und verstehen zu können, unterstützt die Suche nach tragfähigen Lösungsstrategien und auch deren Umsetzung. Beratung ist also nicht mit reiner Informations- oder Wissensvermittlung gleichzusetzen. Zwar ist die Weitergabe von Informationen und aufklärendem Wissen ein wichtiger Bestandteil im Beratungsprozess, doch geht Beratung darüber hinaus. Sie will Auswege aus unübersichtlichen persönlichen Problemsituationen sichtbar werden lassen, die die Ratsuchenden bislang nicht zu erkennen vermochten. Zugleich zielt sie auf die Stärkung von Fähigkeiten, die Ratsuchende benötigen, um entsprechende Schlussfolgerungen ziehen, Lösungen entwickeln und umsetzen zu können. Immer also geht es in Beratungsvorgängen um Kompetenzförderung - auch in der Patientenberatung. Dort steht die Stärkung jener Kompetenzen im Vordergrund, die für die Bewältigung von Problemen erforderlich sind, die sich bei beeinträchtigter Gesundheit, Krankheit oder Pflegebedürftigkeit stellen.

Beratung gilt als Kurzzeitintervention, die sich an Individuen oder Gruppen richtet und sich unterschiedlicher Kommunikationsmedien bedient: der Face-to-face-Kommunikation, der telefonischen, schriftlichen und zunehmend auch der internetbasierten Kommunikation. Im Gesundheitswesen hat Beratung seit jeher einen relativ hohen Stellenwert und gehört zu den angestammten Aufgaben der Gesundheitsprofessionen. Ergänzend dazu hat sich in den vergangenen Jahrzehnten ein eigener Beratungssektor im Gesundheitswesen

herausgebildet, in dem sich ein breites *institutionalisiertes* Beratungsangebot für unterschiedliche Patienten- und Nutzergruppen herausgebildet hat. So sind neben der unabhängigen Patientenberatung nach SGB V (für die Krankenversicherung) die Koordinationsstellen nach SGB IX (Rehabilitation) entstanden, denen sich nun die Pflegeberatungsstellen und Stützpunkte nach SGB XI (soziale Pflegeversicherung) hinzugesellen. Insgesamt unterliegt die institutionalisierte Patientenberatung einem raschen Wachstum und steht dadurch in Gefahr, ähnlich unübersichtlich zu werden wie das Versorgungswesen. Kritisch ist zudem, dass das Wissen über diesen Bereich (Angebote, Arbeitsweise, Beratungsgeschehen, Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen sowie Nutzer und Nutzerinnen) relativ gering ist und es generell an empirischen Studien mangelt.

Patientenedukation, im deutschen Sprachgebrauch auch als Patientenschulung bezeichnet, hat in allen Bereichen des Gesundheitswesens - besonders in der Versorgung chronisch Erkrankter - zunehmend an Relevanz gewonnen. Unter Patientenedukation werden jene Strategien verstanden, in deren Zentrum die systematische Vermittlung gesundheits- bzw. krankheitsspezifischen Wissens steht, das (chronisch) Erkrankte benötigen, um ihre Situation konstruktiv zu bewältigen und einen aktiven Part bei der Wiedererlangung bzw. Sicherung ihrer verbliebenen Gesundheit einzunehmen. Traditionellerweise war Patientenedukation als „Unterweisung“ angelegt, die darauf zielte, durch Erweiterung individuellen Wissens die Compliance - die Krankheitseinsicht und die Befolgung des Therapieregimes - zu verbessern. Mittlerweile hat sich ein *Paradigmenwechsel* vollzogen: So wird dem „Unterweisungs“-Konzept ein verengtes Lernverständnis entgegengehalten, weil es vor allem kognitive Lernprozesse umfasst und unterstellt, allein durch Wissensvermittlung zugleich Verhaltensänderungen zu bewirken. Diese Annahme hat sich als nicht haltbar erwiesen. Deshalb wird inzwischen die Förderung praktischer Kompetenzen einbezogen, weil - so die Annahme - Patientinnen und Patienten nur durch Einüben von praktischen Fertigkeiten zur Krankheitsbewältigung in die Lage versetzt werden, die Krankheitssituation aktiv und eigenverantwortlich zu managen. Neuere Edukationsprogramme setzen seither sowohl auf Wissensvermittlung als auch auf Kompetenzförderung (**Lebenskompetenzen und Kompetenzförderung**).

Am traditionellen Patientenschulungskonzept wurde außerdem kritisiert, dass ihm ein paternalistisches Verständnis der Patientenrolle zugrunde liegt und es der Expertenperspektive folgt. Demgegenüber wird heute ein Zugriff bevorzugt, der die Patientenperspektive einbezieht und - dem Wandel der Patientenrolle entsprechend - zur Stärkung der Selbststeuerung und Autonomie beitragen will. Darüber hinaus will der Zugriff Patientinnen und Patienten befähigen, ihr Leben mit (chronischer) Krankheit eigenkompetent zu gestalten und die dazu erforderlichen Ressourcen zu erschließen - sei es im Versorgungswesen oder im sozialen Umfeld.

Im Bereich der Patientenedukation ist in den vergangenen Jahren ein breites Spektrum an Konzepten und Strategien entstanden. Zu den wichtigsten gehören 1. strukturierte Schulungsprogramme, 2. Selbstmanagementunterstützung, 3. Health Literacy und 4. Case Management:

1. Strukturierte Schulungsprogramme: Sie existieren mittlerweile in großer Zahl und umfassen (nach Petermann 1997) folgende Dimensionen:

- Vermittlung aufklärenden Wissens zur Förderung eines differenzierten Krankheits- und Therapieverständnisses,
- Aufbau einer angemessenen Einstellung zur Krankheitsbewältigung sowie zur Übernahme von Eigenverantwortung,
- Sensibilisierung der Körperwahrnehmung, um Warnsignale und sich anbahnende Krankheitskrisen erkennen zu können,
- gezielte Vermittlung von Fähigkeiten zur Selbstbeobachtung und zur Selbststeuerung,
- Befähigung zur Durchführung von Maßnahmen zur Vermeidung akuter Krankheitskrisen und Krankheitsfolgen sowie Stärkung sozialer Kompetenzen zur Ressourcenerschließung und zur Mobilisierung sozialer Unterstützung.

Strukturierte Schulungsprogramme liegen inzwischen für eine ganze Reihe chronischer Krankheiten vor. Für einige Erkrankungen existieren auch schon systematische Reviews und Meta-Analysen zur Wirksamkeit von Patientenedukation, so z.B. für Stoffwechselerkrankungen, chronische Atemwegserkrankungen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises, chronische Rückenschmerzen, HIV/Aids, Neurodermitis und neurologische Erkrankungen. Ein weiterer Schwerpunkt liegt auf der Entwicklung von Edukationsprogrammen für spezifische Bevölkerungsgruppen, so z.B. Kinder mit Asthma bronchiale oder Epilepsie oder Menschen mit Migrationshintergrund.

Strukturierte Schulungsprogramme richten sich meist an Gruppen, basieren auf einem systematischen Vorgehen unter Heranziehung von Manualen und Schulungsmaterialien.

2. Selbstmanagementunterstützung: Entsprechende Konzepte sind vor allem in den USA in großer Zahl entstanden; sie beanspruchen, keinen edukativen, sondern einen *supportiven* Ansatz zu verfolgen. Gemeint ist, dass sich Selbstmanagementunterstützung strikt der Patientenperspektive verpflichtet sieht und sich vor allem auf die von den Patientinnen und Patienten selbst artikulierten Probleme konzentriert. Die Unterstützung bei deren Bearbeitung steht im Mittelpunkt, wobei vornehmlich auf Fertigkeiten zur Verbesserung von Problemlösungskompetenz oder aber zum Monitoring von Symptomen gesetzt wird. Auch Selbstmanagementunterstützung zielt also auf die Förderung von Kompetenzen, die zum eigenständigen Management der Krankheitssituation erforderlich sind, konzentriert sich

aber auf praktische Fertigkeiten. Das Konzept weist große Überschneidungen mit *self care support*, also Selbstversorgungsunterstützung auf; teilweise werden beide Begriffe sogar identisch verwendet.

Selbstmanagementunterstützung richtet sich ebenfalls meist an Gruppen und ist als Langzeitintervention konzipiert. Obwohl Selbstmanagementunterstützung konzeptionell auf krankheits*un*spezifische Aspekte zielt, sind in den letzten Jahren zahlreiche Konzepte für spezifische chronische Krankheiten entstanden (so für chronische Arthritis, HIV/Aids, Diabetes mellitus, Schlaganfall, chronische Bronchitis etc.); ebenso existieren Programme für unterschiedliche Bevölkerungsgruppen. Ähnlich wie bei der Patientenedukation liegen auch hier erst wenige Studien zu den langfristigen Effekten vor.

3. ***Health Literacy*** bedeutet wörtlich übersetzt Gesundheitsalphabetisierung und wird in der neueren Diskussion als Begriff für die erforderlichen kognitiven und sozialen Fähigkeiten verwendet, die ein Individuum benötigt, um sich Zugang zu Informationen verschaffen, diese verstehen, einschätzen und für die Erhaltung und Steuerung der eigenen Gesundheit nutzen zu können (WHO 1998). Sind Individuen nicht in der Lage, Gesundheitsinformationen zu erschließen und zu verstehen, können sie auch keine tragfähigen Gesundheitsentscheidungen treffen, die eigene Gesundheitserhaltung nicht angemessen managen oder ihre Belange so im Gesundheitswesen kommunizieren, dass es bestmöglich genutzt werden kann.

Health Literacy ist ein für die Gesundheitsförderung relevantes Konzept, besitzt aber auch für die Patientenedukation große Bedeutung, setzt doch auch sie Health Literacy - im Sinne von gesundheitsbezogener Literalität und Informationskompetenz - voraus oder muss sie vermitteln und stärken, wenn sie unzureichend ausgebildet sind. Denn oft wissen die Patientinnen und Patienten nicht, wie sie Informationen suchen, aus der Fülle an Informationen die für sie richtigen identifizieren sollen, wie sie die Qualität vorliegender Informationen beurteilen können, Fehlinformation vermeiden oder aber Informationen in handlungsrelevantes Wissen übersetzen können. Health Literacy konzentriert sich auf eben diese Herausforderungen im Umgang mit Informationen. Zu Health Literacy liegen international etliche Studien vor. In Deutschland steht eine angemessene konzeptionelle und empirische Auseinandersetzung noch weitgehend aus. Erste Studienergebnisse liegen zu einzelnen Bundesländern und gesetzlich Versicherten vor, bundesweite repräsentative Daten sind in absehbarer Zeit zu erwarten.

4. Coaching/Case Management: Nicht immer sind Patientinnen und Patienten in der Lage, ihre Krankheitssituation eigenständig zu bewältigen - sei es, weil ihre Krankheitssituation zu komplex ist, sie krankheitsbedingt zu schwach sind oder sie nicht über die nötigen Voraussetzungen verfügen. Sie benötigen dann ein begleitendes Monitoring. Coaching und Case Management stellen solche Strategien dar, die zunehmend an Bedeutung gewinnen.

Sie sind beide als anwaltschaftliche Unterstützung zu verstehen, sind folglich der Patientenperspektive verpflichtet und zielen darauf, die Sicherheit der Patientinnen und Patienten zu erhöhen. Zur Patientenedukation gehören sie deshalb, weil es bei ihnen nicht nur darum geht, den Krankheits- und Versorgungsverlauf unter Kontrolle zu halten und vermeidbare Verschlechterungen zu verhindern, sondern durch Empowerment und gezielte individualisierte Edukation die Selbststeuerungsfähigkeit zu remobilisieren und die Bewältigungskompetenz zu stärken.

Coaching und Case Management sind als Langzeitinterventionen konzipiert, richten sich meist an Individuen und stellen unter Public-Health-Gesichtspunkten wichtige Unterstützungsstrategien für vulnerable Patientengruppen dar. Nach langen zähen Diskussionen kehren sie auch in Deutschland vermehrt in die Versorgung ein, haben hier aber in der Gesundheitsforschung noch geringen Stellenwert.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass sich auch die Patientenedukation in den vergangenen Jahren enorm ausgeweitet hat und dass sie in vielen Bereichen des Versorgungswesens heute ein bedeutsamer und selbstverständlicher Teil des Alltags ist, so vor allem in der Rehabilitation, vermehrt auch in der pflegerischen Versorgung chronisch Kranker. Im Zuge dessen ist das Spektrum an edukativen Konzepten ebenfalls größer und differenzierter geworden. Eine damit in Einklang stehende konzeptionelle und empirische Diskussion beginnt sich in Deutschland langsam abzuzeichnen. Ähnliches gilt auch für die Studienlage, die im internationalen Vergleich betrachtet noch verbesserungsbedürftig ist.

Literatur:

Ewers M/Schaeffer D (Hg.), Case Management in Theorie und Praxis, 2. Aufl., Huber, Bern 2005;

Nutbeam D, The evolving concept of health literacy. Social Science & Medicine, 67 (12), 2008, 2072-2078;

Petermann F (Hg.), Patientenschulung und Patientenberatung, 2. Aufl., Hogrefe, Göttingen 1997;

Petermann F (Hg.), Compliance und Selbstmanagement, Hogrefe, Göttingen 1998;

Schaeffer D/Schmidt-Kaehler S (Hg.), Lehrbuch Patientenberatung, Huber, Bern 2006;

Schaeffer D/Schmidt-Kaehler S, Institutionalisierte Patienten- und Nutzerberatung, in: Hurrelmann H/Baumann E (Hg.), Handbuch Gesundheitskommunikation, 1.Aufl., Huber, Bern 2014, 468-481;

Sørensen K et al, Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health, 80 (12), 2012;

WHO - World Health Organization, Health Promotion Glossary, 1998

Internetadressen:

www.gesundheitsinformation.de (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen)
www.patientenedukation.de (Uni Witten-Herdecke)
www.patienten-information.de (Uni Hamburg)

Verweise:

Health Literacy / Gesundheitskompetenz, Lebenskompetenzen und Kompetenzförderung

Peer Education

Herbert Backes, Christiane Lieb

(Letzte Aktualisierung am 23.06.2015)

Peer Education im Gesundheitsbereich meint das Lehren oder Teilen von Informationen, Werten und Verhaltensweisen zur Gesundheit durch Mitglieder gleicher Alters- oder Statusgruppen.

Gesundheitsförderung durch Peer Education wird aktuell in zahlreichen Präventionsgebieten und Settings umgesetzt. Die am häufigsten gewählten Settings für sogenannte Peerprojekte sind die Schule, Betriebe bzw. der Arbeitsplatz, Jugendzentren oder das Setting Freizeit ganz allgemein. Die Auswahl eines geeigneten Settings für eine Intervention erfolgt in der Regel in Abhängigkeit von der spezifischen Zielgruppe, der die präventive Maßnahme gilt. Besonders gut eignen sich Peer-Education-Projekte zur Gesundheitsförderung z.B. an Schulen. Gesundheitsförderung im schulischen Kontext ist als ein Prozess zu verstehen, der hilft, unterstützende physische und emotionale Bedingungen in Klassen, ganzen Schulen, Gemeinden und Gesellschaften zu schaffen. Dieser Prozess bedarf der Unterstützung und der Einbeziehung aller schulischen Akteure - Schülerinnen und Schüler, Lehrkräfte, Eltern etc. (Schulische Gesundheitsförderung).

Peers („Gleiche“, „Gleichaltrige“) werden in Programmen der Prävention und der Gesundheitsförderung für junge Menschen auf vielfältige Weise als Träger von personalkommunikativen Botschaften einbezogen. Peers sind Laienmultiplikatoren und -multiplikatorinnen, die der Zielgruppe der präventiven Intervention angehören. Entsprechende Programme werden unter dem Begriff Peer Involvement zusammengefasst (s. Abb. 1). *Peer Involvement* bezeichnet den Einsatz von Jugendlichen für Jugendliche zur Aufklärung, Beratung oder Projektgestaltung. Zwar weisen Studien zu Peer-Involvement-Programmen teilweise keine eindeutigen Ergebnisse zu den Erfolgen solcher Programme aus, zwei Positionen sind aber unstrittig:

1. bei Jugendlichen haben diese Programme eine hohe Akzeptanz.
2. werden „peer leader“ als Träger von Wissens- und Verhaltensbotschaften in solchen Programmen eingesetzt, so sind sie wenigstens genauso effektiv wie Erwachsene.

Peer-Education-Programme werden unabhängig vom Alter der Beteiligten auch im Erwachsenenalter eingesetzt (hier sei speziell auf die Aidsprävention der 1990er-Jahre im

Bereich von Männern, die Sex mit Männern (MSM) haben, hingewiesen). Die meisten Erfahrungen und Einsatzbereiche beziehen sich allerdings auf Jugendliche. Peer-Education-Programme können z.B. die Durchführung von Informationsveranstaltungen einer oder mehrerer Multiplikatoren bzw. Multiplikatorinnen für andere Jugendliche beinhalten. Dabei wird nicht nur Wissen vermittelt. Auch Einstellungen, Werte und soziale Normen werden reflektiert. Expertinnen und Experten gehen davon aus, dass auf diese Weise auch die Einstellungen und das Verhalten der Zielgruppe beeinflusst werden können.

Eine Unterscheidung zwischen Peer Counseling, Peer Education und Peer-Projekten erfolgt je nach Form und Anzahl beteiligter Interaktionspartner und -partnerinnen (s. Abb. 1):

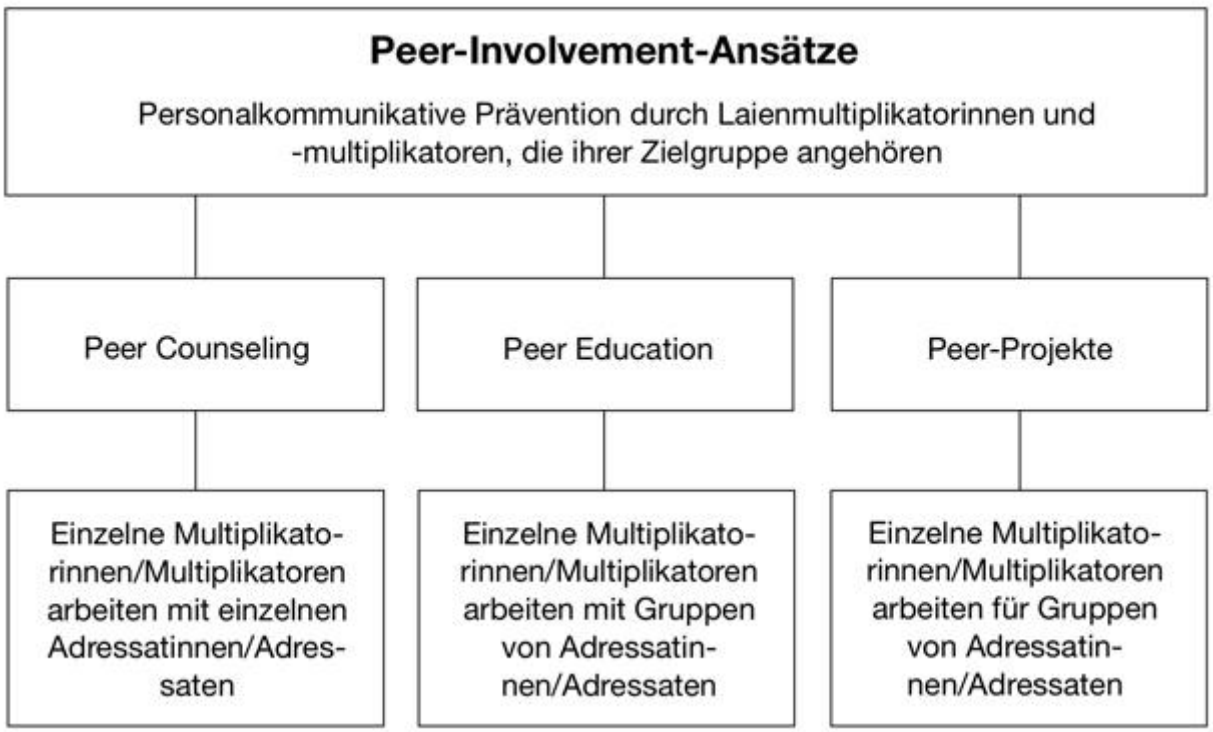


Abb. 1: Systematik von Peer-Involvement-Ansätzen (aus: Backes/Schönbach et al 2001, 7)

- Peer-Counseling-Programme sind im Allgemeinen charakterisiert durch die Beratung zu speziellen Themen von Mensch zu Mensch. Peer Counselors stehen Ratsuchenden in sozialen Notlagen beratend zur Seite, z.B. bei vermuteter oder tatsächlicher Schwangerschaft, bei Drogenproblemen etc. An die Fähigkeiten und Fertigkeiten der Counselor stellt ein solcher Ansatz hohe Anforderungen.
- Peer Education meint den Einsatz eigens trainierter Jugendlicher, um eine Gruppe zu einem Thema zu informieren und deren Einstellungen und Verhaltensweisen zu beeinflussen.

- Peer-Projekte werden für bestimmte konkrete Aktionen ins Leben gerufen und sind stark aktionsorientiert. Die Inhalte der Projekte orientieren sich an den Bedürfnissen der Jugendlichen. Die Formen sind vielfältig und reichen von der Aufführung eines Theaterstücks bis hin zur Einrichtung und Organisation eines Aufklärungsstands an einer Schule.
- Aus folgenden Bereichen liegen positive Erfahrungen mit Peer-Involvement-Ansätzen vor:
- Vermittlung von Schul- und Lernstoffen jeder Art (z.B. Schüler helfen Schülern),
- Bewältigung von Stress, „Stress-Impfung“ und „Stress-Immunisierung“, Stärkung individueller Widerstandskompetenzen gegen negativen sozialen Druck,
- universelle Prävention von Rauchen und Risikominimierung von Alkoholkonsum/-missbrauch,
- universelle Prävention von Drogenkonsum,
- Schadensminimierung bei Drogenmissbrauch,
- HIV-/Aidsprävention,
- Verhütung ungewollter Schwangerschaften (Sexualaufklärung, Verhütung und Familienplanung),
- Prävention sexuell übertragbarer Erkrankungen,
- Prophylaxe von Infektionskrankheiten wie z.B. Grippe,
- Ernährungsberatung und Prävention von Essstörungen,
- Bekämpfung von Wohnungslosigkeit,
- Prävention von Gewalt.

In den USA ist der Peer-Education-Ansatz Teil vieler schulischer Curricula und weit verbreitet. Im europäischen Sprachraum waren Peer-Education-Programme bis vor einigen Jahren nur in Großbritannien bekannt, abgesehen von wenigen Ausnahmen. Inzwischen sind Peer-Education-Programme auch in Europa weit verbreitet und haben in Deutschland ebenfalls stark an Bedeutung gewonnen. Auf europäischer Ebene findet *seit über 15 Jahren* eine Vernetzung der Aktivitäten statt. (Die Vernetzung europäischer Peer-Education-Projekte erfolgte durch Etablierung des EUROPEER-Projekts. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung [BZgA] und das Landesamt für Gesundheit und Soziales Berlin waren als Vertreter Deutschlands an der Entwicklung des Netzwerks aktiv beteiligt.)

Die im Rahmen des Projekts entstandene Website (EuroPeer UK) als Fokus der Zusammenarbeit beinhaltet aktuelle Darstellungen der unterschiedlichsten Projekte aus vielen Ländern Europas, eine ständig aktualisierte Literaturauswahl, Rahmenrichtlinien für die Peer-Education-Arbeit in Zusammenhang mit sexueller Gesundheit, HIV/Aids und anderen

Präventionsthemen. Aus den Aktivitäten des EUROPEER-Projekts ist beispielsweise auch das „Europäische Netzwerk für praxisorientierte Suchtprävention“ entstanden, das suchtpräventive Ziele vor allem durch den Einsatz von Peer-Projekten zu erreichen sucht.

Beide Webseiten dokumentieren die große Bandbreite des Einsatzes von Peer Education. Viele Projekte zielen auf die kognitive Ebene der Wissensvermittlung ab. Bei anderen stehen Kommunikations- und Persönlichkeitsförderung im Vordergrund, wiederum andere nutzen den Ansatz, um sozialen Wandel voranzutreiben.

Theoretisch stützt sich der *Peer-Education*-Ansatz im Wesentlichen auf entwicklungs- und sozialpsychologische Erklärungsmodelle zur Bedeutung Gleichaltriger sowie auf sozial- und gesundheitspsychologische Einstellungs- und Handlungstheorien (**Soziale Lerntheorie**, **Theorie des geplanten Verhaltens**, **Diffusionstheorie**). Gleichaltrigen wird in entwicklungspsychologischer Sicht eine wichtige Bedeutung bei der Bewältigung von Entwicklungsaufgaben und Entwicklungsproblemen zugewiesen. Insbesondere Jugendlichen, die sich in einem Prozess der Ablösung vom Elternhaus befinden und auf der Suche nach eigenen Werten sind, hilft die Orientierungs- und Stabilisierungsfunktion Gleichaltriger. Da die Interaktionsformen des Sozialsystems der Gleichaltrigen durch Kooperation und Egalität gekennzeichnet sind, bieten sich auch neue und eigene Entwicklungsmöglichkeiten.

Frühe Peer-Education-Ansätze verfolgten daher die Stärkung der Widerstandskräfte gegenüber dem seinerzeit vorwiegend als negativ bzw. risikoverstärkend angesehenen sozialen Einfluss Gleichaltriger. Als konzeptionelle Handlungsanleitungen dienten die soziale Lerntheorie in Verbindung mit der „Theorie sozialer Impfung“ von Meichenbaum und der differenziellen Assoziationstheorie. In der Literatur für den Bereich sexueller Gesundheit müssen die theoretischen Grundlagen einer fundierten praktischen Arbeit mit dem Peer-Education-Ansatz als noch nicht ausreichend bewertet werden.

Der Peer-Education-Ansatz setzt die theoretischen Grundlagen der Gesundheitsförderung eindrucksvoll um: Peer-Education-Ansätze zielen auf Netzwerkförderung, auf die Bildung von Freiwilligengruppen, die an subjektiv bedeutsamen Themen arbeiten (**Netzwerke**). Peer Education erfordert die Unterstützung von Selbstorganisation und autonomen Lebensformen sowie die Förderung von Empowerment bei Jugendlichen. Partizipation der Jugendlichen findet Eingang in alle Ebenen der Programmrealisierung (Zielsetzung, Programmentwicklung, Programmdurchführung und -evaluation) und ist damit ein weiteres Schlüsselelement von Peer-Education-Ansätzen.

Wie für alle Entwicklungsprogramme für Jugendliche gilt, dass deren Implementation und die Erzielung positiver Wirkungen sehr einfach wäre, könnten menschliches Verhalten und Umwelteinflüsse einfach kontrolliert, beeinflusst und gemessen werden. Bislang lie-

gen evidenzbasierte Aussagen zur Wirksamkeit von Peer Education nur für Schulprogramme vor. Die Erforschung von Peerprojekten - besonders in dem für die Suchtprävention bedeutsamen Setting „Freizeit“ - hat seit den 1990er-Jahren noch keine neuen Erkenntnisse bezüglich der Wirksamkeit der Projekte liefern können. Daher ist die Durchführung belastbarer Studien zur Wirksamkeit von Peer-Education-Ansätzen nach wie vor dringend notwendig. Diese sind stärker als bisher theoretisch zu fundieren; insbesondere sind diejenigen Aspekte genauer zu berücksichtigen, die sich unmittelbar in die Praxis umsetzen lassen.

Vorliegende *Evaluationsstudien* zeigen, dass durch Peer Education positive Veränderungen des Wissensstandes bei der Zielgruppe tatsächlich erreicht werden können. Einstellungen, Verhaltensabsichten oder gar Verhaltensänderungen sind aber, wie bei anderen Präventionsprojekten auch, weitaus schwieriger zu erzielen und nachzuweisen. Peer-Education-Projekte im Bereich der Aidsprävention lassen hinsichtlich dieses Anspruchs innerhalb der Zielgruppe positive Ergebnisse erkennen. Darüber hinaus werden positive Effekte in den oben genannten Bereichen aber auch für die Peer Educators selbst erzielt - für jene Jugendlichen also, die ausgebildet wurden, um anderen Jugendlichen Veranstaltungen, Beratungen etc. anzubieten. Diese Multiplikatorentätigkeit wird darüber hinaus als förderlich für die persönliche Entwicklung von Jugendlichen bewertet.

Peergroups tragen zur Herausbildung der Identität bei, vermitteln Identifikationsmöglichkeiten, helfen beim Kennenlernen von Lebensstilen und ermöglichen das Einüben von Selbstpräsentation. Die entwicklungspsychologischen Erkenntnisse legen nahe, die besondere Funktion, die den Gleichaltrigen in der Adoleszenz zukommt, dahin gehend zu nutzen, die Einstellungen und Verhaltensweisen der Jugendlichen durch andere ausgebildete Jugendliche positiv für die Anliegen der Gesundheitsförderung zu beeinflussen. Darüber hinaus gelten Peer-Involvement-Projekte als kosteneffektive Präventionsansätze, die gleichzeitig für die Prävention nur schwer erreichbare Zielgruppen ansprechen können.

Gesundheitsförderungsprogramme werden dann gut angenommen, wenn diejenigen, die die Botschaften vermitteln, von der Zielgruppe akzeptiert werden. Für Kinder und Jugendliche zeigt sich z.B. bei den Themen Sexualität und Schwangerschaftsverhütung, dass der Einsatz Gleichaltriger von besonderer Bedeutung für die Akzeptanz ist. Im Jugendalter prägen Gleichaltrige stark die allgemeine Lebensweise sowie riskante bzw. gesundheitsförderliche Verhaltensweisen. Untersuchungen zeigen, dass Jugendliche am liebsten mit anderen Jugendlichen über Sexualität und Schwangerschaftsverhütung diskutieren und dementsprechend auch ihr Wissen darüber häufig durch andere Jugendliche erhalten. Bereits Anfang der 1990er-Jahre wurde nachgewiesen, dass das Kommunizieren-Können zu Fragen der Sexualität und Verhütung eine wesentliche Vorbedingung für die spätere regelmäßige Anwendung von Verhütungsmitteln darstellt. Die Ergebnisse der Jugendsexualitätsstudie 2005 der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung belegen, dass heute

der Partner bzw. die Partnerin, der beste Freund bzw. die beste Freundin oder auch „andere“ Mädchen und Jungen zur Vermittlung sexueller Kenntnisse in steigendem Maße beitragen.

Als allgemeines und strukturell bedingtes Problem soll aber auch darauf verwiesen werden, dass die Herstellung von Kontinuität innerhalb von Peer-Education-Projekten nur schwer erreichbar ist bzw. fast ausschließlich durch Professionelle sichergestellt werden muss. Damit ist u.a. gemeint, dass Peers aus ihrer Rolle „herauswachsen“ und für mehrjährige Projekte regelmäßig neue Peers rekrutiert und ausgebildet werden müssen.

Darüber hinaus wurde von Cuijpers (Cuijpers 2002) in einer Meta-Analyse zu Suchtprävention an Schulen festgestellt, dass es für die Wirkung einer Intervention nicht entscheidend ist, wer - also ob ein Peer, eine Lehrkraft oder eine Präventionsfachkraft - diese Maßnahme durchführt. Vielmehr ist neben den Inhalten oder der Anzahl der Maßnahmen bzw. Kontakte im Rahmen einer Intervention vor allem das Ausmaß an Interaktivität, das heißt die Beteiligung und die Einbindung der Zielgruppe in die Maßnahme, maßgeblich für den Erfolg einer Intervention.

In Literatur und Praxis zum Peer-Education-Ansatz wird immer wieder die Frage gestellt, inwieweit wirklich diejenigen Jugendlichen erreicht werden, die zur Verringerung sozialer Ungleichheit erreicht werden müssten: Migrantinnen und Migranten, Jugendliche mit Drogenerfahrung u.a. Zwar wurden in den meisten Peer-Involvement-Projekten bisher überwiegend Mittelschichtsangehörige und Mädchen als Multiplikatoren und Multiplikatorinnen rekrutiert. Dies könnte auf lange Sicht dazu führen, dass Mittelschichtsangehörige, die bessere motivationale Voraussetzungen und vermutlich auch bessere psychosoziale Ressourcen mitbringen, zusätzlich gestärkt werden. Neuere Programme zu Aids, persönlichen Ressourcen und Bildung wenden sich als Zielgruppe nun auch an Häftlinge und können nachweisen, dass zumindest während der Inhaftierungszeit deutlich regelkonformeres und disziplinierteres Verhalten bei den als Peer Educator Beteiligten, erreicht werden konnte. Innerhalb eines von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung geförderten Modellprojekts (vgl. hierzu auch das von der BZgA 2001 herausgegebene Handbuch) konnte allerdings auch die Praxistauglichkeit des Peer-Education-Ansatzes für den Bereich der Sexualaufklärung und Aidsprävention bei jugendlichen Migrantinnen und Migranten nachgewiesen werden.

Literatur:

Backes H/Schönbach K et al, Peer Education - ein Handbuch für die Praxis, BZgA, Köln 2001;

Collica-Cox K, Counting down: HIV-prison-based peer education programs and their connections to reduced disciplinary infractions, in: International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 58 (8), 931-952;

Cuijpers P, Peer-led and adult-led school drug prevention: a meta-analytic comparison. Journal of Drug Education, 32 (2), 2002, 107-119;

Kern-Scheffeldt W, Peer-Education und Suchtprävention, Suchtmagazin, 5/2005, 3-11;

Milburn KA, Critical review of peer education with young people with special reference to sexual health, in: Health Education Research, 10, 1995, 407-420;

Phelps FA et al, Sex education - The effect of a Peer program on pupils (aged 13-14 years) and their Peer leaders, in: Health Education Journal, 53, 1994, 127-139;

Schönbach K, Gesundheitsförderung und peer involvement bei Jugendlichen, Senatsverwaltung für Gesundheit, Berlin 2002;

Strüber E/Lieb C/Dorn T, Die Alkohol-Jugendkampagne „Na toll!“ der BZgA, Prävention 32, 2009

Internetadressen:

www.euronetprev.org (European Network for Practical Approaches in Addiction Prevention)
www.europeers.de und www.jugendfuereuropa.de (Deutsche Agentur für das EU-Programm „Jugend in Aktion“)
www.kenn-dein-limit.info oder www.bist-du-staerker-als-alkohol.de (Peer-Aktion der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung)
www.projects.exeter.ac.uk/europeeruk (Europeer UK)

Verweise:

Diffusionstheorie - Verbreitung von Innovationen (Erklärungs- und Veränderungsmodelle III), Gesundheitsförderung und Schule, Sozial-kognitive Theorie (Erklärungs- und Veränderungsmodelle I), Soziale Netzwerke und Netzwerkförderung, Theorie des geplanten Verhaltens (Erklärungs- und Veränderungsmodelle I)

Primäre Gesundheitsversorgung/ Primary Health Care

Hendrik v. d. Bussche

(letzte Aktualisierung am 15.04.2015)

Der geschichtliche Hintergrund - Mit dem Konzept der „Primary Health Care" in der Deklaration von Alma Ata, einer Stadt in Kasachstan und heute Almaty genannt, erklärte die WHO 1978 Gesundheit zu einem grundlegenden Menschenrecht und legte ein Konzept für eine umfassende neue Orientierung für die Gesundheitspolitik der Staatengemeinschaft und der einzelnen Länder vor.

„Primary Health Care" wird in der Deklaration von Alma Ata als ein Konzept von Gesundheitsversorgung begriffen, „die auf praktischen, wissenschaftlich fundierten und sozial akzeptierten Methoden basiert und für den Einzelnen wie die Familien im Sinne von Eigenständigkeit und Selbstbestimmung zu erschwinglichen Kosten für Gemeinschaft und Land erreichbar ist. Primäre Gesundheitsversorgung ist integraler Bestandteil des nationalen Gesundheitssystems des Landes und der gesamten sozialen und ökonomischen Entwicklung der Gemeinschaft. Sie bildet die erste Kontaktebene des Einzelnen, der Familie und der Gemeinde mit dem nationalen Gesundheitssystem, das die Versorgung so nah wie möglich an die Lebenswelten der Menschen ansiedelt. Primäre Gesundheitsversorgung wird damit zum ersten Element eines kontinuierlichen Prozesses gesundheitlicher Versorgung".

Die Übersetzung des Begriffes „Primary Health Care" in die deutsche Sprache ist nicht einfach. Klar ist, dass mit Primary Health Care mehr gemeint ist als die medizinische Versorgung. Das obige Zitat macht deutlich, dass es sich um einen überindividuellen, populationsbezogenen Ansatz handelt, der ein Zusammenwirken vieler Aktivitäten in verschiedenen gesellschaftlichen Bereichen voraussetzt. Unter dem Begriff „primary" versteht die WHO eine Basisversorgung, die in allen Ländern gegeben sein sollte. Für die industrialisierten Länder erscheint der Begriff „gemeindebezogene Gesundheitssicherung" am sinnvollsten, weil er die Orientierung auf Populationen betont, auch wenn der Begriff Gemeinde im Deutschen alltagssprachlich nicht sehr verankert und zudem unpräzise ist.

Die Deklaration von Alma-Ata zielte vorrangig auf eine Verbesserung der Gesundheitsversorgung in den Entwicklungsländern. Sie wollte die internationale Gesundheitspolitik zur Beseitigung der flagranten Ungleichheiten zwischen entwickelten Industriegesellschaften und den Entwicklungsländern in Bezug auf Gesundheitszustand und Ressourcen des Ge-

sundheitswesens verpflichten. Die Deklaration stellte zur Umsetzung der Primären Gesundheitsversorgung mehrere Prinzipien auf, die für die Entwicklung der weiteren programmatischen Erklärungen der WHO bis zum heutigen Tage grundlegend blieben:

- Orientierung an den großen Gesundheitsproblemen und Bedürfnissen der Bevölkerung.
- Intensive Beteiligung der Bevölkerung an der Planung und Bereitstellung der gesundheitsbezogenen Leistungen.
- Enge Integration der Bemühungen um Gesundheitssicherung in andere gesellschaftliche Aktivitäten wie Bildung, Umweltschutz, Hygiene und Wohnungsbau (**gesundheitsfördernde Gesamtpolitik**).

In den Jahrzehnten danach hat die WHO die Prinzipien dieser Deklaration in vielfältigen Formen wiederholt bzw. weiterentwickelt (z.B. WHO-Programm „Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000“ in 1981, Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung1986; World Health Report 2008). Unter Hinweis auf die alternden Bevölkerungen und einer Zunahme chronischer Erkrankungen in allen Mitgliedstaaten stellte die WHO in dem Report 2008 fest, dass „es jetzt mehr als je zuvor Chancen gibt, die Gesundheitssysteme in Richtung primärer Gesundheitsversorgung zu verändern“.

Alma Ata und die industrialisierten Länder. Trotz ihrer primären Ausrichtung auf die Entwicklungsländer, wiesen die Alma-Ata-Deklaration und die Nachfolgeaktivitäten auch auf Ungleichheiten und Fehlentwicklungen in der Versorgung innerhalb der industrialisierten Länder hin. Insofern sind die Aufgaben und Prinzipien der Deklaration für die Primäre Gesundheitsversorgung für die Industriestaaten aktueller denn je. Im Einzelnen können folgende Defizite genannt werden:

- Es besteht ein ungleicher Zugang zum Gesundheitssystem für Einzelne und Gruppen (z.B. Migranten, Illiterate, Arme, ländliche Bevölkerung etc.), obwohl diese mehr Gesundheitsprobleme aufweisen.
- Das Gesundheitswesen ist stark auf Interventionen im akutmedizinischen Bereich ausgerichtet, obwohl immer mehr Menschen im Zuge der Alterung der Bevölkerung an chronischen Krankheiten und Multimorbidität leiden.
- Auch psychische Störungen nehmen rapide zu; ein adäquates Auffangsystem hierfür existiert nur in wenigen Ländern.
- In vielen Ländern sind Trends weg von einer solidarisch und hin zu einer privat finanzierten Gesundheitsversorgung zu beobachten, was wiederum die gesellschaftlich Schwächeren am stärksten trifft.

Von einer kohärenten Umsetzung des Konzepts einer primären Gesundheitsversorgung in den industrialisierten Ländern kann sicherlich nicht gesprochen werden. Hierfür sind eine

Vielzahl von Faktoren verantwortlich, u.a. die Inkohärenz von Regierungshandeln, die mächtigen Interessengruppen im Gesundheitswesen außerhalb der Primärversorgung und die zunehmende Ökonomisierung des Gesundheitswesens in den letzten 20 Jahren. Es handelte und handelt sich beim Konzept der Primärversorgung somit um eine Vision, ein Leitbild. Allerdings hat das Konzept eine Vielzahl von Entwicklungen und Projekten in allen Bereichen des Gesundheitswesens stark befruchtet, so z.B. in der Pflege, der Prävention und der Rehabilitation und wirkte dementsprechend wie ein Stachel im Fleisch der Beharrlichkeiten im Medizinsystem. Die Umsetzungsprobleme und -erfolge in den in den industrialisierten Ländern sind umfassen beschrieben in einem Buch von Kringos et al. (2015).

Primäre Gesundheitsversorgung und hausärztliche Versorgung. In den industrialisierten Ländern wurde und wird die Primärversorgung häufig mit der hausärztlichen Versorgung bzw. der primärmedizinischen Versorgung gleichgesetzt. Dies ist insoweit nachvollziehbar, als der Hausarzt nahezu in allen Ländern eine wesentliche Rolle in Bezug auf eine leicht erreichbare, bezahlbare, kontinuierliche und personenzentrierte medizinische Versorgung spielt. Allerdings ist diese Gleichsetzung auch verkürzt. Nicht nur werden die immanenten Grenzen der hausärztlichen Versorgung dadurch verdeckt, sondern vor allem die Notwendigkeit eines verbreiterten Ansatzes in der Gesundheitsversorgung verkannt.

Wesentliche Elemente einer aktuellen Vision von primärer medizinischer Gesundheitsversorgung sind:

- Die primären Gesundheitsleistungen sollen nicht nur von einem Hausarzt oder einer Hausärztin sondern multiprofessionell und im Verbund erbracht werden. Die Formen der interdisziplinären Kooperation unterscheiden sich von Land zu Land (z.B. primary care teams, health centers, medizinische Versorgungszentren, regionale Arztnetze etc.).
- Betont wird die Notwendigkeit, die Leistungserbringung der vielen verschiedenen Professionellen bzw. Einrichtungen zu koordinieren. In vielen Konzepten wird diese Managementrolle dem Hausarzt bzw. der Hausärztin als „Gatekeeper“ oder „Lotse“ zugewiesen.
- Die primäre Gesundheitsversorgung funktioniert als „erste Linie“ eines abgestuften Versorgungssystems („stepped care“).
- Die aktive Rolle der informierten und selbstverantwortlichen Kranken wird in den Vordergrund gerückt. Zwischen diesem und dem Professionellen findet ein Dialog auf Augenhöhe, ein Entscheiden auf der Basis von partizipativer Entscheidungsfindung (shared-decison-making) statt. Auf Gemeindebene geht dies einher mit einer Stärkung von **Patienten-Selbsthilfeinitiativen** (**Partizipation**).

» Neben der Sorge um die Einzelnen soll der Bevölkerungsbezug, die Public Health Perspektive, bei er Planung der Versorgung an Bedeutung gewinnen. Konkret bedeutet dies, dass die Professionellen auch die sozialen Gründe untersuchen und benennen, die zu einem schlechteren Gesundheitszustand und einer geringeren Inanspruchnahme des Gesundheitswesens durch sozial Benachteiligte Gruppen führen. Dies sollte als Basis für konkrete Aktionen zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation dieser Menschen dienen.

Die nachfolgende Abbildung verdeutlicht die zentrale Position der Primärversorgungsteams in einem regionalen Gesundheitssystems aus Sicht der WHO (Quelle SVR 2009, S. 541).

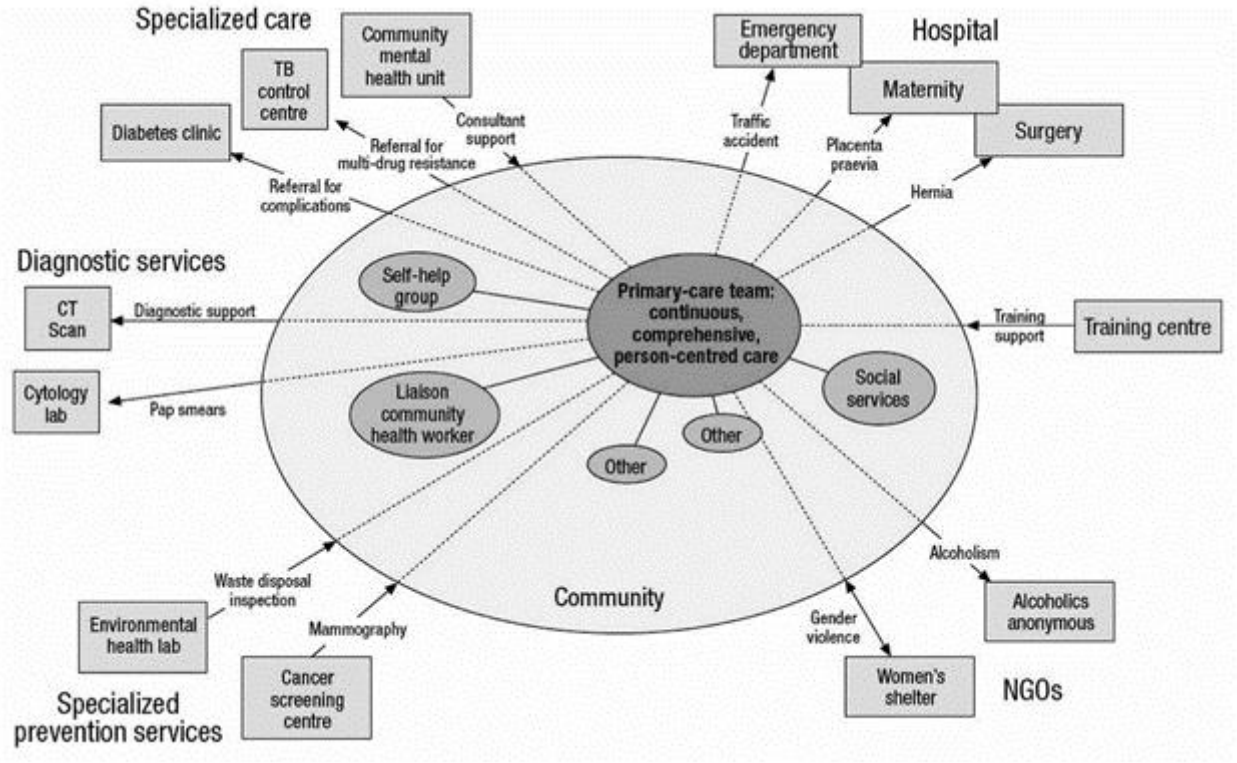


Abb. 1: Zentrale Position der Primärversorgungsteams in einem regionalen Gesundheitssystems aus Sicht der WHO (Quelle SVR 2009, S. 541)

Die Bedeutung der Prinzipien der Primären Gesundheitsversorgung und der primärmedizinischen Versorgung dürfte im politischen und im versicherungsrechtlichen Raum, in der Pflege wie in der Sozialarbeit sowie in der Aus- und Fortbildung der Gesundheitsberufe weitgehend konsensfähig sein. Ausdrücklich hiervon ausnehmen muss man die ärztliche Aus- und Weiterbildung: Die ärztliche Grundausbildung hat den Anspruch, für einen „Basisarzt“ zu qualifizieren, der in alle Weiterbildungslinien einsteigen kann. In der ärztlichen Weiterbildung ist die Weiterbildung Allgemeinmedizin eine von mehr als fünfzig, und sie umfasst heutzutage maximal 10% der Absolventen und Absolventinnen des Medizinstudiums. Somit geht die praktische Umsetzung des Konzepts primäre medizinische Versor-

gung nur sehr zögerlich voran. Nach wie vor ist das Gesundheitswesen in Deutschland arztdominiert und parzelliert. Populationsbezogene Vernetzungen von niedergelassenen Ärzten lassen sich noch mit den Fingern einer Hand aufzählen, eine ambulant tätige Krankenpflege existiert nur für eng begrenzte Leistungen der Sozialgesetzbücher V und XI. Ambulante krankenpflegerische und physiotherapeutische Leistungen werden parallel zur der hausärztlichen Tätigkeit erbracht, und hierbei kann man nicht einmal von Abstimmung, geschweige denn von Kooperation sprechen.. Im Vergleich zu Kuration und Rehabilitation sind Vorsorge und Gesundheitsförderung weiterhin Stiefkinder des Gesundheitswesens, einschließlich der Primärversorgung, geblieben.

Auf internationaler Ebene wird das Konzept mit der Verringerung gesundheitlicher Ungleichheit (Report „Closing the gap in a generation“) verknüpft. Das Rahmenkonzept dabei ist „universelle Gesundheitsversorgung“ (universal health care). Ausdrücklich wird darin festgestellt, dass

- „Gesundheitssysteme auf dem Primary Health Care - Modell aufgebaut sein sollten“,
- sie „lokale Aktionen gegen die sozialen Determinanten mit einer verstärkten Primärversorgung kombinieren sollen“ und schließlich
- „auf Prävention mindestens so stark fokussieren sollen wie auf Behandlung“ (S. 94).

In den letzten Jahren hat die Bedeutung des Themas „primäre Gesundheitsversorgung und hausärztliche Versorgung“ wegen des drohenden Defizits an Hausärzten - vor allem außerhalb der Großstädte - weltweit zugenommen. Das führt zum einen zu spezifischen Maßnahmen zur Steigerung der Zahl der „Landärzte“ aber auch zu Überlegungen über eine generelle Wiederaufwertung der hausärztlichen Tätigkeit. In Deutschland ist dies vor allem an der Einführung der „hausarztzentrierten Versorgung“ (HAZV) in § 75 des Sozialgesetzbuches V zu erkennen. In der HÄZV schließen die Krankenkassen Selektivverträge mit interessierten Hausärzten, deren Patienten wiederum sich in das Versorgungsprogramm einschreiben können. Diese Patenten verpflichten sich, mit ihren Problemen als erstes den einschreibenden Hausarzt aufzusuchen. An die Hausärzte und deren Versorgungsleistungen werden spezifische Anforderungen gestellt. Es ist allerdings noch zu früh, Aussagen über Wirkungen und Nutzen der HÄZV zu machen.

Literatur:

Commission on Social determinants of Health, Closing the gap in a generation: health equality through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organisation 2008.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Bedarfsgerechte Versorgung - Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche (*www.svr-gesundheit.de/index.php?id=465*).

Kringos DS, Boerma WGW, Hutchinson A, Saltman RB (Eds.): Building primary care in a changing Europe (Observatory Studies Series No. 38) World Health Organization. Geneva 2015.

Lübeck R, M. Beyer M, Gerlach F.: Rationale und Stand der hausarztzentrierten Versorgung in Deutschland. Bundesgesundheitsbl (2015) DOI 10.1007/s00103-015-2118-5.

Trojan A, Waller H (Hrsg). Gemeindebezogene Gesundheitssicherung. Einführung in neue Versorgungsmodelle für medizinische und soziale Berufe. München 1986.

World Health Oganization: Declaration of Alma-Ata (International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978), Franzkowiak / Sabo, Dokumente der Gesundheitsförderung 1993

World Health Oganization: Global Strategy for Health for All by the Year 2000. Geneva 1981, in: Franzkowiak / Sabo, Dokumente der Gesundheitsförderung 1993

World Health Organization: The World Health Report 2008 - Primary health care: now more than ever (*www.who.int/whr/2008/whr08_en.pdf*).

Internetadressen:

www.euprimarycare.org/ (European Forum for Primary Care = EFPC) http://thenetworktufh.org/ (The Network: Towards Unity for Health - TUFH) www.who.int/bulletin/primary_health_care_series/en/index.html (The Bulletin series of the World Health Organization: primary health care 30 years on)

Verweise:

Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik / Healthy Public Policy, Partizipation: Mitentscheidung der Bürgerinnen und Bürger, Selbsthilfe, Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeförderung

Projekte Projektmanagement

Elisabeth Krane

(letzte Aktualisierung am 04.08.2015)

Arbeit an und in Projekten ist heute allgegenwärtig, nicht nur in Wirtschaftsunternehmen, sondern auch in der Öffentlichen Verwaltung und in Gesundheitsförderungsorganisationen.

In der Literatur gibt es unterschiedliche Definitionen des Begriffs „Projekt". Die DIN-Begriffsnorm 69901 definiert ein Projekt als „Vorhaben, das im Wesentlichen durch die Einmaligkeit der Bedingungen in ihrer Gesamtheit gekennzeichnet ist, wie z.B. Zielvorgabe, zeitliche, finanzielle, personelle und andere Begrenzungen, Abgrenzung gegenüber anderen Vorhaben, projektspezifische Organisation". Projekte unterscheiden sich somit klar von Routinetätigkeiten und Daueraufgaben. Aufgrund ihres festgelegten Anfangs- und Endpunktes sowie finanzieller und personeller Begrenzungen stehen Projekte in der Regel unter Termindruck und sind mit Risiken bezüglich ihrer Aufgabenerfüllung verbunden.

Als weiteres wichtiges Merkmal von Projekten wird in der Literatur hervorgehoben, dass Projekte zuständigkeitsübergreifend sind und somit eine Koordination und Zusammenarbeit über Zuständigkeitsgrenzen hinweg erforderlich machen.

Die mit Projekten verbundene Komplexität stellt besondere Anforderungen an die Organisation, Planung und Steuerung solcher Vorhaben. Die DIN 69901 definiert Projektmanagement als die „Gesamtheit von Führungsaufgaben, -organisation, -techniken und -mitteln für die Initiierung, Definition, Planung, Steuerung und den Abschluss von Projekten".

Die ersten Konzepte und Techniken des Projektmanagements wurden in den USA Mitte der 1950er-Jahre im Zusammenhang mit Raumfahrtprojekten und anderen militärischen Projekten entwickelt. Ab etwa 1960 verbreitete sich Projektmanagement allmählich auch in Europa, zuerst bei Großprojekten im öffentlichen Bereich und in der Investitionsgüterindustrie. Mit der Zunahme der Automatisierung und der Internationalisierung der Wirtschaft, dem Wandel ökonomischer Konzepte, gesellschaftlicher Wertvorstellungen und politischer Konstellationen sowie knapper werdenden Ressourcen und einer zunehmenden Komplexität der Tätigkeiten hat die Bedeutung von Projektmanagement in den letzten Jahrzehnten deutlich zugenommen.

Für Maßnahmen der Gesundheitsförderung wird Projektmanagement aus gleichen oder ähnlichen Gründen immer wichtiger. Eine zielorientierte, geplante und kontrollierte Vorgehensweise ist notwendig angesichts der wachsenden Komplexität der die Gesundheit beeinflussenden Bedingungen und Verhaltensweisen, der Notwendigkeit von **Evaluation** und **Qualitätssicherung**, Qualitätsentwicklung, Qualitätsmanagement sowie der knapper werdenden Ressourcen für Prävention, Therapie und Rehabilitation (**Finanzierung der Gesundheitsförderung**).

Das sogenannte „Magische Dreieck" des Projektmanagements beschreibt die grundlegenden Dimensionen, die bei allen Planungen und Entscheidungen zu berücksichtigen sind (s. Abb. 1). Die drei Dimensionen Sachziel, Zeitziel und Kostenziel stehen miteinander in Wechselwirkung. Werden beispielsweise die inhaltlich-sachlichen Ziele anspruchsvoller, werden in der Regel auch der Zeitaufwand und die Kosten zunehmen.

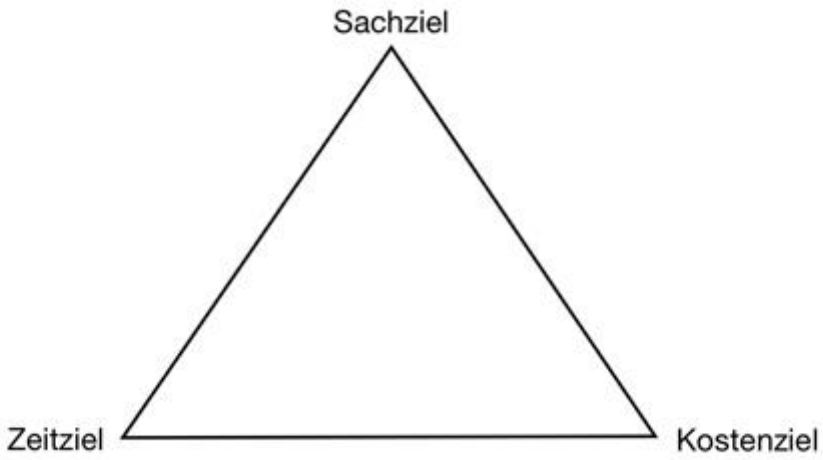


Abb. 1: Magisches Dreieck des Projektmanagements (eigene Darstellung)

Systematisches Projektmanagement führt zu erfolgreicheren Projekten im Sinne des magischen Dreiecks (Erreichung der gesetzten Leistungsziele unter Einhaltung von Termin und Budget).

Projektphasen und Meilensteine: Eine wichtige und im Projektalltag häufig eingesetzte Möglichkeit, Projekte zu strukturieren, ist die Einteilung in Projektphasen. Projektphasen sind zeitliche Abschnitte mit typischen Funktionen und Aktivitäten. Sie gliedern das Projekt in überschaubare Teiletappen. Wichtig ist die Festlegung von Meilensteinen. Dabei handelt es sich um klar definierte, termingebundene Arbeitsergebnisse, die den Abschluss wichtiger Projektschritte markieren. Ihre Ergebnisse bestimmen den Projektfortgang (Weiterführung wie geplant, Veränderung des Plans, Abbruch).

Die DIN 69901 unterscheidet fünf Projektmanagementphasen: 1. Initialisierung, 2. Definition (Grobplanung), 3. Planung (Feinplanung), 4. Durchführung/Steuerung, 5. Abschluss.

Besondere Sorgfalt ist auf die Definitionsphase zu legen, in der u.a. die Ziele festgelegt werden. Diese Phase ist für den Erfolg eines Projekts von besonderer Relevanz. In der Praxis wird sie häufig vernachlässigt, da der Fokus zu stark auf die Projektdurchführung gerichtet ist.

Abhängig von Art, Umfang und Komplexität eines Projekts lassen sich Projekte auch in mehr oder weniger als fünf Phasen untergliedern. In Abbildung 2 ist ein Projektmanagementzyklus mit sechs Phasen dargestellt. Der Zielentwicklung wird in diesem Zyklus eine separate Phase zugeordnet.

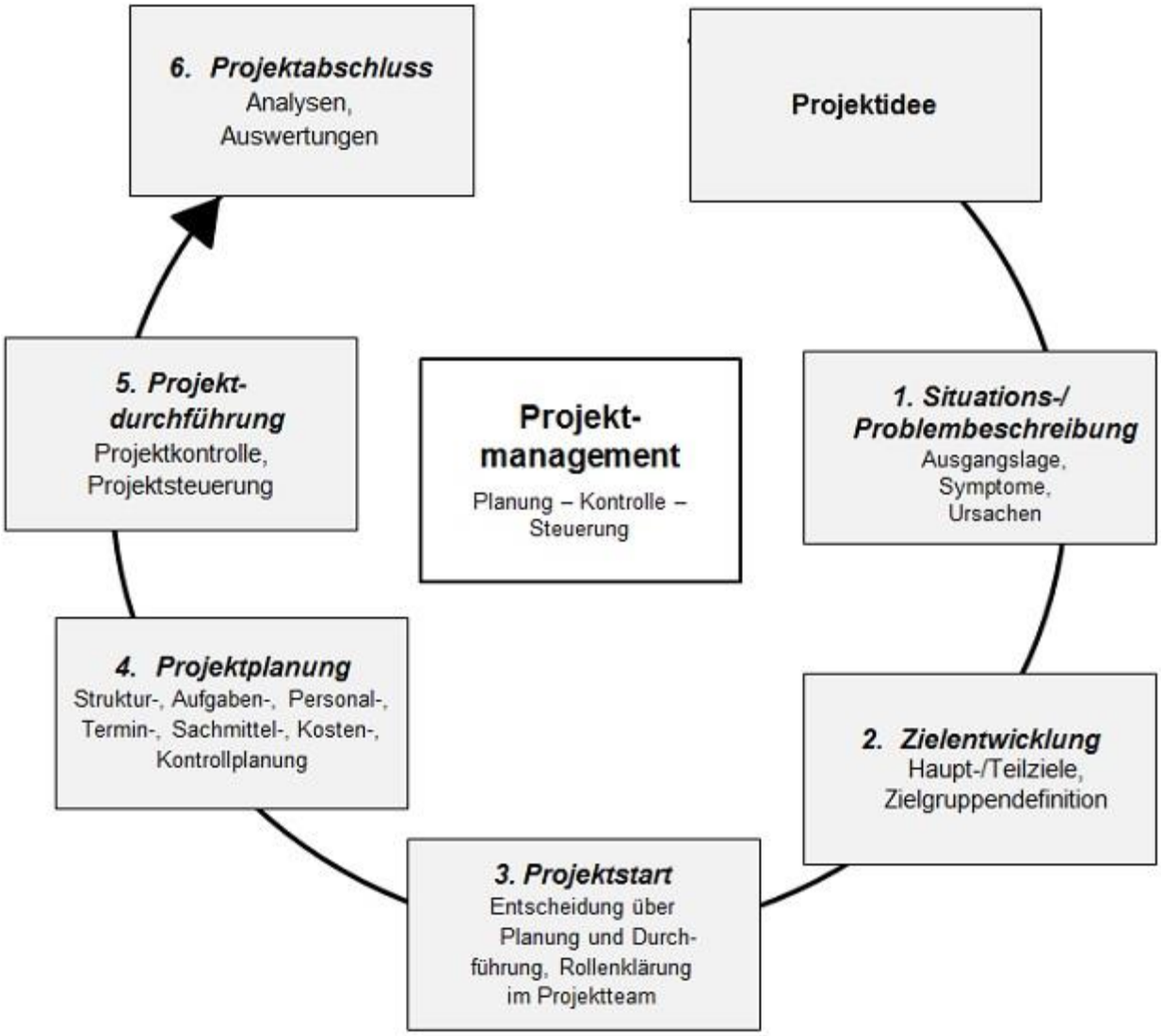


Abb. 2: Zyklus des Projektmanagements mit den zu durchlaufenden Phasen (eigene Darstellung, modifiziert nach Peter Sabo)

1. *Situations-/Problembeschreibung:* Die für die Projektidee wichtigen Faktoren Ausgangslage, Symptome und Ursachen sowie Rahmenbedingungen werden analysiert (Auswertung von Statistiken, Berichten, Befragungen) (**Precede/Proceed-Modell**). Geklärt wird

auch, wer an dem Projekt Interesse oder darauf Einfluss haben könnte, wer wann informiert werden und wer an dem Projekt mitarbeiten sollte. Weiterhin wird überprüft, ob es ähnliche Projekte bereits gab und welche Erfahrungen daraus nützlich sind.

2. *Zielentwicklung:* Die gewünschten Projektergebnisse werden beschrieben. Durch Festlegen von Haupt- und Teilzielen wird eine Zielhierarchie hergestellt. Für die Formulierung der Ziele kann das sogenannte SMART-Schema genutzt werden:

S pezifisch (klar und verständlich),
M essbar (festgelegte Kriterien der Überprüfbarkeit),
A ktionsorientiert (erreichbar durch Aktionen),
R ealistisch (anspruchsvoll, aber erreichbar),
T erminierbar (Termin zur Überprüfung der Zielerreichung kann festgelegt werden).

3. *Projektstart/Projektauslösung:* Nach der Situations-/Problembeschreibung und Zielentwicklung wird über die Planung und Durchführung des Projekts entschieden. Spätestens dann wird die Projektgruppe offiziell gebildet und der Projektstart („Projekt-Kick-off") wird mit der ersten offiziellen Sitzung des Projektleiters bzw. der -leiterin und des Projektteams verbunden. Vorrangige Ziele dieser Sitzung sind die Vorstellung der einzelnen Teammitglieder, Klärung ihrer Rollen, Festlegung der Spielregeln und Herstellen eines gemeinsamen Informationsstands.

4. *Projektplanung:* „Wer soll was bis wann, wie und mit welchen Mitteln erreichen?" sind die Fragen, auf die mehrere Planungsaufgaben ausgerichtet sind. Über eine Analyse der Teilaufgaben ordnet der Projektstrukturplan die einzelnen externen und internen Aufgaben zu planbaren und kontrollierbaren Teilaufgaben und Arbeitspaketen und beschreibt ihre Beziehung zueinander. Mit der Aufgabenplanung wird festgelegt, welche Arbeitspakete von wem erfüllt werden sollen und wie die Personalplanung auszusehen hat. Die Terminplanung legt die Zeiträume für die einzelnen Vorgänge fest und die Sachmittel-/Kostenplanung die Höhe und Verwendung der Ressourcen. Die Kontrollplanung legt die Erfolgs- und Qualitätskriterien sowie die Kontrollverfahren und das Berichtswesen fest.

5. *Projektdurchführung:* Nach der Entscheidung wird das Projekt entsprechend der Planung durchgeführt. Termine, Qualität und Kosten der Aufgaben werden durch die Projektkontrolle überwacht. Die Projektsteuerung reagiert auf Abweichungen und Veränderungen.

6. *Projektabschluss:* Mit der Analyse der Ergebnisse der Kontrollplanung und der Projektsteuerung, der Auswertung der Einzelberichte und der Kostenabrechung wird der Frage nachgegangen: „Was haben wir warum mit welchen Mitteln erreicht bzw. nicht erreicht?". Der Gesamtbericht wird erstellt, das Projekt wird abgeschlossen und das Projektteam aufgelöst.

Projektträger und Führungsstil sowie die Qualifikation der Projektleitung prägen die „Projektkultur“ entscheidend und beeinflussen den Projekterfolg maßgeblich. Durch die personelle Zusammensetzung der an einem Projekt Beteiligten sollten mehrere Kompetenzen versammelt sein, d.h. das Projekt sollte über entsprechendes „Kapital“ verfügen:

- Wissenskapital (Kenner des Problems),
- Entscheidungskapital (Entscheidungsträgerinnen und -träger),
- Beziehungskapital (Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit Anerkennung, Kontakten),
- Betroffenheitskapital (Betroffene, Engagierte).

Projektmanagement für kleinere Vorhaben: Art und Umfang des Projektmanagements sollten sich immer am Umfang und an der Komplexität des Projekts orientieren. Bei kleineren Projekten ist ein umfassendes Projektmanagement weder sinnvoll noch notwendig. Bestimmte Elemente des Projektmanagements sollten allerdings auch in diesen Fällen genutzt werden (s. Abb. 3).

- Offizielle Ernennung von Projektleitung und Projektteam
- Schriftliche Festlegung von Projektauftrag und Projektdefinition
- Projektstartsitzung
- Projektstrukturplan mit Arbeitspaketen (mit Angabe von Kosten bzw. Stunden)
- Festlegung und laufende Aktualisierung von Arbeitspaketen
- Festlegung von Meilensteinen (mindestens drei)
- Einfaches Berichtsformat und regelmäßige Projektstatussitzungen
- Projektabschlusssitzung und Abschlussbericht

Abb. 3: Nutzung von Elementen des Projektmanagements für kleinere Vorhaben (eigene Darstellung)

Projektmanagement in öffentlichen Verwaltungen: Der Bundesrechnungshof hat wiederholt fehlendes Projektmanagement in der öffentlichen Verwaltung moniert und 2007 zentrale Anforderungen an Projektmanagement definiert. Mittlerweile haben verschiedene Bundesressorts und Einrichtungen der Bundesverwaltung Regelungen für Projektorganisation und Projektmanagement geschaffen. Es wurden - auch auf kommunaler und Landesebene - verschiedene Arbeitshilfen, Richtlinien etc. entwickelt.

Projektmanagement in der internationalen Entwicklungszusammenarbeit: Ein in der Entwicklungszusammenarbeit weitverbreitetes Projektmanagement-Vorgehensmodell ist der sogenannte Logical Framework Approach (LFA). Es wurde ursprünglich Ende der 1960er Jahre von der US-Agency of International Development entwickelt. Für die Antragsstellung und die Durchführung von EU-Projekten ist der LFA heute in vielen Fällen obligatorisch. Dem Ansatz liegt die Idee zugrunde, die geplante Wirkungsweise eines Projekts in einem

relativ einfachen, linearen Wirkungsmodell (Logic Model) zu kondensieren. Kernstück des Ansatzes ist die sogenannte Logical Framework Matrix (auch Logframe Matrix). Diese Matrix stellt eine Projektplanungsübersicht dar, in der auf zirka zwei bis drei Seiten die wichtigsten Informationen zum Projekt zusammenfasst werden. Dies ermöglicht eine schnelle Bewertung eines Vorhabens. Ein besonderer Schwerpunkt liegt dabei auf der Definition von Zielen und der Formulierung überprüfbarer Erfolgsindikatoren.

Qualitätsentwicklung von Gesundheitsförderungsprojekten:

Verfahren zur Unterstützung der Qualitätsentwicklung in Projekten der Gesundheitsförderung sind z.B. QIP, das Informationssystem zur Qualitätsentwicklung von Prävention und Gesundheitsförderung sowie quint-essenz, die Plattform für Qualitätsentwicklung in Prävention und Gesundheitsförderung von Gesundheitsförderung Schweiz. Quint-Essenz stellt ein Online-Projektmanagement-Tool zur Planung und Verwaltung von Projekten zur Verfügung (**Qualitätssicherung, Qualitätsentwicklung, Qualitätsmanagement**).

Mangel an personellen, zeitlichen und materiellen Ressourcen sowie vorhandene Routinen („Wir haben das immer so gemacht“) sind Hindernisse, die ein Projektmanagement auch bei Organisationen der Gesundheitsförderung erschweren oder verhindern. Dazu gehören z.B. kurzfristige Anforderungen aus politischen oder anderen Gründen durch die Entscheidungsträger. Ein weiteres Problem besteht darin, dass sich Gesundheitsförderungsprojekte überwiegend an externe Zielgruppen, Organisationen usw. richten. Dieselben Ansprüche auch intern an die Gesundheit der eigenen Projekte und Organisation („Projekt- und Organisationskultur“) zu stellen, wird oft vernachlässigt (**Organisationsentwicklung als Methode der Gesundheitsförderung**).

Zu unterscheiden sind operatives Projektmanagement („Machen wir die Projekte richtig?) und strategisches Projektmanagement („Machen wir die richtigen Projekte?“). Die zentralen strategischen Fragen der Projektauswahl und Definition werden in Forschung und Praxis häufig vernachlässigt und Projektmanagement wird v.a. als reine Planungs- und Terminierungstechnik betrachtet.

Projekte, die in der Gesundheitsförderung durchgeführt werden, haben oftmals eine relativ kurze Laufzeit. Nicht selten folgt ein Projekt dem anderen, ohne dass die Projekte aufeinander abgestimmt sind. Dieser Umstand wird nicht selten als „Projektitis“ kritisiert. Um nachhaltige Wirkungen in der Gesundheitsförderung zu erreichen, muss neben der Initiierung und Durchführung von Projekten bereits von Beginn an auch das Ziel verfolgt werden, erfolgreiche und bewährte Projekte nachhaltig zu verankern bzw. die in den Projekten gewonnenen Erfahrungen in die Praxis zu integrieren. Eine wichtige Voraussetzung hierfür ist die Einbettung von Projekten in einen strategischen Gesamtzusammenhang.

Literatur:

Bundesministerium des Inneren (Hg.), Praxisleitfaden Projektmanagement für die öffentliche Verwaltung,Berlin 2012 . Online unter: http://www.verwaltung-innovativ.de;

Grossmann R/Scala K, Gesundheit durch Projekte fördern, 5. Aufl., Weinheim und München 2011 ;

Litke H , Projektmanagement, 5. erw. Aufl., München 2007;

Millner R/Majer C, Projekt- und Prozessmanagement, in: Simsa R/Meyer M/Badelt C (Hg), Handbuch der Nonprofit-Organisation. Strukturen und Management, 5., überarbeitete Auflage, Stuttgart 2013, 335-357

Schelle H, Projekte zum Erfolg führen, 7.. überarb. Aufl., München 2014

Internetadressen:

www.logframer.eu/content/project-cycle-management-pcm (Link zum Projektmanagement-Vorgehensmodell, das auf dem Logical Framework Approach (LFA) beruht und häufig für EU-Projekte obligatorisch ist)
http://ec.europa.eu/europeaid/aid-delivery-methods-project-cycle-management-guidelines-vol-1_en (European Commission: Project Cycle Management Guidelines, 2004
www.quint-essenz.ch (quint-essenz, die Schweizer Plattform für Qualitätsentwicklung in Prävention und Gesundheitsförderung)
www.uke.de/extern/qip/index.html (QIP, das Informationssystem zur Qualitätsentwicklung von Prävention und Gesundheitsförderung)

Verweise:

Evaluation, Forschung zur Gesundheitsförderung, Organisationsentwicklung als Methode der Gesundheitsförderung, Precede / Proceed-Modell (Erklärungs- und Veränderungsmodelle II), Qualitätssicherung, Qualitätsentwicklung, Qualitätsmanagement

Die Autorin dankt Peter Sabo für seine Vorarbeiten in den bisherigen Ausgaben der Leitbegriffe.

Prädiktive Medizin und individualisierte Medizin

Regine Kollek, Alf Trojan

(letzte Aktualisierung am 04.01.2017)

Die *Prädiktive Medizin* ist ein Teilgebiet der *individualisierten* Medizin. Synonyme für den Begriff der individualisierten Medizin sind *personalisierte, stratifizierte* oder *maßgeschneiderte* Medizin. Alle sind wiederum Teil einer breiteren Entwicklung, zu der auch die 2015 von Präsident Obama proklamierte *Präzisionsmedizin* gehört.

Die genannten Ansätze basieren auf der Erkenntnis, dass es verschiedene Subtypen von Krankheiten gibt, dass Menschen unterschiedliche Krankheitsrisiken tragen, und dass Medikamente oder andere Behandlungen nicht bei allen Patienten gleich gut wirken. Gemeinsam ist ihnen weiterhin, dass sie individuelle Unterschiede in der biologisch-genetischen Ausstattung der Patienten bei der klinischen Entscheidungsfindung stärker berücksichtigen wollen als bisher. Zu den in diesem Zusammenhang besonders betonten individuellen Unterschieden gehören Variationen in DNA-Sequenzen und andere Biomarker. Auf ihrer Grundlage werden Subgruppen von Patienten identifiziert, denen dann ggf. gezieltere Prognosen oder Interventionen angeboten werden können.
Ziel der *individualisierten Medizin* ist also die genauere und optimierte Behandlung von definierten Patientengruppen. Zu ihren aktuellen Kernbereichen gehören:

- die prädiktive genetische Diagnostik: Darunter versteht man die Identifikation von genetischen Krankheitsveranlagungen (Dispositionen), die sich erst später im Leben realisieren;
- die Pharmakogenetik: Sie befasst sich mit der Feststellung genetisch bedingter, individueller Unterschiede, die die Reaktion auf Medikamente beeinflussen und die bei der Auswahl und Dosierung von Arzneimitteln zu berücksichtigen sind;
- die molekularbiologisch begründete Verlaufsprognose einer (Krebs-)Erkrankung und ihres Ansprechens auf eine medikamentöse Behandlung: Dazu gehört auch das Therapie- und Nachsorgemonitoring auf der Grundlage von molekularbiologischen „Markern“ (individualisierte Prognose und Therapie).
- die Anpassung von Behandlungsstrategien und Medikamenten an den molekular definierten Subtyp einer Krankheit und ggf. an den Genotyp von Patienten bzw. Patientengruppen.

Darüber hinaus ordnen verschiedene Autoren teilweise auch andere Bereiche der individualisierten Medizin zu. Dazu gehören unter anderem:

- die Bestimmung der Blutgruppe vor einer Bluttransfusion;
- die Gewebetypisierung vor einer Organtransplantation;
- das Neugeborenen-Screening;
- die prä-therapeutische Erfassung von Allergien und Unverträglichkeiten.

Bei der *prädiktiven genetischen Diagnostik* stehen von den Eltern (also über die „Keimbahn") vererbte Krankheitsdispositionen, und hier vor allem solche für Krebserkrankungen im Zentrum medialer Aufmerksamkeit. Ein Beispiel dafür ist der Fall der Schauspielerin Angelina Jolie, die ein familiär bedingtes, erhöhtes Krebsrisiko hat und sich zur Vermeidung der Erkrankung die Brustdrüsen und später die Eierstöcke entfernen ließ. Solche erblichen Krebsdispositionen sind jedoch eher selten; sie machen etwa 5 bis 10 Prozent aller Krebserkrankungen aus. Zwar war schon vor der Entwicklung der prädiktiven genetischen Diagnostik eine Vielzahl biologischer Marker bekannt, die als Anzeichen für ein erhöhtes Krankheitsrisiko bzw. das Frühstadium einer beginnenden Erkrankung angesehen wurden. Im Gegensatz zu bereits vorhandenen physiologischen Krankheitsmarkern kann auf der Grundlage genetischer Sequenzdaten allein in den allermeisten Fällen jedoch nicht vorhergesagt werden, ob sich das genetisch bedingte Risiko jemals realisieren wird.

Die *Pharmakogenetik* ist der zweite wichtige Bereich der individualisierten Medizin. Sie zielt darauf ab, auf der Grundlage eines pharmakogenetischen (oder auch biochemischen) Tests das richtige Medikament in der richtigen Dosis zu verabreichen. Damit sollen die Wirkung des Medikaments sichergestellt und seine Nebenwirkungen minimiert werden. Diese Strategie basiert auf der Erkenntnis, dass Wirkstoffe von verschiedenen Individuen unterschiedlich verstoffwechselt werden (Pharmakokinetik). Anders als zunächst erwartet konnte sich die Pharmakogenetik klinisch bisher nicht breit etablieren. Zwar gibt es einige Arzneimittel, deren Wirkungen und Nebenwirkungen in hohem Maße durch ein einziges Gen beeinflusst werden. Im Regelfall ist jedoch beides multifaktoriell bedingt, so dass bisher erst wenige pharmakogenetische Tests Eingang in die Praxis gefunden haben.

Große Hoffnungen richten sich auf die *individualisierte Prognose und Therapie*, insbesondere von Krebs. Entsprechende Erkrankungen sollen molekular genauer charakterisiert werden, um auf der Grundlage solcher Befunde Aussagen über die Krankheitsprognose zu machen und die klinische Entscheidungsfindung zu unterstützen. Untersucht wird dabei in der Regel das Expressionsprofil, d.h. die Aktivität prognostisch und prädiktiv relevanter Gene. Tumorpatienten mit günstiger Prognose kann so eine belastende Chemotherapie erspart werden. In anderen Fällen geben spezifische Biomarker Auskunft darüber, ob ein Tumor auf ein bestimmtes Medikament anspricht, wie beispielsweise das Trastuzumab (Herceptin®) bei Brustkrebs.

Der in diesem Zusammenhang verwendete *Begriff der individualisierten oder personalisierten Medizin* ist allerdings *irreführend*, da die individuelle psychosoziale und personale Seite des Menschen, also seine Fähigkeit zur Reflexion und Selbstbestimmung, zunächst gar nicht gemeint sind. Im Vordergrund steht vielmehr die biogenetische Klassifizierung und Stratifizierung der Patienten. Dabei wird oft aus den Augen verloren, dass das menschliche „Individuum" oder die „Person" mehr umfasst als molekularbiologische Aspekte. Insofern handelt es sich bei der aktuell dominierenden Verwendung des Begriffs der individualisierten oder personalisierten Medizin um einen rein naturwissenschaftlich - genauer: genetisch und biochemisch - definierten Begriff von Individualität, bei dem die Erfassung von Biomarkern und ihre Berücksichtigung bei Behandlungsentscheidungen im Zentrum steht.

Andere Autoren bzw. Autorinnen verwenden die genannten Begriffe jedoch auch mit einer Definition, die durchaus über die aktuelle molekularbiologische Verkürzung hinausreicht: Bei Willich wird beispielsweise die „*Individualmedizin*" dadurch gekennzeichnet, dass sie das bestmögliche Vorgehen unter Berücksichtigung von medizinischen, lebensgeschichtlichen und Persönlichkeitsfaktoren einschließt. Individualmedizin überlappt sich bei ihm mit Komplementärmedizin bzw. integrativer Medizin. Raspe verwendet den Begriff *„personalisierte Medizin"* und rückt ihn in die Nähe einer „patientenzentrierten Medizin", wie sie von der Psychosomatik seit den 1970er-Jahren vertreten wird (**Psychosomatische Perspekive**). Der Ausdruck meint dann eine auf den Patienten bzw. die Patientin in seiner/ihrer bio-psychosozialen Einmaligkeit ausgerichtete Diagnostik und Behandlung. Heusser und Kolleginnen schlagen ebenfalls vor, den Begriff der personalisierten und individualisierten Medizin zu erweitern, um im Sinne einer modernen und patientenzentrierten Medizin nicht nur den biologischen, sondern auch den für die Gesundheitsversorgung relevanten psychologischen, sozialen, kulturellen und spirituellen Aspekten des menschlichen Individuums gerecht zu werden. Bei der Beurteilung der personalisierten bzw. individualisierten Medizin muss also immer zunächst geklärt werden, welche Wortbedeutung gemeint ist.

Eine möglichst eindeutige Definition empfiehlt sich auch für den Begriff der *prädiktiven Medizin* im Sinne *prädiktiver Diagnostik.* Während die Begriffe der prädiktiven, individualisierten oder personalisierten Medizin teilweise unterschiedlich verwendet werden, ist der Begriff einer *prädiktiven genetischen Untersuchung* durch das 2010 in Kraft getretene Gendiagnostikgesetz (GenDG) definiert. Das Gesetz versteht darunter eine Untersuchung mit dem Ziel der Abklärung a) einer erst zukünftig auftretenden Erkrankung oder gesundheitlichen Störung oder b) einer Anlageträgerschaft für Erkrankungen oder gesundheitliche Störungen bei Nachkommen (GenDG §3(8)).

Gemäß dieser Definition kann eine prädiktive genetische Untersuchung in eine Phänotyp- und eine Genotyp-Prävention einmünden:

- Eine *Phänotyp-Prävention* wird mit dem Ziel der Verhinderung von genetisch bedingten Erkrankungen *beim einzelnen Individuum* durchgeführt. Phänotyp-Prävention kann durch Veränderung krankheitsverursachender Faktoren (Umweltfaktoren, Lebensstil), durch Maßnahmen der Frühdiagnostik und durch präventive Interventionen erfolgen.
- Eine *Genotyp-Prävention* wird mit dem Ziel der *Unterbrechung der Weitervererbung genetischer Veranlagungen* durch Testung des Trägerstatus, Beratung zur Familienplanung, pränatale Diagnostik und Terminierung der Schwangerschaft durchgeführt.

Die Genotyp-Prävention rückt die prädiktive Medizin in die Nähe der Eugenik und trägt dazu bei, dass die prädiktive Diagnostik seit ihrer Entwicklung im Rahmen des *Human Genome Projects*, das um 1990 startete, kritisiert wird.

Das *Gendiagnostikgesetz* regelt unter anderem die Durchführung der prä- und postnatalen genetischen Diagnostik und der prädiktiven Diagnostik sowie den Umgang mit den dabei erhobenen Daten (Qualitätssicherung, Arztvorbehalt, Reihenuntersuchungen sowie Aspekte der Einwilligung, Aufklärungspflicht, Befundmitteilung und anderes mehr).

Fragen der prädiktiven Diagnostik oder der individualisierten Medizin und ihrer Effekte auf die Gesundheit der Bevölkerung und das Gesundheitswesen werden z.B. unter der Überschrift von *Public Health Genetics, Community Genetics* oder *Public Health Genomics* seit Mitte der 1990er Jahre immer häufiger auch in Public Health thematisiert (**Gesundheitswissenschaften / Public Health**). Während unter Genetik in der Regel die Erforschung der Struktur und Funktion einzelner Gene und ihrer Vererbung verstanden wird, betrachtet die Genomik alle Gene eines Organismus und ihre Wechselwirkungen untereinander. Ergänzt wird die Genomik durch weitere, so genannte „Omics"-Disziplinen, die sich etwa mit der Gesamtheit der abgelesenen DNA-Sequenzen (Transkriptomik), der in Reaktion auf Außenstimuli gebildeten Proteine (Proteomik) oder DNA-Modifikationen (Epigenetik, Epigenomik) befassen.

Vor diesem Hintergrund beschreiben die Begriffe Public Health Genetics bzw. Public Health Genomics die Anwendung der Genetik bzw. der Kenntnisse über das Genom im Bereich Public Health und zwar mit dem Ziel, Krankheitsprävention und -behandlung auf die genetische Ausstattung der Patienten abzustimmen und genombasiertes Wissen systematisch in Public Health und damit in die gesamte Gesundheitsversorgung zu integrieren. Im Gegensatz zu den auf die Bevölkerungsgesundheit hin orientierten Varianten von Public Health Genetics bzw. Genomics fokussierte die parallel dazu entstandene *Community Genetics* stärker eine gemeinde- bzw. gruppenbezogene Versorgung mit genetischen Dienstleistungen.

Die Grenzen zwischen diesen verschiedenen Strömungen sind jedoch fließend. Das wird auch daran erkennbar, dass sich die 1998 gegründete Fachzeitschrift „Community Genetics“ im September 2008 in „Public Health Genomics“ umbenannte.

1997 wurde in den USA bei den Centers of Disease Control das Office for Public Health Genomics eingerichtet, dessen Aufgabe darin besteht, die Erkenntnisse der Genomforschung in staatlichen Gesundheitsprogrammen zum Tragen zu bringen. Ähnliche Initiativen finden sich auch in manchen europäischen Ländern. Obwohl genetische Fragestellungen im Zusammenhang mit Methoden der genetischen Epidemiologie zunehmend auch Eingang in die Public-Health-Studiengänge in Deutschland finden, hat sich die Public Health Genomik als akademisches Fach oder spezialisierte Dienstleistung im Gesundheitswesen institutionell bisher nicht etabliert.

Die *Rolle genetischer Faktoren bei der Entwicklung von Krankheiten* kann sehr unterschiedlich sein. So unterscheidet man 1. monogen bedingte Erbkrankheiten wie Chorea Huntington (neurologische Erkrankung mit fehlender motorischer Kontrolle), Zystische Fibrose (Drüsenfunktionsstörung mit verdicktem Bronchialsekret), Hämophilie (Blutgerinnungsstörung) oder bestimmte Stoffwechselerkrankungen, 2. Krebserkrankungen mit erblichem Anteil (Mamma- und Eierstockkarzinom, Darmkarzinom) oder entsprechende neurologische Erkrankungen (erbliche Formen von Demenz) und 3. Krankheiten mit genetischer „Suszeptibilität“ (Empfänglichkeit) (z.B. Diabetes, neurodegenerative Erkrankungen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen). Insbesondere für monogen bedingte Erkrankungen ist die Bedeutung der humangenetischen Diagnostik groß. Für die anderen Bereiche ist das klinisch relevante Wissen bisher begrenzt (Ausnahme: einzelne familiär bedingte, seltene Krebstypen, und zunehmend die molekularbiologisch begründete Verlaufsprognose von Krebserkrankungen mit darauf basierenden therapeutischen Handlungsempfehlungen).

Während der Laufzeit des Human Genome Projects (1990 bis ca. 2003) wurde die Bedeutung genetischer Faktoren nicht nur für die überwiegend seltenen monogenen Erbkrankheiten, sondern auch für komplexe und verbreitete Erkrankungen stark betont. Inzwischen wird immer deutlicher, dass der Einfluss einzelner genetischer Faktoren bei verbreiteten Erkrankungen gering ist, und dass sie in der Regel das Resultat des Zusammenspiels nicht nur vieler genetischer Faktoren, sondern vor allem auch solcher der Umwelt und des Lebensstils sind. Vor diesem Hintergrund wurden viele früher gefeierte „Entdeckungen“ wie die eines sogenannten Schizophrenie-, Alkoholismus- oder Depressions-Gens inzwischen bis zur Bedeutungslosigkeit relativiert.

Gleichwohl bleibt die Aufklärung monogener Krankheiten, die im Einzelfall häufiger sind als ursprünglich angenommen, eine wichtige Aufgabe für die Medizin und Genomforschung. Außerhalb dieses Bereiches ist die klinische Relevanz von Genetik und Genomforschung und ihr Nutzen für Patienten und Gesundheitswesen nach wie vor begrenzt. Von

daher ist die zeitweise Überschätzung genetischer Faktoren für Medizin und Public Health heute teilweise einer gewissen Ernüchterung gewichen. Im Bereich der individualisierten Medizin oder Präzisionsmedizin konzentriert man sich heute vor allem darauf, genetische Subtypen von großen Krankheitsentitäten wie beispielsweise Brustkrebs oder Herz-Kreislauferkrankungen zu definieren. Ziel ist, die Prognosen für die entsprechend stratifizierten Patientengruppen zu verbessern und ihnen präzisere Behandlungen anzubieten.

Ein wichtiger Treiber dabei sind die enormen *technischen Fortschritte* auf dem Gebiet der *Genomsequenzierung*, der Gentech-Methoden (insbesondere die Crispr-Cas9 Technik) und der *informationstechnischen Datenverarbeitung*. In Kürze wird ein universeller diagnostischer Test für alle bekannten Genvarianten oder gar die Gesamtsequenzierung eines individuellen Genoms nur noch so viel Geld kosten, wie früher für den Ausschluss eines einzigen genetischen Defekts benötigt wurde. Anlageträger für rezessive Krankheiten sind schon heute mit vergleichsweise geringem Aufwand identifizierbar. Relevant sind diese Fortschritte jedoch hauptsächlich für monogen bedingte Erkrankungen, und bei der Aufklärung bislang unbekannter genetischer Ursachen beispielsweise kindlicher neurologischer Erkrankungen.

Die *gesellschaftlichen Implikationen* prädiktiver Gentests, des genetischen Screenings und der fortschreitenden Kenntnisse über Funktion und Zusammenspiel genetischer Faktoren sind vielfältig (Kollek und Lemke 2008). Die wichtigsten kritischen Aspekte sind:

- Sehr hohe bis überhöhte Erwartungen und Hoffnungen, die bei Patientinnen und Patienten erzeugt werden (genauere Krankheitsdiagnosen und individuelle genetische Ausstattung könnten zu gezielter Auswahl individuell wirksamer Therapieoptionen, genauerer Verlaufskontrolle von Krankheiten und insbesondere zu „individualisierter Prävention“ führen). Am krassesten wird die Problematik des individuellen Umgangs mit unsicherem prädiktivem Wissen bei einzelnen (seltenen) Brustkrebsformen deutlich: Ist die Amputation der Brüste eine vertretbare präventive Option?
- Die Wirksamkeitsnachweise, die bei präventiven Interventionen generell problematisch sind, sind im Bereich individueller prädiktiver Informationen noch schwieriger zu führen. Die Grundannahme für den Nutzen prädiktiver genetischer Tests ist, dass positiv getestete Personen motiviert sind, präventive Maßnahmen zu ergreifen, um ihr Gesundheitsrisiko zu minimieren. Daten, die dies belegen könnten, sind nach wie vor rar. Übersichtsarbeiten kommen teilweise zu dem Schluss, dass die Aktivitäten der informierten Betroffenen zur Risikoreduktion begrenzt sind. Die Handlungsrelevanz der prädiktiven Diagnostik scheint jedoch umso größer zu sein, je eindeutiger und einfacher das Risiko nachgewiesen werden kann und je einfacher es im Alltag zu kontrollieren ist. Dies ist z.B. bei der familiären Hypercholesterinämie durch Einnahme von Lipidsenkern der Fall. Auch

bei familiärem Brustkrebs ist die präventive Wirkung der operativen Entfernung von Brustdrüsen und Eierstöcken - so problematisch sie auch sein mag - bei identifiziertem genetischem Risiko belegt.

» Auf der gesellschaftlichen Ebene gewinnen genetische Untersuchungen und prädiktive Tests zunehmend an Legitimität und Akzeptanz. Teilweise entsteht der Eindruck einer biomedizinischen Beherrschbarkeit von Gesundheitsrisiken, der gegenüber die gesundheitsgerechte Gestaltung der Lebensbedingungen nachrangig wird. Die Lebenswelt kommt dann nur sekundär in ihrem epigenetischen Niederschlag ins Blickfeld. Damit wird dem Individuum zugleich mehr Gesundheitsverantwortung zugeschoben. Kritiker fragen, ob wir uns auf dem Weg vom Recht auf Gesundheit in Richtung „Pflicht zur Gesundheit" bewegen. Eng damit verbunden ist die sehr konkret absehbare Gefahr der genetischen Diskriminierung in der Arbeitswelt und bei Versicherungen, für die es zwar bislang wenig empirische Evidenz gibt, die aber auch schwierig zu untersuchen ist.

Überspitzt gesagt können Thesen wie „Wer übermäßig viel isst, schadet nicht nur seinem Körper, sondern auch dem deutschen Gesundheitssystem!" zur Bestrafung bestimmter gesundheitsschädlicher Verhaltensweisen führen. Daraus könnte sich die Verpflichtung entwickeln, sein persönliches Genom und die persönlichen Risiken zu kennen und die eigene Lebensführung dauerhaft darauf abzustellen.

Der genetische *Verantwortungsdiskurs* hat drei Dimensionen, die zumindest teilweise auch für die individualisierte Medizin insgesamt gelten:

1. *Reproduktionsverantwortung*: Dabei geht es um die Norm verantwortlicher Elternschaft, d.h. um den Einsatz möglichst schon pränataler Tests zur Bestimmung von Risiken und ggf. die Verhinderung der Weitergabe „kranker" bzw. risikoträchtiger Gene an die Nachkommen.

2. *Informationsverantwortung*: Hier geht es um die Aufweichung genetischer Privatheit und Selbstbestimmung. Müssen Personen mit genetischen Risiken ihre Angehörigen über solche Risiken informieren? Muss der Arzt aus Verantwortung gegenüber dem Einzelnen zugunsten einer Aufklärung von Angehörigen aufgeben? Wird es eventuell sogar eine Informationspflicht gegenüber Dritten (z.B. Versicherungen) geben?

3. *Eigenverantwortung*: Dieser Begriff steht für das Maß und die verhaltensnormierende Kraft von Erwartungen, die die Gesellschaft hinsichtlich der Erhaltung und Förderung von Gesundheit an die Individuen richtet. Entsteht aus den Erkenntnissen der Gen- und Genomforschung eine erweiterte Pflicht, sich einer Analyse des eigenen Genoms zu unterziehen und sich medizinisch definierten Normen zum Ma-

nagement der eigenen genetischen Risiken zu unterwerfen? Bedeutet es eine Abwendung von traditionellen Public-Health-Strategien?

Ob bestimmte Verhaltensweisen sanktioniert werden, ergibt sich jedoch nicht aus der genetischen Diagnostik oder individualisierten Medizin allein, sondern ist letztlich eine gesundheitspolitische Entscheidung. Bereits bekannte Biomarker für gesundheitsschädigendes Verhalten wie z.B. für Rauchen haben zumindest bislang nicht zur Etablierung von Sanktionen geführt. Da sich jedoch sowohl die Entwicklung der prädiktiven Diagnostik, der genombasierten Prävention als auch die der individualisierten Medizin, und vor allem ihre *Implementierung im Gesundheitswesen* noch im Anfangsstadium befinden, muss derzeit offen bleiben, ob und wie weit der Diskurs um prädiktive Diagnostik bzw. individualisierte Medizin auf eine Verstärkung der individuellen Eigenverantwortung hinführt und von exogen verursachten Krankheitsgefahren ablenkt.

Zu den gesellschaftlichen Implikationen der Entwicklungen, die im Zusammenhang mit der individualisierten Medizin genannt werden müssen, gehört schließlich auch der damit dramatisch steigende *Bedarf an individuellen, gesundheitsrelevanten Daten*. Die Effekte einzelner Gene auf komplexe Phänotypen sind häufig gering und ihr Wechselspiel mit Umweltfaktoren komplex. Von daher müssen große Bevölkerungsgruppen untersucht werden, um relevante Gene und Biomarker zu identifizieren. Dabei ist man auf die Forschung mit menschlichem Zellmaterial angewiesen, dass in großer Zahl gemeinsam mit entsprechenden soziodemographischen, klinischen und Lebensstil-bezogenen Daten von Patienten und Probanden gesammelt und in Biobanken gelagert und prozessiert wird, so z.B. auch in der deutschen Langzeitstudie „Nationale Kohorte“. Zwar ist die Erhebung solcher Materialien und Daten für Forschungszwecke u.a. durch das Datenschutzrecht geschützt (nicht aber durch das spezifischere GenDG); dennoch können durch die Fülle der Daten und die Langfristigkeit ihrer Speicherung neue *Datenschutzprobleme* entstehen.

Verstärkt wird die Datenschutzproblematik durch die wachsende Tendenz zur *Selbstvermessung* mithilfe digitaler Medien (**Social Media**), die darin besteht, dass immer mehr Menschen Daten über ihr gesundheitsrelevantes Verhalten und entsprechende Aktivitäten sammeln und diese elektronisch teilweise anderen zugänglich machen. Diskutiert wird unter anderem, ob solche Daten für die Forschung oder von Krankenkassen genutzt werden können um die Gesundheitsversorgung zu optimieren. Thematisiert wird dieser Komplex auch unter dem Stichwort der *Mitwirkung der Bevölkerung* an der Entwicklung der zukünftigen, individualisierten Medizin, die Leroy Hood (Institute for Systems Biology, Seattle), einer der wichtigsten Protagonisten dieser Entwicklung, bereits mit dem verführerisch eingängigen Begriff der *P4-Medizin* belegt hat: prädiktiv, präventiv, personalisiert und partizipativ.

Dabei muss der Begriff „partizipatorisch“ sicher genauso kritisch befragt werden wie der Begriff individualisiert bzw. personalisiert, denn im Zweifelsfall bezieht sich die hier gemeinte Mitwirkung nicht auf die Gestaltung der medizinischen Versorgung und des Gesundheitssystems, sondern auf die reine Zulieferung von Daten und Biomaterialien (**Partizipation**). Dennoch ist davon auszugehen, dass eine Biomarker-basierte, stratifizierte Medizin ohne ein weiter gehendes Engagement der Bevölkerung bei der Schaffung entsprechender Datenbestände kaum möglich sein wird. Erste Untersuchungen zeigen, dass im Kontext der personalisierten Medizin von den Bürgern explizit erwartet wird, dass sie medizinisch besser gebildet, proaktiver, und engagierter bei ihrer Gesundheitsversorgung sind als im Kontext konventioneller medizinischer Modelle (siehe Abb.). Solche Entwicklungen können sicherlich zur Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung beitragen. Zugespitzt könnte man aber auch sagen, dass die Frage nicht darin besteht, was die personalisierte Medizin für die Bürger tun kann, sondern was die Bürger für die personalisierte Medizin tun können.

In der Literatur beschriebene Verhaltensweisen und Praktiken, die von Bürgern im Kontext der individualisierten Medizin erwartet werden
(nach Budin-Ljøsne & Harris 2015)

Engagement bei der eigenen Gesundheitsversorgung

- Teilnahme an Entscheidungsprozessen im Hinblick auf Prävention, Diagnose und Behandlung
- Nutzung neuer Technologien zum Management von Gesundheitsinformationen (inkl. Genetische Risikoinformationen)
- Information von Familienmitgliedern über genetische Risiken
- Kauf genetischer Dienstleistungen und Gesundheitsprodukte über das Internet
- Zustimmung zu gezielten Behandlungsstrategien, die auf dem genetischen Profil basieren

Beiträge zur Forschung

- Zustimmung zur Nutzung von biologischen Materialien und Gesundheitsdaten durch die Forschung
- Teilnahme an Forschungsprojekten
- Mitwirkung an bürger- und durch soziale Netzwerke geleiteten Initiativen zum Austausch gesundheitsrelevanter Daten
- Beiträge zur Etablierung von Patientenregistern

- Mitteilung von Gesundheitsdaten und Public Health Institutionen und Autoritäten
- Kommunikation mit Forschern über die Werte von Patienten

Engagement beim Design der Personalisierten Medizin

- Teilnahme an öffentlichen Anhörungen und Debatten über die personalisierte Medizin
- Zusammenarbeit mit Gesundheitsfachleuten und Arzneimittelherstellern durch Mitwirkung in Patientenschutz- und Selbsthilfegruppen, Beratungsgremien und beim Health Technology Assessment

Eine abschließende Beurteilung der prädiktiven bzw. individualisierten Medizin und ihrer Auswirkungen auf Gesundheitssystem und Gesellschaft ist zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht möglich. Relativ klar zeichnet sich jedoch ab, dass die Versprechungen zum klinischen Nutzen derzeit überhöht sind und die möglichen gesellschaftlichen und gesundheitspolitischen Folgen zu wenig reflektiert werden, bis hin zu ihrer Bagatellisierung durch einige Protagonisten der individualisierten Medizin.

Diese Einschätzungen basieren stark auf der im November 2010 als Konsenspapier dreier Wissenschaftlicher Akademien veröffentlichten Stellungnahme „Prädiktive genetische Diagnostik als Instrument der Krankheitsprävention". In insgesamt 22 klar formulierten Empfehlungen wird ausgedrückt, wie ein verantwortlicher Umgang mit dem neu entstehenden genetischen Wissen aussehen kann. Zentrale Aussagen sind u.a. die Forderung, dass DTC-Tests (internetbasierte „direct to consumer"-Angebote) nicht zugelassen werden sollten, weil sie die Anforderungen an eine medizinisch und ethisch akzeptable prädiktive genetische Diagnostik nicht erfüllen. Und weiterhin als deutliche Warnung: „Bevor die prädiktive genetische Diagnostik in das Gesundheitssystem integriert werden kann, müssen Belege für ihre Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit vorliegen. Hierzu sind wissenschaftliche Begleitprojekte notwendig." Außer der Anmerkung, dass dies auch für die individualisierte Medizin insgesamt gilt, ist dieser Einschätzung auch nach Überarbeitung des Artikels im März 2016 kaum etwas hinzuzufügen.

Literatur:

Aretz S / Propping P, Prävention somatischer Krankheiten durch die Humangenetik, in Hurrelmann, K.; Klotz, Th.; Haisch, J. (Hrsg): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung; 4., vollständig überarbeitete Auflage, Verlag Hans Huber, Bern, 2014,. 214-231;

Berchtold C,. Der Wandel genetischer Information. Personalisierte Medizin zwischen Informations- und Verschwiegenheitsinteressen. Duncker & Humblot, Berlin, 2016;

Boccia S, Why is personalized medicine so relevant to public health? Editorial. European Journal of Public Health 24, 2014, 349-350

Brand A / Rosenkötter N / Schulte T / Schröder-Bäck P, Public Health Genomics, in: Bundesgesundheitsblatt 52, 2009, 665-676;

Budin-Ljøsne I / Harris JR, Ask not what personalized medicine can do for you--ask what you can do for personalized medicine, in Public Health Genomics, 18(3), 2015, 131-8;

Deutsche Akademie der Naturforscher Leopoldina / Nationale Akademie der Wissenschaften et al, Stellungnahme Prädiktive genetische Diagnostik als Instrument der Krankheitsprävention, Berlin 2010;

Deutscher Ethikrat, Die Zukunft der genetischen Diagnostik - von der Forschung in die klinischen Anwendung. Stellungnahme, Berlin, 2013;

Deutscher Ethikrat (Hrg.), Personalisierte Medizin - der Patient als Nutznießer oder Opfer? (Tagungsdokumentation) Berlin, 2013;

Eckhardt A / Navarini AA / Recher A / Rippe KP / Rütsche B / Telser H / Marti M, Personalisierte Medizin, vdf Hochschulverlag, Zürich, 2014;

Fischer T / Laganke M / Marschall P / Michl (Hrg.), Individualized Medicine. Ethical, economical and historical perspectives, Springer International, 2015;

Grolle J, Menschen nach Maß. Der Spiegel 2015 (49) 125-130

Hempel U, Personalisierte Medizin: Keine Heilkunst mehr, sondern rationale, molekulare Wissenschaft, in: Deutsches Ärzteblatt 106 (42), 2009, B1769-1772;

Heusser P / Neugebauer E / Berger B / Hahn EG, Integrative und personalisierte Gesundheitsversorgung - Forderungen für ein zeitgemäßes Gesundheitssystem, Gesundheitswesen 75(3), 2013, 151-154;

Karger C / Robertz N / Hüsing B, Personalisierte Medizin im Gesundheitssystem der Zukunft. Einflussfaktoren und Szenarien, Forschungszentrum Jülich, 2011;

Keil M, Rechtsfragen der individualisierten Medizin, Springer, 2015

Kollek R / Lemke T, Der medizinische Blick in die Zukunft, Campus, Frankfurt am Main 2008;

Kollek R, Individualisierung der Medizin: medizintheoretische und gesellschaftliche Implikationen eines mehrdeutigen Leitbilds. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, 106(1), 2012, 40-45;

Langanke M / Fischer T / Erdmann P / Brothers KB, Gesundheitliche Eigenverantwortung im Kontext Individualisierter Medizin, Ethik in der Medizin, 25, 2013, 243-250;

Schwerpunktheft Biobanken. Bundesgesundheitsblatt, 59(3), 2016; http://link.springer.com/journal/103/59/3/page/1;

Schmutzke R et al., Risikoprädiktion - Vom Umgang mit dem Krankheitsrisiko. Deutsches Ärzteblatt 112 (20),2015, A 910- A 913

Trojan A, Medikalisierung der Prävention, in: Schmidt B / Kolip P (Hg.), Gesundheitsförderung im aktivierenden Sozialstaat, Weinheim und München, 2007, 117-127;

Wild C / Jonas S, Wie viel prädiktive genetische Diagnostik verträgt das öffentliche, solidarisch finanzierte Gesundheitswesen? - Erste Annäherung einer Ab- und Eingrenzung

der Verantwortlichkeit am Beispiel hereditärer Karzinome, in: Das Gesundheitswesen 65, 2003, 351-358;

Willich S, Individualmedizin - Utopie oder Chance?, in: Deutsches Ärzteblatt 106 (10), 2009, B386-390.

Internetadressen:

www.cdc.gov/genomics/default.htm (Office for Public Health Genomics)
www.epmanet.eu (Gesellschaft für prädiktive, präventive und personalisierte Medizin in Europa)
www.ethikrat.org (Audiomitschnitte und Präsentationen zum Thema personalisierte Medizin)
www.eurogentest.org (Eurogentest)
www.hgqn.org (Humangenetisches Qualitätsnetzwerk)
www.leopoldina.org (Deutsche Akademie der Naturforscher Leopoldina)
www.netzwerk-praenataldiagnostik.de/startseite.html (Netzwerk gegen Selektion durch Pränataldiagnostik)
www.systemsbiology.org (Institute for Systems Biology)
www.rki.de/DE/Content/Kommissionen/GendiagnostikKommission/GEKO_node.html (Gendiagnostik-Kommission [GEKO] beim Robert-Koch-Institut)

Verweise:

Gesundheitswissenschaften / Public Health, Partizipation: Mitentscheidung der Bürgerinnen und Bürger, Psychosomatische Perspektive, Social Media / Gesundheitsförderung mit digitalen Medien

Wir danken Joseph Kuhn für seine Mitarbeit an früheren Fassungen dieses Leitbgriffs!

Prävention übertragbarer Erkrankungen

Jan Leidel

(letzte Aktualisierung am 22.03.2015)

Infektionskrankheiten nehmen wegen ihrer Übertragbarkeit eine Sonderstellung unter den Krankheiten ein. Dies liegt zum einen daran, dass je nach Erreger und Umständen die Zahl der durch Ansteckung erkrankten Menschen sehr hoch sein kann, was zu erheblicher Beunruhigung und Beeinträchtigung des öffentlichen Lebens führen kann. Infektionskrankheiten hatten - wie keine andere Krankheit - mitunter erhebliche Auswirkungen auf die Kulturgeschichte (z.B. das Ende der mittelalterlichen „Badekultur“ aufgrund der Syphilis oder die vielfältigen Folgen der Pestzüge des Hochmittelalters und der beginnenden Neuzeit). Selbst Aufstieg und Fall ganzer Dynastien und Völker wurden von ihnen bewirkt. Beispielhaft seien erwähnt: die Beendigung der Vormachtstellung Athens im antiken Griechenland durch die von Thukydides beschriebene „attische Seuche“ (bisher heutigen Erkrankungen nicht eindeutig zugeordnet), die Rolle der von den Invasoren importierten Pocken bei der Eroberung des Aztekenreiches durch eine kleine Schar Spanier sowie Napoleons Scheitern in Russland am Fleckfieber. Auch heute noch sind Infektionskrankheiten eine der wichtigsten Ursachen für (oft vermeidbare) Todesfälle. Nach Angaben der WHO waren 2004 Infektionskrankheiten mit 16,2 Prozent weltweit nach den kardiovaskulären Erkrankungen die zweithäufigste Todesursache. Bezogen nur auf die armen Länder nehmen sie nach wie vor unangefochten Platz 1 ein.

Eine andere Besonderheit liegt darin, dass an einer Infektionskrankheit Erkrankte einerseits Patientinnen bzw. Patienten sind, die der Zuwendung und Behandlung bedürfen, dass andererseits von ihnen aber auch die Gefahr der Weiterverbreitung der Krankheit ausgehen kann, der es zu begegnen gilt. Das bedeutet, dass bei Maßnahmen zur Verhinderung der Weiterverbreitung unter Umständen auch in Grundrechte der Kranken eingegriffen werden muss. Dies birgt die Gefahr, dass ihnen aus Angst vor Ansteckung in unangemessener Weise begegnet wird. Wir haben z.B. in der Frühphase der Aids-Pandemie erlebt, dass in unserer Gesellschaft der Ruf nach nicht nur ethisch, sondern vielfach auch epidemiologisch ungerechtfertigten Restriktionen gegenüber den Kranken, Infizierten und Gefährdeten laut wurde.

Nicht zuletzt hieraus ergibt sich die Notwendigkeit gesetzlicher Regelungen, die einerseits eine rechtsstaatliche Grundlage dafür bieten, im erforderlichen Umfang in die Rechte - so-

gar Grundrechte - ansteckungsfähiger Personen einzugreifen, und andererseits zum Schutz der Betroffenen die staatlichen Befugnisse beschränken. In der Bundesrepublik ist dies das „Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen (Infektionsschutzgesetz - IfSG) vom 20. Juli 2000. Hoheitliches, also ordnungs- oder seuchenrechtliches Handeln im Rahmen dieses Gesetzes z.B. durch Anordnungen oder Verbote ist eine staatliche Aufgabe, für die die Bundesländer bzw. auf der Durchführungsebene die Kreise oder kreisfreien Städte (Gesundheitsämter) zuständig sind.

Bei der Anwendung seuchenrechtlicher Bestimmungen muss, insbesondere wenn hierdurch Grundrechte tangiert werden, sehr penibel die Frage nach der Verhältnismäßigkeit der geplanten Maßnahme gestellt und beantwortet werden. Dies ergibt sich bereits aus dem in Artikel 20 Absatz 3 des Grundgesetzes (GG) verankerten Rechtsstaatsprinzip und den Grundrechten. Die Frage der Verhältnismäßigkeit muss in drei gedanklichen Teilschritten geklärt werden:

- Ist die Maßnahme erforderlich?
- Ist sie geeignet?
- Ist sie angemessen (Verhältnismäßigkeit im engeren Sinn)?

Erforderlich ist eine Maßnahme dann, wenn es kein milderes Mittel gibt, das zum gleichen Erfolg führen würde. Geeignet ist sie, wenn die Erreichung des angestrebten Ziels hierdurch zumindest theoretisch möglich ist. Angemessen ist die Maßnahme, wenn das mit ihr verfolgte Ziel nicht außer Verhältnis zur Intensität des Eingriffs steht. Dabei reicht es für das praktische Handeln nicht aus, die Frage der Erforderlichkeit nur formal im Sinne dieser Definition zu klären. Vielmehr muss zunächst geprüft werden, ob der angestrebte Erfolg, also das Ziel der Maßnahme, selbst überhaupt erforderlich ist.

Dies sei an einem realen Beispiel aus der Frühphase der Aids-Epidemie in Deutschland erläutert: Es ging hierbei um die Frage, ob es rechtens sei, Menschen, die häufiger an Aufenthaltsorten einer Hauptbetroffenengruppe angetroffen werden, notfalls auch zwangsweise einem HIV-Test zu unterziehen. Im konkreten Fall wurde die Frage nach der Erforderlichkeit dahingehend beantwortet, dass es kein anderes, weniger belastendes Mittel gebe, um eine HIV-Infektion festzustellen. Geeignet sei die Maßnahme zweifellos, da gerade der Test eine Aussage über eine etwaige Infektion ermögliche, und angemessen sei sie ebenfalls, da gemessen an der tödlichen Erkrankung die erzwungene Blutentnahme kaum ins Gewicht falle. Unterlassen wurde aber die Prüfung, ob es denn überhaupt für die Behörde erforderlich sei, über eine mögliche HIV-Infektion von Menschen an derartigen Treffpunkten informiert zu sein. Und diese Frage hätte mit einem klaren „Nein“ beantwortet werden müssen.

Nach der Systematik des Infektionsschutzgesetzes wird zwischen „Maßnahmen zur Verhütung“ und „Maßnahmen zur Bekämpfung“ übertragbarer Krankheiten unterschieden. Dabei ist unter „Verhütung“ die Verhinderung des Entstehens übertragbarer Krankheiten zu verstehen, während mit dem martialischen Begriff der „Bekämpfung“ die Verhinderung der Verbreitung bereits aufgetretener Krankheiten gemeint ist. Das Thema dieses Beitrags umfasst beide Aspekte, wobei man in der Terminologie von Prävention die Verhütung auch als Primärprävention bezeichnen könnte und die Bekämpfung als Sekundärprävention. Es versteht sich von selbst, dass Aspekte von Gesundheitsförderung v.a. im Zusammenhang mit der Krankheitsverhütung eine wichtige Rolle spielen.

Die Erklärungsversuche für das seuchenhafte Auftreten von Krankheiten und die dann aus diesen Vorstellungen abgeleiteten Präventionsstrategien spiegeln stets - auch heute - den Stand der jeweiligen Kenntnisse, aber auch religiöse, politische, kulturelle und gesellschaftliche Überzeugungen wider. Dabei werden überholte Auffassungen oft nicht gänzlich aufgegeben und durch neue Erkenntnisse ersetzt. Vielmehr wird Obsoletes von Neuem überlagert, bleibt aber aus dem kulturellen Erbe heraus bei der Formulierung von Strategien wirksam. Aus diesem Grund soll in aller Kürze auf die Entwicklung dieses Bereichs eingegangen werden.

Lange Zeit wurden Seuchenausbrüche dem Wirken von Dämonen und gekränkten Göttern zugeschrieben. Entsprechend waren (z.B. in der *Ilias* Homers) für ihre Bekämpfung nicht die Ärzte, sondern die Priester zuständig. Auch dem Christentum ist bis in unsere Tage die Auffassung nicht völlig fremd, dass Seuchen eine Strafe Gottes für die sündhafte Menschheit seien. Dies wird z.B. in den zahlreichen Gelübden und religiös motivierten Maßnahmen gegen die Pest deutlich. Auch heute noch lehnen bestimmte religiöse Gruppierungen (z.B. Mitglieder der orthodox-reformierten Kirche im sogenannten „Bibel-Gürtel“ der Niederlande) Schutzimpfungen oder ärztliche Behandlungen ab. Und manche Überlegungen am Beginn der Aids-Epidemie erinnerten durchaus an das 1495 in Köln gedruckte „Gotteslästerer-Edikt“ Kaiser Maximilians I., in dem die Syphilis als Strafe Gottes für Häretiker gedeutet wurde - mit entsprechenden Konsequenzen für die Kranken.

In der hippokratisch-galenischen Medizin der Antike entwickelte sich die Vorstellung, dass giftige Luftverunreinigungen („Miasmen“) für die gleichzeitige Erkrankung vieler Menschen verantwortlich seien. Man nahm an, dass diese Miasmen - begünstigt durch Hitze oder durch die Konstellation der Planeten - z.B. aus Sümpfen oder unbeerdigten Kadavern aufsteigen können. Neben dem Miasma spielen nach dieser Auffassung aber auch die individuelle Disposition sowie Aspekte der Lebensbedingungen und Lebensführung eine wesentliche Rolle. So ließ sich erklären, dass nicht alle Menschen gleichermaßen gefährdet waren und erkrankten. Die Vorstellung einer unmittelbaren „Ansteckung“ war in dieser Tradition zwar für einige Krankheiten (z.B. Schwindsucht, Trachom, Krätze, Aussatz) akzeptiert, spielte aber insbesondere bei den „pestartigen“ Krankheiten („Seuchen“) eine

untergeordnete Rolle. Die Anhänger dieser Lehre, die bis zu den Seuchenzügen der Pest am Beginn der Neuzeit die vorherrschende schulmedizinische Auffassung darstellte, werden auch als „Miasmatiker“ bezeichnet. Sie strebten als Gegenmaßnahme v.a. nach einer gesunden Lebensführung (griech.: „Diaitia“, wovon unser Begriff „Diät“ abgeleitet ist) und versuchten im Übrigen, die verdorbene Luft zu verbessern, was man heute als Hygienemaßnahmen bezeichnen würde. Absonderungsmaßnahmen (Quarantäne) spielten keine besondere Rolle, da hierdurch die ohnehin von Miasmen verdorbene Luft nicht zu beeinflussen sei.

Aufgrund der tatsächlichen Erfahrungen v.a. mit der Pest setzte sich dann in der frühen Neuzeit mehr und mehr eine „kontagionistische“ Auffassung durch. Die „Kontagionisten“ sahen die wichtigste Ursache für die Seuchen in einem von außen eingeschleppten Kontagium, einem Ansteckungsstoff. Die Kontagionisten traten in erster Linie für strikte Quarantänemaßnahmen und die Vernichtung (bzw. Desinfektion) der mit dem „Ansteckungszunder“ behafteten Gegenstände ein. Demgegenüber tritt in dieser Auffassung die Bedeutung der individuellen Faktoren Disposition, Lebensbedingungen und Lebensführung zurück.

Vor allem in der späteren Ausprägung stehen unterschiedliche weltanschauliche und gesellschaftliche Einstellungen hinter den beiden Konzepten von Förderung der individuellen Gesundheit einerseits und Quarantäne andererseits. Dies zeigte sich auch, als Robert Koch durch seine säkularen Entdeckungen die kontagionistische Lehre zu einem triumphalen Durchbruch führte. Der Sieg der Bakteriologie war zugleich die Niederlage sozialpolitischer Überzeugungen von Männern wie Max von Pettenkofer oder Rudolf Virchow. Dieser hatte anlässlich seines Berichts über eine „Typhus“-Epidemie[1] in den Industriebezirken Schlesiens geäußert, dass die Ursache für diese Epidemie genauso auf wirtschaftlichem und sozialem wie auf biologisch-medizinischem Gebiet zu suchen sei. Die Heilmittel, die er empfahl, waren Wohlstand, Bildung und Freiheit, die nur auf dem Boden einer vollkommenen und uneingeschränkten Demokratie gedeihen können.

Heute scheint der Streit durch die wissenschaftliche Erkenntnis überwunden, eine Synthese aus den beiden Antithesen möglich. Wir wissen, dass ein bloßer Kontagionismus, der allzu erregerzentriert die soziale Wirklichkeit der von einer Infektion Bedrohten bzw. bereits Betroffenen außer Acht lässt und vorrangig auf die Ermittlung von Infektionsquellen sowie die Absonderung der Infizierten und Kranken setzt, in seiner Effektivität v.a. bei endemischen und ganz besonders bei sexuell übertragbaren Krankheiten begrenzt ist. Ebenso wie der platte Antikontagionismus der Miasmatiker, der die Rolle des Wirtes und dessen Lebensrealität einseitig thematisiert, diejenige des Erregers aber vernachlässigt. Zu dieser Erkenntnis haben mikrobiologisch geschulte Sozialhygieniker wie Adolf Gottstein beigetragen, die sich die Frage stellten, warum ein und derselbe Erreger im einen Fall nur eine individuelle Erkrankung, im anderen aber einen seuchenartigen Ausbruch verursacht.

Auch relativ frische Erfahrungen, wie sie z.B. bei der Entwicklung von Strategien gegen Aids oder bei der Eindämmung des großen Ebola-Ausbruchs in Westafrika gemacht wurden, haben bestätigt, wie wichtig die Einbeziehung von Lebensumständen und Verhaltensweisen sowie von Möglichkeiten zu deren Beeinflussung tatsächlich ist.

Wegen des Bevölkerungsbezugs und des überindividuellen Charakters übertragbarer Krankheiten sind sie in der Nachfolge Gottsteins also auch Gegenstand der Sozialhygiene geworden. Diese hat als Weiterentwicklung und Reimport unter der Bezeichnung Public Health seit einigen Jahren auch an den deutschen Universitäten wieder Fuß gefasst. Aus der Perspektive von Public Health müssen bei der Analyse von Infektionskrankheiten sowie bei der Formulierung von Verhütungs- und Bekämpfungsstrategien biologische, molekularbiologische, physikalische und chemische Erregereigenschaften ebenso berücksichtigt werden wie die Übertragungswege und deren Beeinflussbarkeit, biologische sowie psychosoziale Wirtseigenschaften ebenso wie Eigenschaften der natürlichen, technischen, kulturellen und sozialen Umwelt. Nicht zuletzt spielen bei derartigen Überlegungen auch die ökonomischen Bedingungen des jeweiligen Gemeinwesens eine Rolle. Entsprechend erfordert die Kontrolle einer Infektionskrankheit einen multiprofessionellen Arbeitsansatz und ein ganzes Maßnahmenbündel, wobei die einzelnen Maßnahmen sehr sorgfältig auf ihre erwünschten Wirkungen, aber auch auf ihre unerwünschten - den Erfolg unter Umständen sogar gefährdenden - „Nebenwirkungen“ untersucht werden müssen. Unter Public-Health-Gesichtspunkten ist eine Abstimmung aller Maßnahmen erforderlich, wobei die Beteiligung der von der Planung betroffenen Gruppen eine wesentliche Voraussetzung für den Erfolg ist.

Ohne Zweifel sind v.a. in den reichen Industrieländern spektakuläre Erfolge bei der Zurückdrängung von Infektionskrankheiten gelungen. Diese Erfolge waren v.a. möglich durch

- wissenschaftliche Erkenntnisse hinsichtlich der Natur und insbesondere der Übertragungswege der jeweiligen Erreger,
- darauf beruhende gesellschaftliche Veränderungen von Verhaltensweisen (typische Beispiele sind die mittlerweile in Vergessenheit geratenen, womöglich bald aber wieder wichtigen Kampagnen gegen das öffentliche Spucken als unspezifische Maßnahme gegen die Tuberkulose, Hygienemaßnahmen wie häufiges Händewaschen oder die sogenannte „Hustenhygiene“ gegen die Weiterverbreitung der Influenza oder die Verhaltensänderungen zur Prävention einer HIV-Infektion),
- soziale Verbesserungen (z.B. der Wohnungssituation und der Ernährungslage),
- allgemeine Hygiene- und Sanitationsmaßnahmen (z.B. Trinkwasserversorgung, Abwasserkanalisation, Müllbeseitigung, Assanierung der Städte etc.),
- Entwicklung und breite Anwendung spezifischer Schutzimpfungen,

» sekundäre Prävention v.a. durch effektive Behandlungsmöglichkeiten insbesondere bakterieller Infektionen.

Folgende Punkte sollen besonders hervorgehoben werden:
Bei der Planung von Maßnahmen gegen die Weiterverbreitung einer Infektionskrankheit spielt deren Übertragungsweg eine ganz wesentliche Rolle. Infektionskrankheiten, die leicht - z.B. als „Tröpfcheninfektion“ - übertragen werden, erfordern andere Strategien als solche, deren Erreger sich auf dem Weg der Schmier- und Schmutzinfektion ausbreiten. Wieder andere Vorgehensweisen sind bei Infektionen notwendig, die überwiegend oder ausschließlich als genitale Kontaktinfektion weitergegeben werden.

Durch das eigene Verhalten - also eine möglichst gesunde, die eigene Abwehr stärkende Lebensführung, die konsequente Teilnahme an Schutzimpfungen sowie eine Infektionsvermeidung durch Expositionsprophylaxe (z.B. Anwendung von Kondomen gegen sexuell übertragbare Infektionen, Verwendung von Moskitonetzen zur Vermeidung der Malaria, Mundschutz und Händehygiene zur Vermeidung von Infektionen durch z.B. Grippeviren) - kann das individuelle Ansteckungsrisiko je nach Krankheit erheblich gesenkt werden. Ebenso hat die Schaffung von Verhältnissen, die dem Auftreten übertragbarer Krankheiten entgegenwirken (Maßnahmen der „Stadthygiene“, gesundheitsgerechte Wohnverhältnisse, Lebensmittelhygiene, Krankenhaushygiene etc.), erheblich zu der vergleichsweise günstigen Situation in den wohlhabenden Ländern beigetragen. Die Doppelstrategie der Gesundheitsförderung von verhaltens- und verhältnisbezogenen Ansätzen bewährt sich also auch bei der Prävention übertragbarer Erkrankungen.

Die wohl wichtigste und effektivste Prävention von Infektionskrankheiten ist aber - soweit verfügbar - die Schutzimpfung. Hierbei wird die in der Evolution schon früh entstandene Fähigkeit von Wirbeltieren zur spezifischen immunologischen Infektionsabwehr genutzt. Durch unschädlich gemachte („attenuierte“) oder abgetötete Erreger oder mittels gereinigter, für die Immunantwort erforderlicher Erregerbestandteile oder durch unschädlich gemachte Toxine bestimmter Bakterien („Toxoide“) wird die Reaktion des Immunsystems auf eine Infektion nachgeahmt mit der Folge, dass bei einem späteren Kontakt mit den pathogenen (krank machenden) Infektionserregern die induzierte Immunität eine Infektion verhindert oder den Verlauf der Krankheit abmildert.

Viele Schutzimpfungen bewirken über den Individualschutz für die Geimpften hinaus bei genügend hoher Beteiligung auch einen Schutz auf Bevölkerungsniveau. Dadurch, dass die Zahl der für eine Infektion empfänglichen Personen unter ein von der Art des jeweiligen Erregers abhängiges Maß gesenkt wird, stehen nicht mehr genügend potenzielle „Opfer“ zur Verfügung, Ausbrüche oder Epidemien können sich nicht entwickeln. Schließlich ist es bei einigen Kranken sogar möglich, die entsprechenden Erreger vollständig verschwinden zu lassen (zu eradizieren). Dies ist für die Pocken gelungen: Am 8. Mai 1980 konnte die

WHO die Welt als frei von Pocken erklären. Für die Polio (Kinderlähmung) sind auf dem Weg zur Eradikation bereits erhebliche Fortschritte erzielt worden, der gesamte amerikanische Kontinent, Australien und Europa sind als poliofrei zertifiziert. Für die auf dem amerikanischen Kontinent oder in Skandinavien praktisch verschwundenen Masern scheiterte ein ähnlicher Erfolg bislang an der - auch in Deutschland - immer noch zu geringen Impfbeteiligung.

Da gerade für viele bedrohliche Infektionskrankheiten die Fähigkeit zur Ausbreitung auch über Grenzen hinweg charakteristisch ist, muss als wesentlicher Faktor für eine erfolgreiche Prävention ihres Auftretens sowie ihrer Ausbreitung auch die Notwendigkeit zur sektorübergreifenden regionalen, nationalen, internationalen Kooperation genannt werden. Eine besondere Rolle spielt dies bei der weltweiten Ausbreitung einer übertragbaren Krankheit, einer sogenannten Pandemie. Im deutschen Sprachgebrauch wird der Begriff v.a. für die oft besonders bedrohliche Ausbreitung eines neuen Influenzavirus verwendet. Weil es sich um ein neues Virus handelt, besteht in der Bevölkerung eine allenfalls sehr gering ausgeprägte Immunität, weshalb zumeist sehr viele Menschen erkranken und es rasch zur Ausbreitung über mehrere Kontinente kommen kann.

Die letzte Influenzapandemie wurde 2009/2010 durch eine zunächst in Mexiko und im Süden der USA aufgetretene neue Variante des Influenzavirus H1N1 mit der wissenschaftlichen Bezeichnung H1N1v2009 verursacht (auch als „Schweinegrippe“ bezeichnet). Unter anderem auf Drängen der WHO, die für die Koordination der weltweiten Zusammenarbeit und auch für die formale Einstufung eines Infektionsgeschehens als Pandemie zuständig ist, hatten die meisten Länder vorsorglich Pandemiepläne entwickelt und (wie z.B. Deutschland) praktisch erprobt. Die pharmazeutische Industrie hatte sich ebenfalls auf Bitten der WHO, aber auch zahlreicher Staaten, auf das wirtschaftlich zunächst riskante Abenteuer der Entwicklung pandemischer Impfstoffe eingelassen. Aus diesen Gründen und wegen der sehr hoch entwickelten intensivmedizinischen Behandlungsmöglichkeiten war die Menschheit besser als je zuvor auf eine Influenzapandemie vorbereitet. Tatsächlich verlief die Pandemie 2009/2010 unerwartet mild, die Zahl der Erkrankten und an Influenza Gestorbenen blieb deutlich hinter den aus der Erfahrung der vorherigen Pandemien abgeleiteten Befürchtungen zurück, auch wenn die ursprünglich publizierten Mortalitäts- und Morbiditätsdaten zwischenzeitlich nach oben korrigiert werden mussten. Dies hat gegen Ende der Pandemie besonders in Deutschland zu dem Vorwurf geführt, die nationalen und internationalen Vorkehrungen seien - möglicherweise aus wirtschaftlichen Interessen - völlig überzogen gewesen. Eine rückschauende fachliche Bewertung der getroffenen Maßnahmen stützt diesen Vorwurf nicht, benennt aber eine Reihe von Punkten, in denen die Vorbereitung auf ein derartiges Ereignis verbessert werden sollte.

In Deutschland obliegt die Durchführung des Infektionsschutzgesetzes und damit die Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten grundsätzlich den Bundesländern.

Als übergreifende wissenschaftliche Einrichtung auf diesem Gebiet fungiert das zum Geschäftsbereich des Bundes-Gesundheitsministeriums gehörende Robert Koch-Institut in Berlin. Es hat u.a. die Aufgabe, „Konzeptionen zur Vorbeugung übertragbarer Krankheiten sowie zur frühzeitigen Erkennung und Verhinderung der Weiterverbreitung von Infektionen zu entwickeln“ (§ 4 IfSG). Außerdem ist es zuständig für die epidemiologische Auswertung der über die Länder erfolgenden Meldungen meldepflichtiger übertragbarer Krankheiten.

2004 beschlossen das Europäische Parlament sowie der Europäische Rat, zur Unterstützung der nationalen Einrichtungen eine wissenschaftliche Institution zu gründen, die in Europa die Abwehr gegen Infektionskrankheiten stärken sollte. Dieses European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) nahm seine Arbeit 2005 in Stockholm auf. Hauptaufgabe des ECDC ist es, Gefahren für die menschliche Gesundheit durch Infektionskrankheiten zu identifizieren, zu bewerten und innerhalb der Gemeinschaft zu kommunizieren.

Gegenüber diesen erfolgreichen Strategien zur Prävention von Infektionskrankheiten wird die Wirksamkeit seuchenrechtlicher Vorschriften in der öffentlichen Diskussion mitunter eher überschätzt. Ich möchte diesen Beitrag daher mit einem Zitat aus dem Endbericht der Enquête-Kommission des Deutschen Bundestages „Gefahren von Aids und wirksame Wege zu ihrer Eindämmung“ von 1990 schließen: „Dass durch strafrechtliche oder dirigistische staatliche seuchenrechtliche Maßnahmen gegen Individuen eine epidemiologisch bedeutsame Abnahme der Infektionskrankheiten erreicht werden konnte, ist empirisch nicht belegbar.“

[1] Virchow bezeichnete die Krankheit als Typhus, was wahrscheinlich für einen Teil der Fälle auch stimmte. Mehrheitlich dürfte es sich aber um das gehandelt haben, was wir heute Fleckfieber nennen. Ich halte das aber nicht für so wichtig.

Literatur:

Bales S/Baumann HG/Schnitzler N, Infektionsschutzgesetz. Kommentar und Vorschriftensammlung, Stuttgart, Berlin, Köln 2003;

Leidel J, Infektionsschutz als Aufgabe des öffentlichen Gesundheitsdienstes, in: Hofmann F/Kralj N, Handbuch Betriebsärztlicher Dienst, Heidelberg 2010;

Leven KH, Die Geschichte der Infektionskrankheiten, Landberg/Lech 2000;

Spiess H/Heininger U, Impfkompendium, Stuttgart 2005

Internetadressen:

http://bundesrecht.juris.de/ifsg/index.html (Bundesministerium der Justiz: Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen)
www.ecdc.europa.eu (European Centre for Disease Prevention and Control - ECDC)
www.rki.de (Robert Koch-Institut)

Prävention und Krankheitsprävention

Peter Franzkowiak

(letzte Aktualisierung am 28.06.2018)

Prävention ist der allgemeine Oberbegriff für alle Interventionen, die zur Vermeidung oder Verringerung des Auftretens, der Ausbreitung und der negativen Auswirkungen von Krankheiten oder Gesundheitsstörungen beitragen. Prävention wirkt durch Ausschaltung von Krankheitsursachen, durch Früherkennung und Frühbehandlung von Krankheitsrisiken oder durch die Vermeidung des Fortschreitens einer bestehenden Krankheit. Maßnahmen der Prävention umfassen medizinische, psychologische und erzieherische Interventionen, Lebensweltbeeinflussung und Umweltkontrolle, gesetzgeberische Eingriffe, Lobbyarbeit und massenmediale Kampagnen.

Wissenschaftlich präziser und auch strukturell eindeutiger ist der Begriff der *Krankheitsprävention*. Krankheitsprävention zielt in erster Linie auf Risikogruppen mit erwartbaren, erkennbaren oder bereits im Ansatz eingetretenen Anzeichen von Gesundheitsstörungen und Krankheiten. Ansatzpunkt und Bezug ist eine medizinisch oder psychiatrisch definierte und diagnostizierbare Gesundheitsstörung, d.h. eine manifeste Krankheit und deren Vorläufer. Wichtigste Voraussetzung für effektive Krankheitsprävention ist die wissenschaftliche und praktische Kenntnis pathogener Dynamiken. Damit sind die unterschiedlichen Entwicklungsstufen und Verlaufsstadien (einschließlich auch symptomloser Vorläufer) eines Krankheitsgeschehens gemeint - sowohl beim einzelnen Betroffenen als auch in größeren Kollektiven und Populationen.

Ziele sind das Vermeiden des Eintretens, die Verhinderung der Entstehung und Ausbreitung sowie die Verhinderung des Voranschreitens einer Gesundheitsstörung oder Krankheit in ein jeweils schlimmeres Stadium, auch das Vermeiden von Folgestörungen somatischer, psychischer und sozialer Art sowie das Reduzieren von Folgekrankheiten und chronischen Verläufen. Der erzielte Gesundheitsgewinn besteht im Abbau einer aus der Kenntnis pathogenetischer Dynamiken heraus zu erwartenden individuellen oder kollektiven Krankheitslast. Spezifische und allgemeine Präventionsziele werden in vier Kernpunkten zusammengefasst (vgl. Abb. 1).

- Vermeidung, Abschwächung oder zeitliche Verschiebung („Kompression") von Mortalität und Morbidität und den sich daraus ergebenden Einbußen an Lebensqualität und Einschränkungen der Teilhabe am sozialen Leben.
- Vermeidung, Verringerung und/oder zeitliche Verschiebung von direkten Krankheitskosten der Kuration, Rehabilitation und Sozialversicherung.
- Vermeidung, Verringerung und/oder zeitliche Verschiebung von indirekten Krankheitskosten durch reduzierte Produktivität, eingeschränktes bürgerschaftliches Engagement oder gesamtgesellschaftliche Wohlfahrtsverluste; Erhalt des wirtschaftlichen und sozialen Produktionspotenzials.
- Investition in Gesundheit als einen demografisch zunehmend wichtigen Aspekt des „Humankapitals".

Abb. 1: Allgemeine Zielsetzungen von Prävention und Krankheitsprävention (nach Rosenbrock und Michel 2007, 3 ff)

Primäre - Sekundäre - Tertiäre Krankheitsprävention: Krankheitspräventive Maßnahmen sollen nicht nur das (Neu-)Auftreten von Krankheiten, von Behinderungen oder eines vorzeitigen Todes senken, sondern auch zu einem möglichst langen Erhalt von Selbstständigkeit im fortschreitenden Alter beitragen. Daher hat die Krankheitsprävention gestufte Ziele. Interventionshandlungen werden je nach dem Zeitpunkt des Eingriffs in einer Abfolge von Entwicklungsstufen der Störung unterschieden in primäre, sekundäre und tertiäre Krankheitsprävention (vgl. Abb. 2).

Klassifikation	Ziele	Zeitlicher Ansatz und Umsetzung
Primäre Krankheitsprävention	Person: Krankheitsverhütung, Risikosenkung, Risikoeliminierung Bevölkerung/Gesundheitspolitik: Senkung der Inzidenzraten von Krankheiten, Minderung der Wahrscheinlichkeit des Krankheitseintritts in einer Population	... soll wirksam werden, wenn noch keine Krankheit, noch keine fassbare biologische Schädigung eingetreten ist, ... will bekannte auslösende oder vorhandene Ursachen und Teilursachen (z.B. Risikofaktoren) von Krankheiten vermeiden. Die primäre Prävention umfasst die Verhütung von Krankheit durch: » **Beseitigung eines oder mehrerer ursächlicher Faktoren** der Exposition (z.B. durch Ausrottung von Virenstämmen oder Beseitigung chemischer oder ökologischer Noxen) und

		» **Verhinderung bzw. Verminderung verhaltensbedingter Risikofaktoren**, durch Erhöhung der organismischen Widerstandskraft von Menschen und ihrer Kompetenzen zur konstruktiven Bewältigung von Belastungen (z.B. durch Schutzimpfungen, über Gesundheitserziehung oder Gesundheitstraining) und » **Veränderung von Umweltfaktoren**, die ursächlich oder als Überträger an der Krankheitsentstehung beteiligt sind (z.B. durch Gesundheitsschutzmaßnahmen, aber auch Armutsbekämpfung oder **Frühe Hilfen**).
Sekundäre Krankheitsprävention	Person: Krankheitsfrüherkennung (Entdeckung von biomedizinisch eindeutigen, z.T. noch klinisch symptomlosen, Frühstadien einer Erkrankung und deren erfolgreiche Frühbehandlung) Bevölkerung/Gesundheitspolitik: Senkung der Inzidenz von manifesten oder fortgeschrittenen Erkrankungen	... hat zum Ziel, Krankheiten möglichst frühzeitig zu erkennen, bevor Beschwerden oder Krankheitssymptome auftreten. Hierzu werden Gesundheits-Checks, krankheitsspezifische Früherkennungsuntersuchungen bei einzelnen Menschen sowie Filteruntersuchungen (engl.: „Screenings“) in ausgewählten Bevölkerungsgruppen durchgeführt. Das Fortschreiten eines Krankheitsfrühstadiums soll durch » **Früherkennung, Früherfassung und frühzeitige Beratung** oder Behandlung verhindert (Beispiele: Blutdruckscreening und nachfolgende Behandlung, Förderung der Inanspruchnahme präventivmedizinischer Angebote) bzw. durch » **Empfehlungen für Lebensstilveränderungen** (z.B. Diät-, Trainings- und Entspannungsempfehlungen bei grenzwertigem bzw. manifestem Bluthochdruck oder bei Body-Mass-Index-Werten im Grenzbereich zum Übergewicht) aufgehalten werden.

		Eine Frühbehandlung muss einen klinisch bzw. epidemiologisch gesicherten Zusatznutzen aufweisen, da sie andernfalls unnötige Kosten, unnötiges Leid und unnötige Risiken verursachen kann.
Tertiäre Krankheits-prävention	Person: Verhütung der Krankheitsverschlimmerung, Vermeidung von bleibenden Funktionsverlusten und eingeschränkten Aktivitäten bzw. verminderter Partizipation Bevölkerung/Gesundheitspolitik: Alle Anstrengungen, die die Leistungsfähigkeit von Patientinnen/Patienten und Betroffenen so weit wie möglich wiederherzustellen bzw. zu erhalten versuchen; Senkung der Inzidenz bleibender Beeinträchtigungen und Behinderungen	... richtet sich an Menschen (Patientinnen und Patienten), bei denen bereits eine Krankheit oder ein Leiden manifest ist und behandelt wird. Hier sind Ziele die Vermeidung des Fortschreitens einer bestehenden Störung, eine Abmilderung von Folgeschäden und Chronifizierungen, die Verhütung von Rückfällen durch die wirksame Behandlung einer manifesten, symptomatisch und chronisch gewordenen Erkrankung sowie die Wiederherstellung weitest möglicher Funktionsfähigkeit und Lebensqualität nach einem Krankheitsereignis. Dazu werden » **notwendige Heil- und Folgebehandlungen so früh wie möglich** eingeleitet. Tertiäre Prävention und Rehabilitation überschneiden sich teilweise. Während Maßnahmen der tertiären Prävention rein krankheitsorientiert sind, zielt die Rehabilitation darauf ab, Kranke und ihre Umwelt nicht nur medizinisch-therapeutisch, sondern auch psychosozial und schulisch-beruflich zu einem aktiven, weitgehend selbstbestimmten Leben mit krankheitsbedingten, chronischen Funktionseinbußen zu befähigen. Im Kern der Rehabilitation nach ICF (International Classification of Functioning, Diability and Health) und dem SGB IX steht in Deutschland die Sicherung und Erhöhung sozialer Teilhabe und die Erhaltung bzw. Ausweitung des Handlungsspielraumes in wichtigen Lebensbereichen.

Abb. 2: Das Triadische Strukturmodell der Krankheitsprävention

Hinsichtlich der *präventiven Methodik* bzw. dem Kontextbezug einzelner Maßnahmen lassen sich nach Rosenbrock/Michel (2007) vier Ansätze unterscheiden:

- *medizinische Prävention*, definiert durch den Einsatz medizinischer Mittel der Diagnostik und (Früh-)Behandlung, z.B. Schutzimpfungen;
- *„reine" Verhaltensprävention* mit dem Ziel der Änderung von (schädlichen) Verhaltensmustern bei Einzelpersonen und Gruppen ohne expliziten Kontextbezug, z.B. Gesundheitskurse und Trainingsangebote durch Krankenkassen;
- *Kontextorientierte („verhältnisgestützte") Verhaltensprävention,* entweder als verhaltenspräventive Interventionen für genau definierte Zielgruppen mit einem expliziten Kontextbezug sowie die Nutzung eines Settings als Zugangsweg für solche Zielgruppen (Gesundheitsförderung im Setting) oder als Integration von Verhältnis- und Verhaltensprävention in Mehr-Ebenen-Kampagnen und in der Gestaltung von lebensstilprägenden Lebenswelten (Gesundheitsförderndes Setting);
- *„reine" Verhältnisprävention,* ohne die Notwendigkeit persönlicher Einstellungsänderung und Verhaltensentscheidungen, als Gesamtheit struktureller und politischer Eingriffe zur Veränderung der gesundheitsrelevanten ökologischen, sozialen, kulturellen und technisch-materiellen Umwelten und Settings, der Beeinflussung von sozialen Regeln, Gesetzen und sozialen Systemen und der Intervention in Einrichtungen der gesundheitlichen Versorgung, etwa durch Normierung von Verbraucherschutz oder Umweltbelastungen.

Fließende Übergänge zur Gesundheitsförderung bestehen bei der kontextorientierten Verhaltensprävention sowie der Verhältnisprävention. Exemplarisch wird hier - insbesondere im „Leitfaden Prävention" der GKV zum neuen **Präventionsgesetz** (s.u.) - auf die **Betriebliche Gesundheitsförderung** und auf **Gesundheitsförderung in Kindertagesstätten**, Schulen und Gemeinden/Quartieren verwiesen. Aber auch ursprünglich als Verhaltensprävention konzipierte Maßnahmen können über **Gesundheitserziehung**, **Gesundheitsberatung** oder **Patientenschulung** hinausgehen, wenn sie eine kontextorientierte sowie **systemische und Kompetenzen fördernde Perspektive** einnehmen. Exemplarische Beispiele hierfür sind langfristig und mehrdimensional angelegte Kampagnen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung wie „Kinder stark machen" und „Alkohol? Kenn Dein Limit" zur Suchtprävention, „Gut Drauf" zur Ernährungs- und Bewegungsförderung im Jugendalter, „Gib Aids keine Chance" und „mach's mit" zur HIV/Aids-Prävention (**Gesundheitskommunikation und Kampagnen**). Beispielhaft für ein Langzeitprogramm aus den Bundesländern ist die seit 1991 in Nordrhein-Westfalen bestehende Gemeinschaftsinitiative „Sucht hat immer eine Geschichte" zu nennen.

Ende 2017 hat das Zukunftsforum Public Health die Vorarbeiten von Rosenbrock und Kolleg*innen in der öffentlichen Stellungnahme „Vorrang für Verhältnisprävention" wieder aufgegriffen und mit Blick auf das seit 2015 geltende Präventionsgesetz aktualisiert: „Prä-

vention (muss), wenn sie flächendeckend effektiv implementiert werden und zur Verminderung ungleicher Gesundheitschancen beitragen soll, in erheblichem Maße auch auf Verhältnisänderung setzen. Letztere umfasst die Veränderung der ökologischen, sozialen, kulturellen und technisch-materiellen Lebensbedingungen im institutionellen und sozialen Kontext. Verhältnisprävention möchte also Gesundheitsbelastungen, die aus dem Lebensumfeld resultieren, verringern und Gesundheitsressourcen, die das Lebensumfeld bieten kann, vermehren. In diesen Kontext müssen sich auch die Ansätze von Health Literacy (‚Gesundheitskompetenz') und Verhaltensprävention einfügen. Die Unterscheidung von Verhaltens- und Verhältnisprävention ist dabei *mehr als nur eine Frage der Terminologie:* Wenn Praxis, Politik und Sozialversicherungen Präventionsmaßnahmen in Settings umsetzen wollen, müssen verhältnispräventive Maßnahmen Vorrang haben. Es erfordert -ganz im Sinne des neu formulierten § 20a SGB - eine Bestandsaufnahme und Analyse, wo Ansätze für die Veränderung von Verhältnissen liegen und wie diesbezüglich notwendige gesundheitsförderliche Strukturen und Netzwerke aufgebaut werden können" (De Bock et al 2017 - Hervorhebung im Original).

Auf der Ebene der *konzeptionellen Zugänge* gibt es drei Formen:

- die auf spezifische Krankheiten und Krankheitsursachen bezogene Prävention (ätiologisch und nosologisch orientierte Prävention),
- der Ausgleich von Gefährdungs- und Erkrankungsunterschieden zwischen verschiedenen sozialen oder gesundheitlichen (Risiko-)Gruppen (Konzept der relativen Risiken),
- die Bekämpfung von Epidemien bzw. Unterstützung von abnehmenden Gefährdungen (Konzept der Epidemien und Regressionen).

Die *präventiven Strategien* sind durch drei sich teilweise überschneidende Zugänge gekennzeichnet:

- die Ausschaltung oder Minimierung von Gesundheitsrisiken,
- die Verringerung der Zahl von Betroffenen, d.h. der von einem Risiko bedrohten oder gegenüber einer Krankheit exponierten Menschen,
- die Schulung, Beratung, Gesundheitserziehung und Kompetenzförderung aller von Gesundheitsrisiken Betroffenen.

Leppin hat vorgeschlagen, die *krankheitspräventive Methodik* nach einer dreistufigen Systematik zu klassifizieren - mit Bezug zum Kontinuum zwischen Verhaltens- und Verhältnisprävention:

- Psycho-edukative Verfahren (personen-, gruppen- und bevölkerungsbezogene Praxisansätze der Information, Aufklärung, Warnung und Abschreckung, personalen Beratung, des Verhaltens- und Selbstmanagement-Trainings, der

Kompetenzförderung und Stressbewältigung - dominierend in der Verhaltensprävention);

- Sozio-edukative Aktivitäten (Versuche der Initiierung von präventiven Prozessen in Gruppen oder Organisationen mit fließenden Grenzen zu sozialpolitischen Aktivierungs- und Mobilisierungsprozessen im kommunalen und regionalen Rahmen - verortet v.a. in der Verhältnisprävention sowie von zentraler Bedeutung für Gesundheitsförderung);
- Normativ-regulatorische Verfahren und ökonomische Anreiz- und Bestrafungssysteme (Gesetze, Vorschriften, Gebote und Verbote mitsamt Androhung von Sanktionen, z.B. als Rauchverbote, Anschnallpflicht, Promillegrenzen im Straßenverkehr, des weiteren Schadstoffverordnungen, Vorschriften der Lebensmittelüberwachung, Gesetzgebung zum Gesundheits-, Arbeits- und Jugendschutz - zentral für Verhältnisprävention) und ökonomische Anreiz- und Bestrafungssysteme
- (Preisregulierungen, z.B. Verteuerung von gesundheitsschädlichen Produkten wie Tabak und Alkohol durch Steuererhöhungen mit dem Ziel einer Veränderung des Nachfrage- und Konsumverhaltens, Beitragsermäßigungen für Versicherte bei Inanspruchnahme präventiver Angebote oder bei Aufgabe des Rauchens - zentral für Verhältnisprävention).

Universelle - Spezifische - Indizierte Krankheitsprävention: In der US-amerikanischen Public Health, Mental Health, der Klinischen Psychologie und der Clinical Social Work gibt es seit einigen Jahrzehnten andere Schwerpunktsetzungen. Hier arbeitet man bevorzugt mit der Kategorisierung präventiver Maßnahmen nach Spezifität und Maß der Gefährdung. In Deutschland wurde diese Sichtweise zunächst in der Gemeindepsychiatrie und Suchthilfe übernommen, gewinnt seit den 2000er Jahren aber auch in der Suchtprävention und der deutschen Public Health an Bedeutung.

Die Klassifikation folgt einem „Risk-Benefit-Modell“ mit drei Kerngrößen: das individuelle Erkrankungsrisiko (d.h. die gegebene Ausprägung von Risikofaktoren bei den jeweiligen Zielgruppen), die Interventionsrisiken sowie Aufwand und die Kosten, die mit einer Maßnahme verbunden sind. In diesem Spezifitätsmodell der Krankheitsprävention werden drei Präventionsformen und -zugänge unterschieden: die universelle, die selektive und die indizierte Prävention (vgl. Abb. 3). Die drei Formen sind in ein Gesamtsystem eingeordnet, das nicht nur Vorsorge, Früherkennung und Behandlung, sondern auch Langzeitbetreuung und Rehabilitation umfasst.

Klassifikation	Zielgruppen	Nutzen, Aufwand und Umsetzung
Universelle Prävention	… spricht die Gesamtbevölkerung bzw. große Teilpopulationen an	Maßnahmen, die prinzipiell für jede und jeden nützlich oder notwendig sein sollen und in bestimmten Fällen auch ohne Professionelle durchgeführt werden können, zum Beispiel: » Impfempfehlungen, Jod- und Kariesprophylaxe für Säuglinge und Kinder, » Verkehrserziehung im Kindergarten, » Sexualpädagogik und Drogenaufklärung in der Schule, » Sicherheitsgurtpflicht für alle Teilnehmer*innen im Straßenverkehr etc.
Selektive Prävention	… interveniert bei umrissenen Zielgruppen mit einem vermuteten, eventuell überdurchschnittlichen Risiko (Risikoträger*innen)	Bei diesen Gruppen wird versucht, empfohlene Vorsorge- oder Früherkennungsmaßnahmen um- und durchzusetzen, zum Beispiel durch: » Unterstützungsgruppen für Kinder von alkoholabhängigen Eltern, » Schüler- und Elterntrainings in sozialen Brennpunkten, » spezifische Aufklärungskampagnen für Mitglieder von Party(drogen)szenen oder für sexuell hochaktive Jugendliche und Erwachsene, » Grippeschutzimpfungen für exponierte Berufsgruppen und ältere Menschen, » Mammographie-Untersuchungen bei Frauen mit familiärer Krebsbelastung etc.
Indizierte Prävention	… zielt auf Personen und Gruppen mit gesicherten Risikofaktoren bzw. manifesten Störungen oder Devianzen	Interventionen, die versuchen, auf spezifische Hochrisikopersonen vorsorgend, frühbehandelnd oder schadensminimierend/rückfallpräventiv einzuwirken, zum Beispiel über:

- Mentorenprogramme für erstauffällige jugendliche Drogenkonsument*innen sowie Elterntrainings,
- Förderung des Kondomgebrauchs bei sexuell aktiven HIV-Infizierten,
- Diätempfehlungen und (Selbsthilfe-)Gruppen zur Reduktion von Hypercholesterinämie,
- regelmäßige Kontrollen bei Menschen mit manifester Hypertonie,
- Screening und Früherfassung von „Risikoträger*innen“ zur Einleitung von Behandlungen und Rehabilitationsmaßnahmen etc.

Abb. 3: Das Triadische Spezifitätsmodell der Krankheitsprävention

Ein anschauliches Beispiel für die Anwendung des Spezifitätsmodells auf ein bedeutsames Gesundheitsproblem mit daraus abgeleiteten Interventionsvorschlägen zeigt die Abb. 4. Sie entstammt einem jüngeren WHO-Bericht zur Prävention von Suizidgefährdung und Suizid als globalem Problem.

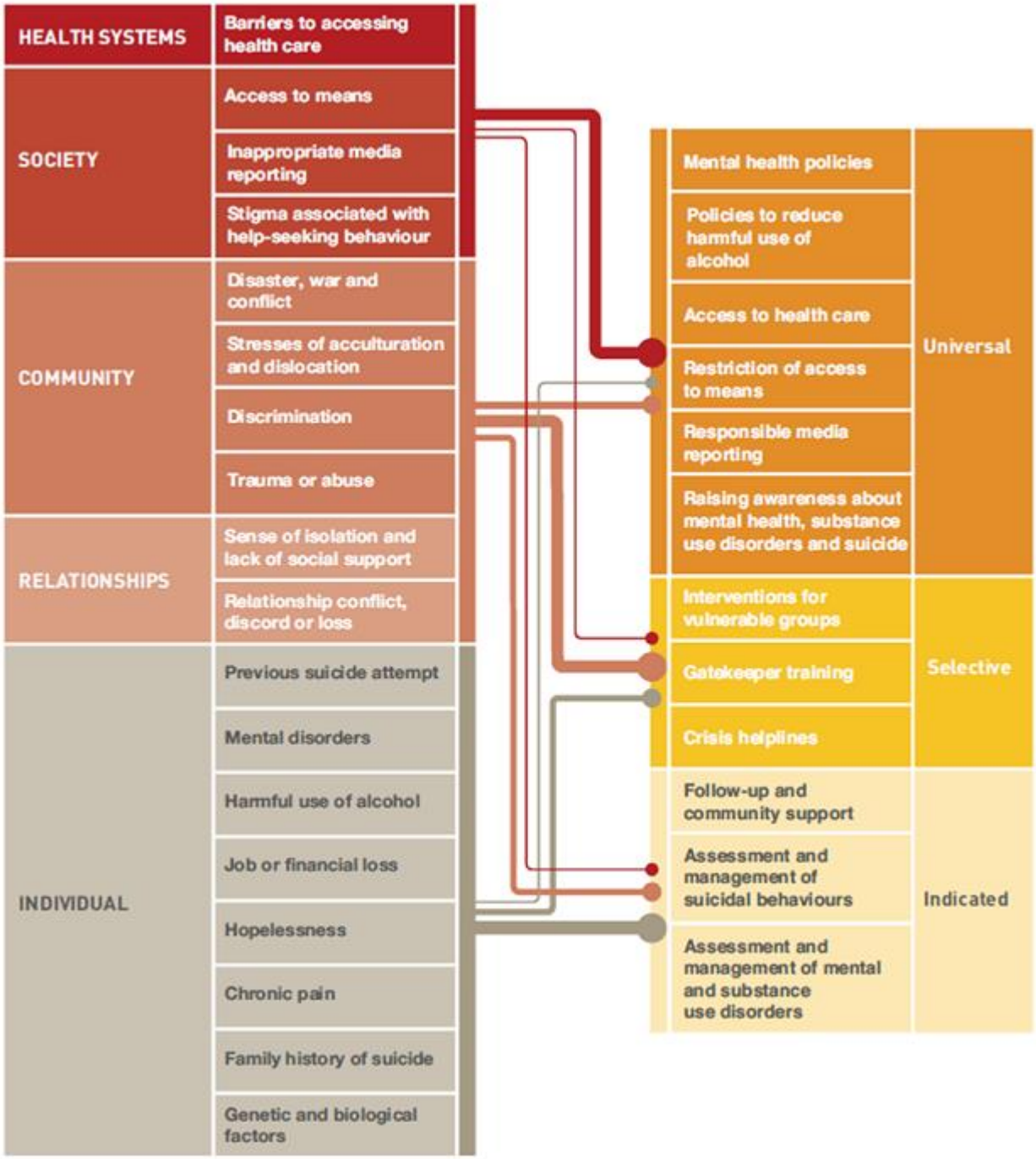


Abb. 4 Hauptrisikofaktoren für Suizid in Verbindung mit relevanten Interventionen nach dem Spezifitätsmodell (aus: WHO 2014, 31)

Für einen klassischen Präventionsschwerpunkt hat die BZgA vor wenigen Jahren eine grundlegende, auf dem Spezifitätsmodell gründende wissenschaftliche Übersichtsarbeit vorgelegt: die „Expertise zur Suchtprävention“ (Bühler/Thrul 2013). Dort werden Interventionsstudien, Reviews und Metastudien (vorwiegend aus den USA) nach ihrer Evidenzbasierung und Wirksamkeit für universelle, selektive oder indizierte Suchtprävention zusammengestellt und bewertet: unterteilt nach Handlungsfeldern/Settings wie Schule, Fa-

milie, Freizeit, Medieneinsatz, Gesundheitsversorgung, Kommune, gesetzliche Rahmenbedingungen (Kap. 3). In der Zusammenfassung der Expertise (Kap. 4.1 ff) formulieren die AutorInnen Bedingungen für effektive, forschungs- und evidenzbasierte Strategien und Konzepte. Maßnahmen der Suchtprävention in den unterschiedlichen Handlungsfeldern und Spezifitätsebenen werden nach ihrem jeweiligen Evidenzgrad (von A bis D) gewichtet und empfohlen.

Strukturmodell und Spezifitätsmodell stehen nicht in einem logischen Widerspruch zueinander: sie sind komplementär. Die Zielgruppenstrategien des Spezifitätsmodells ergänzen die dreistufige krankheitsbezogene Perspektive im Sinne eines optimierenden Ausführungsrahmens. Mit dem Spezifitätsmodell findet sich eine nützliche, pragmatische Erweiterung, die keine prinzipielle Alternative formuliert. Strategien der Spezifität klären die Bedingungen der Ansprache, Zugangswege und Umsetzung von Präventionszielen. Dabei werden die Vorsorgeziele weiterhin krankheitsbezogen abgeleitet.

Ein Problem, das insbesondere im Spezifitätsmodell zum Tragen kommt, ist das sogenannte **Präventionsparadox**. Es wird in einem gesonderten Stichwort behandelt.

Epidemiologisch vorrangige Krankheitsgruppen: Der deutsche Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen benannte bereits 2000/2001 sechs epidemiologisch prioritäre Krankheitsgruppen, für die ein erheblicher Verbesserungsbedarf in Versorgung und Versorgungsintegration und ein zu wenig ausgeschöpftes Potenzial an Krankheitsprävention bestünde: ischämische Herzerkrankungen; zerebrovaskuläre Erkrankungen, insbesondere Schlaganfall; chronisch-obstruktive Lungenerkrankungen einschließlich Asthma bei Kindern und Erwachsenen, Krebserkrankungen (Lungenkrebs, Brustkrebs und übergreifende Aspekte der Versorgung Krebskranker), Rückenleiden und depressive Störungen. Die sechs Gruppen verursachten etwa zwei Drittel aller krankheitsbezogenen Ausgaben in Deutschland, incl. Arbeitsfehlzeiten und Krankenhausaufenthalten. Zusätzlich nannte das Gutachten als präventive Prioritäten die Erhaltung und weitere Stärkung der Kariesprophylaxe, Paradontologie und Zahnerhaltung sowie die Sicherung der Impfprävention und Erhöhung von Durchimpfungsraten.

Zu vergleichbaren Zielbestimmungen kamen die deutschen Spitzenverbände der Krankenkassen in der Gesetzlichen Krankenversicherung in ihrem erstmals 2003 vorgelegten „Leitfaden Prävention“ (fortgeschrieben in die derzeit aktuelle Version 2017). Diese Bedarfsermittlung benannte ursprünglich sechs, mittlerweile sieben Krankheitsgruppen als epidemiologisch besonders bedeutsam. Für fünf der sieben Bereiche liegen primärpräventive Empfehlungen für Leistungen der Krankenkassen nach dem individuellen verhaltensbezogenen Ansatz vor (Abb. 5).

Krankheitsbilder von besonderer epidemiologischer Bedeutung	Empfohlene präventive Interventionen nach dem individuellen Ansatz
Herz-Kreislauf-Erkrankungen (insbesondere Herzinfarkte, Schlaganfälle und Krankheiten des cerebro-vaskulären Systems)	Vermeidung von Rauchen, Übergewicht, unausgewogener Ernährung, Hyperlipoproteinämie, Bluthochdruck, riskantem Alkoholkonsum, Dysstress (v.a. in Bezug auf Herzinfarkte und Schlaganfälle), Förderung von Bewegung
Diabetes mellitus, insbesondere Typ 2	Vermeidung des metabolischen Syndroms (Kombination aus Übergewicht bzw. Adipositas, Hyperlipoproteinämie, Hypertonie und erhöhten Blutzuckerwerten, die mit Insulinresistenz, Glukosetoleranzstörung bzw. einem manifesten Diabetes einhergeht) durch Förderung von Bewegung und ausgewogener Ernährung, Reduzierung der oben genannten Risikofaktoren
Adipositas	(derzeit noch keine spezifischen Präventionsempfehlungen)
Bösartige Neubildungen (Krebserkrankungen)	Förderung einer ballaststoffreichen Ernährung und Förderung von Bewegung zur Vermeidung von Colon-Rektumkarzinomen, Förderung des Nichtrauchens zur Vermeidung von Lungenkarzinomen, generell Vermeidung von Übergewicht und riskantem Alkoholkonsum sowie Förderung von Bewegung
Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes	Vermeidung von Übergewicht, Verhütung von Gelenkverletzungen, Förderung von Bewegung, insbesondere Kräftigung der Muskulatur (v.a. in Bezug auf Arthrosen und Dorsopathien)
Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane	*(derzeit noch keine spezifischen Präventionsempfehlungen)*
Psychische/psychosomatische Krankheiten, insbesondere Depressionen und Angststörungen	Förderung individueller Kompetenzen zur Stressbewältigung und Stärkung psychischer Gesundheitsressourcen sowie Förderung von Bewegung

Abb. 5: Epidemiologisch bedeutsame Krankheitsbilder und individuelle verhaltensbezogene Präventionsempfehlungen aus Sicht des Spitzenverbandes der deutschen Krankenkassen (eigene Darstellung nach: GKV-Spitzenverband 2017)

Der individuelle verhaltensbezogene Ansatz hat vier Kern-Handlungsfelder mit entsprechenden Präventionsprinzipien:

- Bewegungsgewohnheiten (Reduzierung von Bewegungsmangel durch gesundheitssportliche Aktivität; Vorbeugung und Reduzierung spezieller gesundheitlicher Risiken durch geeignete verhaltens- und gesundheitsorientierte Bewegungsprogramme);
- Ernährung (Vermeidung von Mangel- und Fehlernährung; Vermeidung und Reduktion von Übergewicht);
- Stressmanagement (Förderung von Stressbewältigungskompetenzen; Förderung von Entspannung);
- Suchtmittelkonsum (Förderung des Nichtrauchens; gesundheitsgerechter Umgang mit Alkohol / Reduzierung des Alkoholkonsums).

Der Kooperationsverbund gesundheitsziele.de entwickelt seit dem Jahr 2000 nationale **Gesundheitsziele** für Deutschland. Bis Ende 2017 wurden neun Bereiche ausformuliert: (1) Diabetes mellitus Typ 2: Erkrankungsrisiko senken, Erkrankte früh erkennen und behandeln; (2) Brustkrebs: Mortalität vermindern, Lebensqualität erhöhen; (3) Tabakkonsum reduzieren; (4) Gesund aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung; (5) Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patient(inn)ensouveränität stärken; (6) Depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln; (7) Gesund älter werden; (8) Alkoholkonsum reduzieren; (9) Gesundheit rund um die Geburt. Zu weiteren geplanten, noch nicht abschließend bearbeiteten Zielfestlegungen gehören: Patientensicherheit, Alkoholkonsum reduzieren, die Stärkung der Umsetzung und Evaluation der bestehenden Gesundheitsziele.

Nosologisch-präventive Systematiken wie diese erscheinen auf den ersten Blick umfassend und erschöpfend: sie sind in sich aber weder spannungs- noch widerspruchsfrei. Primär krankheits- und risikobezogene Zielfestlegungen sind sicherlich unverzichtbar im Grundgerüst der klassischen Krankheitsprävention. Sie müssen aber biografisch-entwicklungsbezogen flankiert sowie sozialökologisch grundiert werden. Erst in der Zusammenschau aller potenziellen **Determinanten von Gesundheit** und Krankheit wird eine valide und hinreichend differenzierte Ziel- wie Zielgruppenbestimmung für etwaige Interventionen oder Kampagnen möglich.

Neuer Leitbegriff Primärprävention? Rosenbrock und Kollegen plädierten schon in den 1990er Jahren für eine veränderte Schwerpunktsetzung in der Interventionsbegründung. Sie halten die bisherigen Struktur- und Spezifitätskonzepte weder für hinreichend widerspruchsfrei noch für ausreichend praxistauglich. Als Oberbegriff sinnvoller, sowohl in der Präventionspraxis als auch für die Präventionspolitik, sei Primärprävention. Ihr Zentrum und Fokus ist Risikosenkung, die sich in der Kombination von Belastungssenkung und

Ressourcenstärkung entfaltet (vgl. Abb. 6). Für die betriebliche Prävention und Gesundheitsförderung haben Badura und Mitarbeiter ein vergleichbares Begriffspaar vorgelegt: „Reduzierung und Vermeidung von Gesundheitsrisiken“ in Verbindung mit „Erschließung von Gesundheitspotenzialen“.

Abb. 6: Komponenten von Primärprävention (aus: Rosenbrock und Michel 2007, 11; gekürzt auch in: Rosenbrock/Gerlinger 2014, 87)

Diese Perspektive wendet sich offensiv gegen den bislang dominierenden nosologischen Bezug, d.h. gegen die verengende Orientierung von Prävention auf definierte Krankheiten. Denn primärpräventive, also Belastungen senkende und Ressourcen vermehrende Aktivitäten und Strategien lassen sich nur in Ausnahmefällen eindeutig bestimmten Krankheiten zuordnen. *Für Primärprävention ist weniger die Nosologie leitend, vielmehr entscheidet die Logik der Interventionsbereiche, d.h. der jeweilige Kontextbezug* - also welche Einwirkungen auf Arbeit, Wohnen, Entspannung und Erholung, Ernährung und Bewegung u.a. entstehen. Primärpräventive Maßnahmen setzen an in und wirken auf drei Interventionsebenen:

- beim Individuum;
- im Setting / in der Lebenswelt;
- in der Gesamtbevölkerung bzw. großen Bevölkerungsgruppen.

Dabei können sie einen unterschiedlichen Fokus haben. Sie zielen eher auf Information, Aufklärung, Motivation und Beratung oder streben die Veränderung gesundheitsbelastender bzw. ressourcenhemmender Faktoren des jeweiligen Kontextes an (s. hierzu auch die weiter oben bereits zitierte 2017er Stellungnahme „Vorrang für Verhältnisprävention“ des Zukunftsforums Public Health).

Primärpräventive Interventionen zeichnen sich gegenüber traditioneller Gesundheitserziehung und Gesundheitsaufklärung durch vier Innovationen aus: die Einheit von Belastungssenkung und Ressourcenförderung, die Aufwertung unspezifischer Interventionen,

eine Priorität für Kontextbeeinflussung sowie Priorität für Partizipation. Hinzu treten Qualitätsentwicklung und -sicherung als Querschnittsaufgaben. Ohne dass alle Wirkmechanismen vollständig bekannt wären, führt die Anwendung von Konzepten und Strategien, die diese vier Innovationen aufgreifen und benutzen, zu beachtlichen Erfolgen. Eine Matrix von sechs praktisch umsetzbaren Strategietypen liegt vor (vgl. Abb. 7, I.-VI.).

Interventionsebene / Kontextbezug	**Verhaltensprävention mit Fokus auf Information, Motivation, Beratung ohne verhältnispräventive Elemente**	**Verhaltensprävention mit Kontextbezug bzw. Weiterentwicklung von Rahmenbedingungen des Verhaltens**
Individuum (Mikroebene)	I. Individuell ansetzende Primärprävention ohne Kontextbeeinflussung Z.B. ärztliche, dabei weitgehend standardisierte Gesundheitsberatung für Patientinnen und Patienten in der Arztpraxis, Gesundheitskurse	II. Individuell ansetzende Primärprävention mit Kontextbeeinflussung Z.B. präventiver Hausbesuch bei noch nicht pflegebedürftigen Seniorinnen und Senioren im Quartier mit Bezug/Beratung zu individuellen Lebensbedingungen und individuellem Lebensstil, Frühförderung und Frühe Hilfen in Familien
Setting (Mikro- bzw. Mesoebene)	III. Primärprävention im Setting Z.B. edukative Angebote in Schulen („Gesundheitsunterricht"), Prävention von Tabakrauchen in Schulen, Informationsangebote in Betrieben ohne klaren Kontextbezug, Veränderung der Kantinenverpflegung am Arbeitsplatz - „Gesundheitsförderung im Setting", „Good Practice"-Projekte	IV. Entwicklung eines gesundheitsförderlichen Settings Z.B. Gesundheitsförderung in Schulen, Betrieben und Verwaltungen u.a. durch Organisationsentwicklung mit partizipativen Elementen - „gesundheitsfördernde Settings"
Bevölkerung (Makroebene)	V. Kampagnen ohne Kontextbezug Motivationskampagnen ohne Kontextbezug, z.B. „Esst mehr Obst", „Sport tut gut", „Rauchen gefährdet die Gesundheit", „3000 Schritte für die Gesundheit" sowie Social Marketing ohne Beeinflussung von Rahmenbedingungen des Verhaltens	VI. Kampagnen mit Kontextbezug Z.B. Anti-Tabak-Kampagne unter Einschluss verhältnispräventiver Maßnahmen (Abbau von Zigarettenautomaten, Nutzung der Tabaksteuer für präventive Zwecke u.a.), Trimm-Aktionen, HIV/Aids-Kampagnen

Abb. 7: Systematik von Interventionstypen in der Primärprävention (nach: Rosenbrock/Gerlinger 2014, 89-95

Die Vorstöße für eine Interventionssystematik unter dem Kernbegriff der Primärprävention wurden in den letzten zwei Jahrzehnten fachwissenschaftlich wie praktisch stark beachtet. Bislang hat sich diese Logik aber eher in gesundheitswissenschaftlichen Diskursen durchgesetzt. In der praktischen Präventions- und Gesundheitspolitik, v.a. bei Allokations- und Verteilungsaspekten, gilt dies nur partiell und noch unsystematisch. Insbesondere die Präventionspolitik und das seit 2015 gültige Präventionsgesetz orientieren sich weiterhin vorrangig am eingeführten, von biomedizinischen Logiken und Praktiken angeleiteten triadischen Strukturmodell mit seinen Spezifitätserwägungen (siehe oben). Dennoch ist - u.a. angesichts des sozialgesetzlich hervorgehobenen (SGB V § 20) und des vom GKV-Spitzenverband aktiv vertretenen Setting-Ansatzes zur Primärprävention in Betrieben, Kommunen, Kitas und Schulen - ein fortschreitender Bedeutungszuwachs dieser Perspektive abzusehen.

Sozialwissenschaftliche Reflexion und Kritik: Es kann keine universellen oder zeitlosen Definitionen von Prävention und Krankheitsprävention geben. Jede Risikobewertung und jede Risikokommunikation legen unterschiedliche Grundüberlegungen (sowie Machtverhältnisse bzw. -konflikte) zu Gesundheit und Krankheit offen. Sie dokumentieren historisch bedingte, gesellschaftlich und professionell veränderbare Deutungs- und Wertungsmuster. Seit Mitte des 20. Jahrhunderts gilt für Deutschland und Mitteleuropa, dass Prävention ideologisch, professionell und organisatorisch einerseits mit der Vorbeugung von Kriminalität und Rechtsverletzungen, andererseits maßgeblich mit Risikoabwehr im gesundheitlichen Bereich von Gesellschaft und gesellschaftlichen Gruppen verbunden wird.

Lebens- und Gesundheitsrisiken sind niemals sämtlich vermeidbar. Alle präventiven Interventionen beruhen auf Vorannahmen und Selektionsentscheidungen. Art und Ausmaß der Risiken und Krankheiten, bei denen eingegriffen wird oder werden soll, zeigen an, welche sozialen Interessen, kulturellen Deutungen und professionellen Machtpositionen im jeweils aktuellen Gesundheitsdiskurs vorherrschen.

Sozial-, kultur- und gesundheitswissenschaftliche Kritiker*innen problematisieren Prävention als potenzielles und reales Instrument sozialer Kontrolle, als Herrschaftstechnik bzw. „Steuerungsdispositiv/Steuerungsregime“ (Bröckling) der Moderne. Prävention wird als Sozialtechnologie dechiffriert, im engeren medizinischen Kontext auch als Instrument von Medikalisierung. Ihre Konzepte, Ziele und Maßnahmen wählen bestimmte Zukunftsvorstellungen und Verhaltensnormierungen aus, grenzen zugleich eine Vielfalt anderer Möglichkeiten und alternativer Entfaltungen ab. Damit setzt Prävention Normen, konstruiert Zusammenhänge, fällt Werturteile in Bezug auf Gegenwart und Zukunft. Sie normalisiert, erzeugt *aus sich* Kollektive und Populationen, die dann zu Adressaten von Kontroll- und Steuerungsmaßnahmen werden. So begründet sie selektive, d.h. sozial inkludierende wie exkludierende, Klassifikationen. Soziale Ausschlüsse und Labelingeffekte, etwa durch

Fremdzuschreibung von (schuldhaft gewendeter) „Eigenverantwortung“ für Krankheiten, sind zwangsläufig.

Die Gesundheitswissenschaftlerin Schmidt spricht zugespitzt von einer im Kontext aktivierender Gesundheitspolitik zunehmend mächtiger werdenden „Neo-Gesundheitsförderung“. Diese ziele zwar auch auf Befähigung, v.a. aber auf Verpflichtung. Fördernde Befähigung und Unterstützung wandelten sich bei „suboptimaler Leistungserbringung“ umgehend in fordernde Sanktionierung und Aktivierung. Unter dem Regime des „unternehmerischen“ bzw. „präventiven Selbst“ zeige sich gerade im Feld von Gesundheit, Risiko und Krankheit exemplarisch die Tendenz zur totalen bis totalitären Individualisierung und Subjektivierung präventiver Verantwortung. Endpunkt: Mit Hilfe eines subtilen Prozesses der Ablösung von Fremdzwang hin zum Selbstzwang werden Gesundheit und ihre aktive, selbstverantwortliche Erhaltung schleichend zur „humankapitalen Pflicht“ jeder/s Einzelnen,

Als Handlungsgrundlage für die Prävention im Rahmen des **Risikofaktorenmodells** dient die statistische Korrelation zwischen der Zugehörigkeit zu einer bestimmten Risikopopulation und dem eventuellen Auftreten einer Normabweichung. Eine solche Korrelation beruht auf Vermutungen und kann, wenn überhaupt, erst im Nachhinein nachgewiesen werden. Risikogruppen sind im Kern epidemiologisch-abstrakte Konstruktionen ohne inneren Zusammenhang.

Problemstellungen und Weiterentwicklungen: In der Krankheitsprävention gestaltet sich die Bildung trennscharfer Kategorien und einheitlicher Terminologien immer schwieriger. Die Problematik beruht einerseits auf der Komplexität von Krankheitsätiologien und präventiven Wirkmechanismen, andererseits wirkt sich die Vielfalt von Interventionen, Organisationen, Settings und Systemen im medizinischen Handlungsfeld aus. Insbesondere die Grenzen zwischen primärer und sekundärer Krankheitsprävention werden durch zunehmend feinere Diagnosemethoden und die Einführung der präventiven bzw. prädiktiven Gendiagnostik (was beides eine Ausweitung des Krankheitsbegriffs zur Folge hat) aufgeweicht.

Weitere begriffliche Unschärfen ergeben sich durch die seit den 1990er Jahren partiell aufgegebene strikte Unterscheidung von Erkrankung und Risikofaktor. So ist die Hypertonie einerseits ein eingeführter Prädiktor für kardiovaskuläre Erkrankungen und Myokardinfarkt. Sie gilt inzwischen aber auch als manifestes Ereignis mit eigenem Krankheitswert und entsprechender Therapiebedürftigkeit. Als problematisch ist auch der stetige Prozess der Grenzwertabsenkung für epidemiologische und individuelle „Normalität“ bei den Hauptrisikofaktoren zu werten - womit eine ebenso stetige Ausweitung von aus medizinischer Sicht zu beobachtenden und/oder zu behandelnden „Risikopatient*innen“ einhergeht. Nach den derzeit geltenden Richtwerten der Europäischen Gesellschaft für Kardiolo-

gie für Normotonie und Normcholesterin ist mehr als die Hälfte der erwachsenen europäischen Bevölkerung aus präventivmedizinischer Sicht „at-risk“ oder direkt behandlungsbedürftig. Soziale wie ethische Konsequenzen solcher Pathologisierung und des parallel anwachsenden „disease-mongering“ (Moynihan; Verbreiten, „Erfinden“ von Krankheiten) und einer damit einhergehenden „excessive prevention“ (Heath) sind weitgehend unklar.

Rapide biotechnologische Fortschritte rücken seit zwei Jahrzehnten die prädiktive Medizin mit der neuartigen Möglichkeit genetischer Diagnostik und Selektion in den Vordergrund (Prädiktive Medizin, Personalisierte Medizin, „precision medicine“; zur vertieften, differenzierten Darstellung und Bewertung s. den Leitbegriff > **Prädiktive Medizin** und individualisierte Medizin). Der heutige Fokus auf verhaltens- und verhältnispräventiver Früherkennung und Frühbehandlung könnte bald abgelöst werden von einer Welle des detektivischen Lesens im Erbgut, der Suche nach (vermeintlich) riskanten Genotypen und Biomarkern. Es ist vorstellbar, dass die - schon immer das Soziale eher ausblendende - präventionsleitende Orientierung auf Verhalten und Lebensweisen in naher Zukunft noch weiter verkürzt wird: auf klinische Genomik und „individualisierte Medizin“ mit molekularen Therapeutika. Damit entstünde eine in ihrer Tendenz hermetische Kette von Diagnose, Prognose und Frühbehandlung von genetischen Dispositionen für polygene Krankheiten - mit der Folge einer Verlagerung von Beratung und Früherkennung in genetische Detektion und entsprechend prekäre Lebensvoraussagen. Die Biomarker-basierte und Big-Data-getriebene Medizin steht in der Kritik, den „soziale(n) Druck des präventiven Imperativs“ (Dabrock 2016, 291) zu erzeugen und zu verstärken.

Die US-Regierungsbehörde Centers for Disease Control and Prevention (CDC) widmet bereits seit 1997 dem Komplex „Public Health Genomics“ einen eigenen Schwerpunkt und eine gesonderte Abteilung. Kernaussage ist, dass 9 von 10 Haupttodesursachen in den USA mindestens teilweise vom genetischen Status der Betroffenen (in Interaktion mit Risikoverhalten und Umweltbedingungen) bestimmt würden, so dass der „genetic and family history“ auf Grundlage einer „variety of genome-based tools and tests“ bereits in der Prävention entscheidende Bedeutung zukomme. Bei derzeit an die 200 Krankheitsbildern unterschiedlichster Typologie gehen die CDC von einem nachweislichen genomischen „health impact“ aus. Dazu zählen u.a.: ADHS, Adipositas, Alkoholismus, Alzheimer, Brust- und Eierstockkrebs sowie vielfache weitere Tumorbildungen, Diabetes, Ebola und Malaria, koronare Herzkrankheiten und Schlaganfall, Rheuma, Schlafstörungen, Tuberkulose. Eine CDC-Autor*innengruppe um Khoury hat 2018 die Entwicklung aus ihrer Sicht in einem griffigen Slogan zusammengefasst: „From public health genomics to precision public health: a 20 year journey“ (gleichsinnig: Weeramanthri et al 2018).

Durch genetische Prädiktion entsteht ein neuer Patientenstatus wie „healthy ill“ bzw. „potenziell krank“ mit derzeit unabsehbaren Konsequenzen. Gesundheit wird zukünftig vermutlich individuell wie gesellschaftlich wesentlich an das Wissen um genetisch bedingte

Dispositionen gebunden sein. Aufgrund der komplexen Risikostruktur genetischer Information treffen molekulare Medizin und „Präzisions-Public Health“ auch auf Angst und Skepsis: ihre zum Großteil probabilistischen (d.h., Wahrscheinlichkeiten abbildenden) Ergebnisse und Prognosen können zur Gefährdung der Privatsphäre und des Rechtes auf informationelle Selbstbestimmung, zu Stigmatisierungen und Diskriminierungen auf unterschiedlichsten Ebenen (z.B. Arbeitswelt, soziale und private Lebenssicherung) und gegenüber unterschiedlichsten Gruppen führen (genetisches Screening von Ungeborenen, Träger von „Behinderungs-Markern“). Kritische Sozialwissenschaftler*innen sowie Medizinhistoriker*innen sagen eine „Genetisierung“ der Gesellschaft voraus mit neuen Formen biopolitischer Sozialdisziplinierung.

Hinzuweisen ist in diesem Zusammenhang auch auf das so genannte *Präventionsdilemma* bzw. „Soziale Dilemma der Gesundheitsförderung“ (Bauer/Bittlingmayer). Dieser Begriff wurde in Deutschland im letzten Jahrzehnt aus der Bildungsforschung in die Gesundheitswissenschaften und Präventions(wirkungs)forschung importiert - beschreibt aber im Kern das „inequality paradox“ der selektiven Inanspruchnahme (s. **Präventionsparadox**). Gemeint ist, dass gerade die Adressat*innen und Zielgruppen mit höherem Vorsorge- oder Frühinterventionsbedarf eher eine herabgesetzte Akzeptanz und Nachfrage von Präventionsangeboten haben - im Gegensatz zu sozial und bildungsbezogen besser gestellten Adressat*innen mit höheren Gesundheitschancen und eher niedrigeren Bedarfen, welche die Präventionsangebote deutlich stärker nachfragen und in Anspruch nehmen.

Das Dilemma zeigt sich insbesondere bei Maßnahmen der Verhaltensprävention. Durch Vernachlässigung der Alltags- und Handlungslogiken der Lebenslagen und Lebensweisen sozial randständiger Gruppen wird deren grundlegende Distanz zu Bildungsangeboten und Vorsorge-Verhaltensimperativen bekräftigt, damit gesundheitliche Ungleichheit strukturell (re)produziert, soziale (und nicht zuletzt auch: kulturelle) Polarisierung vertieft. In aktuellen deutschen Public Health-Diskursen wird in diesem Zusammenhang auch ein „Partizipationsdilemma“ angezeigt: Möglichkeiten der Entscheidungsteilhabe wirken besonders gut für Individuen und Gruppen, die sie am wenigsten benötigen. Weniger wirksam sind sie für diejenigen, die am stärksten davon profitieren würden.

Verhältnis zur Gesundheitsförderung: Auch wenn der nosologische Bezug zentral bleibt, braucht jede (krankheits-)präventive Intervention, analog zur Gesundheitsförderung, weitreichende Kenntnisse über **Lebensweisen** und **Lebenslagen** der **Zielgruppen** und Adressaten/Adressatinnen, über ihre Gesundheitskonzepte und alltäglichen Handlungsoptionen sowie die gesicherte **Partizipation** aller Beteiligten. Die deutschen Gesundheitsministerinnen und -minister haben bereits 1991 hervorgehoben, dass Gesundheitsförderung erst dann realisiert sei, wenn Verhaltensprävention *und* Verhältnisprävention miteinander verknüpft werden. Primäre Prävention und Gesundheitsförderung wurden bis Mitte der 1990er Jahre oft entweder pragmatisch gleichgesetzt oder als ideologisches Gegensatz-

paar aufgestellt. Inzwischen hat sich eine differenzierte und auf Integration der gemeinsam zu erzielenden Gesundheitsgewinne hinarbeitende Sichtweise durchgesetzt (**Gesundheitsförderung 4: Europäische Union**, s. auch den weiter oben diskutierten Vorschlag zum neuen Leitbegriff Primärprävention).

Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention sind komplementäre Formen von Intervention. Beides sind Strategien des gezielten Eingreifens von Individuen, Gruppen oder öffentlich oder professionell autorisierten Akteur*innen, um Morbiditäts- und Mortalitätsentwicklungen, die sich epidemiologisch oder anderweitig bei Einzelnen oder Bevölkerungsgruppen abzeichnen, gezielt und überprüfbar zu beeinflussen. Beide Interventionsformen wollen einen individuellen und einen kollektiven Gesundheitsgewinn erzielen. Sie sind zwar im Ansatz und den Strategien unterscheidbar, ergänzen sich jedoch auf dem Weg zum gemeinsamen Ziel: der Verbesserung von Gesundheit und gesundheitlicher Chancengleichheit in einer Bevölkerung.

Die Krankheitsprävention begründet ihr Eingreifen vorwiegend pathogenetisch: mit der Dynamik der Ausgangsbedingungen und Risiken von spezifischen Krankheiten bzw. Krankheitssyndromen. Die Gesundheitsförderung argumentiert stärker salutogenetisch: mit der Dynamik der Entstehung und Erhaltung von Gesundheitsstadien. Eine wirksame und nachhaltig einflussreiche Internet-Plattform mit weit mehr als 2500 Maßnahmen und Projekten der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention auf Basis abprüfbarer „Good Practice"-Kriterien findet sich unter **www.gesundheitliche-chancengleichheit.de.** Sie wird getragen von einem 2003 auf Initiative der BZgA gegründeten bundesweiten Kooperationsverbund gleichen Namens.

Literatur:

Badura B/Knesebeck Ovd, Soziologische Grundlagen der Gesundheitswissenschaften, in: Hurrelmann K/Razum O, Handbuch Gesundheitswissenschaften, Weinheim 2012, 187-220;

Bröckling U, Dispositive der Vorbeugung: Gefahrenabwehr, Resilienz, Precaution, in: Daase C et al (Hg.), Sicherheitskultur - Soziale und politische Praktiken der Gefahrenabwehr, Frankfurt a.M. 2012, 93-108;

Bauer U/Bittlingmayer UH, Zielgruppenspezifische Gesundheitsförderung, in: Hurrelmann K/Razum O (Hg.), Handbuch Gesundheitswissenschaften, 6. Aufl., Weinheim 2016, 693-727;

Bühler A/Thrul J, Expertise zur Suchtprävention, Köln 2013 (BZgA: Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung Band 46);

Dabrock P, Soziale Folgen der Biomarker-basierten und Big-Data-getriebenen Medizin, in: Richter M/Hurrelmann K (Hg), Soziologie von Gesundheit und Krankheit, Wiesbaden 2016, 287-300;

De Bock F/Geene R/Hoffmann W/Stand A, Vorrang für Verhältnisprävention - Handreichung aus der Steuerungsgruppe des Zukunftsforums Public Health, Berlin 12.12.2017 (online: http://zukunftsforum-public-health.de/publikationen/vorrang-fuer-verhaeltnispraevention/);

GKV-Spitzenverband, Kapitel 5: Leistungen zur individuellen verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Abs. 4 Nr. 1 SGB V aus dem Leitfaden Prävention - Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung von §§ 20, 20a und 20b SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 27. November 2017, Berlin 2017;

Heath I, The ethical implications of excessive prevention, Presentation at the 20th WONKA World Conference, Prague 2013 (online: www.ph3c.org/PH3C/docs/27/000322/0000472.pdf);

Hurrelmann K/Klotz T/Haisch J, Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung, in: dies (Hg.), Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung, Bern 2014, 13-24;

Lengwiler M/Madarász J (Hg.), Das präventive Selbst - Eine Kulturgeschichte moderner Gesundheitspolitik, Bielefeld 2010;

Khoury MJ et al, From public health genomics to precision public health: a 20 year journey, in: Genetics in Medicine, 6, 2018 (20), 574-582;

Leppin A, Konzepte und Strategien der Prävention, in Hurrelmann K et al (Hg.), Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung, Bern 2014, 36-44;

Moynihan R/Heath I/Henry D, Selling sickness: The pharmaceutical industry and disease-mongering. BMJ 324 (2002), 886-891;

Moynihan R/Henry D, The Fight against Disease Mongering: Generating Knowledge for Action. PLoS Med 3(4), 2006: e191;

Rosenbrock R/Michel C, Primäre Prävention - Bausteine für eine systematische Gesundheitssicherung, Berlin 2007;

Rosenbrock R/Gerlinger T, Gesundheitspolitik - Eine systematische Einführung, Bern 2014, darin v.a.: 71-123;

Schmidt B, Eigenverantwortung haben immer die anderen - Der Verantwortungsdiskurs im Gesundheitswesen, Bern Göttingen 2008;

Schmidt B, Neo-Gesundheitsförderung - Wer kann, muss ran, in: GGW, 2010 (10), 2, 15-21; Schmidt B, Gesundheitsförderung zwischen Eigenverantwortung und Fremdbestimmung. In: Suchtmagazin, 3, 2016, 3-10;

Stöckel S/Walter U (Hg.), Prävention im 20. Jahrhundert - Historische Grundlagen und aktuelle Entwicklungen in Deutschland, Weinheim München 2002;

Walter U/Robra B-P/Schwartz FW, Prävention, in: Schwartz FW et al (Hg.), Public Health - Gesundheit und Gesundheitswesen, München 2012, 196-223;

Weeramanthri TS et al, Editorial: Precision Public Health, in: Frontiers in Public Health, 2018 (6), Article 121;

WHO, Preventing Suicide: A global imperative, Geneva 2014 (online: http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/)

Internetadressen:

www.bvpraevention.de (Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V.)
www.bzga.de
www.dgsmp.de (Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention e.V.)
www.gkv-spitzenverband.de
gesundheitsziele.de
www.gesundheitliche-chancengleichheit.de
www.cdc.gov/genomics/default.htm

Verweise:

Determinanten von Gesundheit, Frühe Hilfen, Gesundheitliche Chancengleichheit, Gesundheitsberatung, Gesundheitsförderung 4: Europäische Union, Gesundheitsförderung und Betrieb, Gesundheitsförderung und Kindertageseinrichtungen, Gesundheitskommunikation und Kampagnen, Gesundheitsziele, Lebenslagen und Lebensphasen, Lebensweisen / Lebensstile, Partizipation: Mitentscheidung der Bürgerinnen und Bürger, Patientenberatung / Patientenedukation, Präventionsgesetz, Präventionsparadox, Risikofaktoren und Risikofaktorenmodell, Systemische Perspektive in der Gesundheitsförderung, Zielgruppen, Multiplikatorinnen und Multiplikatoren

Präventionsgesetz

Thomas Gerlinger

(letzte Aktualisierung am 18.06.2018)

Das Präventionsgesetz („Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention“ - BGBl. I: 1368) wurde 2015 von Bundestag und Bundesrat verabschiedet und trat am 01.01.2016 in Kraft. Zuvor waren seit dem Jahr 2005 drei Anläufe zur Verabschiedung eines Präventionsgesetzes gescheitert. Wichtige Ziele dieser Reform bestehen darin, das Handeln der beteiligten Akteure besser zu koordinieren und die Wirksamkeit von Prävention und Gesundheitsförderung zu erhöhen. Hintergrund sind die seit langem existierenden und bekannten Mängel der Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland. Das Präventionsgesetz sieht für eine Vielzahl von Handlungsfeldern Regelungen vor. Seine Hauptadressaten sind die Krankenkassen. Im wesentlichen besteht das Präventionsgesetz aus einer Erweiterung der einschlägigen, vor allem mit dem GKV-Gesundheitsreformgesetz ab dem Jahr 2000 in Kraft gesetzten Bestimmungen des Fünften Sozialgesetzbuches. Die 1989 den Krankenkassen erstmals auf diesem Handlungsfeld zugewiesenen Aufgaben waren 1997 stark eingeschränkt und im Kern auf eine Kooperation mit der gesetzlichen Unfallversicherung bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren reduziert worden. Als Argument für diese Rücknahme dienten u.a. Zweifel an der Wirksamkeit und Qualität mancher Präventions- und Gesundheitsförderungsangebote der Krankenkassen. Mit Wirkung von 2000 an wurden die Kompetenzen der Krankenkassen-Vorgaben erweitert und zugleich um flankierende Vorgaben ergänzt. So sollten die betreffenden Leistungen nun den Gesundheitszustand der Bevölkerung verbessern und die soziale Ungleichheit von Gesundheitschancen vermindern. Darüber hinaus wurden die Spitzenverbände der Krankenkassen verpflichtet, „gemeinsam und einheitlich unter Einbeziehung unabhängigen Sachverstandes prioritäre Handlungsfelder und Kriterien für [diese; T.G.] Leistungen [... zu beschließen; T.G.], insbesondere hinsichtlich Bedarf, Zielgruppen, Zugangswegen, Inhalten und Methodik“ (§ 20 Abs. 1 SGB V i.d.F. v. 29.12.1999). Auf diese Weise wollte der Gesetzgeber die Qualität und die Wirksamkeit von Prävention und Gesundheitsförderung durch Krankenkassen sicherstellen. Das Präventionsgesetz bezieht sich auf eine Vielzahl von Aspekten der Prävention und Gesundheitsförderung. Im Folgenden werden die wichtigsten Regelungen beschrieben und bewertet.

Leistungsarten und Ziele

Das Präventionsgesetz nimmt eine begriffliche Unterscheidung von Primärprävention und Gesundheitsförderung vor. „Leistungen zur Verhinderung und Verminderung von Krank-

heitsrisiken“ werden als primäre Prävention, Leistungen „zur Förderung des selbstbestimmten gesundheitsorientierten Handelns der Versicherten“ als Gesundheitsförderung bezeichnet (§ 20 Abs. 1 SGB V). Weiterhin unterscheidet das Gesetz zwischen drei Leistungsarten: Leistungen der individuellen Verhaltensprävention, Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten (**Settingansatz**) sowie Leistungen der betrieblichen Gesundheitsförderung (**Gesundheitsförderung und Betrieb**) (§ 20 Abs. 4 SGB V). In diesem Zusammenhang werden Lebenswelten definiert als „für die Gesundheit bedeutsame, abgrenzbare soziale Systeme insbesondere des Wohnens, des Lernens, des Studierens, der medizinischen und pflegerischen Versorgung sowie der Freizeitgestaltung einschließlich des Sports“ (§ 20a Abs. 1 SGB V). Bei der „Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten“ sollen die Krankenkassen „insbesondere den Aufbau und die Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen“ fördern (§ 20a Abs. 1 SGB V).

Die Leistungen sollen nicht nur - wie bereits seit dem Jahr 2000 - dazu beitragen, die sozial bedingte, sondern nunmehr auch die geschlechtsbezogene Ungleichheit von Gesundheitschancen zu vermindern (**Gesundheitliche Chancengleichheit**) (§ 20 Abs. 1 SGB V). Der GKV-Spitzenverband soll bei der Wahrnehmung seiner Aufgaben auch acht **Gesundheitsziele** berücksichtigen, darunter die Ziele gesund aufwachsen und gesund älter werden, die Reduktion von Tabak- und Alkoholkonsum, die Erhöhung gesundheitlicher Kompetenzen, die Vermeidung, bessere Früherkennung und bessere Versorgung von Diabetes mellitus Typs 2 und Depressionen sowie die Verringerung der Sterblichkeit und Verbesserung der Lebensqualität bei Brustkrebs (§ 20 Abs. 3 SGB V). Außerdem sind sie gehalten, auf diesem Feld zusammenzuarbeiten und kassenübergreifende Leistungen zu erbringen (§ 20a Abs. 1 SGB V). Schließlich sollen die Krankenlkassen bei „Leistungen für Personen, deren berufliche Eingliederung auf Grund gesundheitlicher Einschränkungen besonderes erschwert ist“ (§ 20a Abs. 1 SGB V), mit der Bundesagentur für Arbeit und den kommunalen Trägern der Grundsicherung für Arbeitsuchende eng zusammenarbeiten.

Aufbau einer Kooperations- und Koordinierungsstruktur

Das Präventionsgesetz schafft eine institutionelle Struktur, die eine stärkere Zielorientierung und effektive Handlungskoordinierung in der Präventionspolitik gewährleisten soll. Im Zentrum dieser Struktur steht eine gemeinsame nationale Präventionsstrategie (§ 20d SGB V). Diese Präventionsstrategie soll in Form von bundeseinheitlichen, trägerübergreifenden Rahmenempfehlungen zur Gesundheitsförderung und Prävention formuliert werden sowie die Erstellung eines Präventionsberichts umfassen. Die Rahmenempfehlungen sollen sich auf die „Festlegung gemeinsamer Ziele, vorrangiger Handlungsfelder und Zielgruppen, der zu beteiligenden Organisationen und Einrichtungen“ sowie auf Dokumentations- und Berichtspflichten beziehen (§ 20d Abs. SGB V).

Eine *nationale Präventionskonferenz* ist verantwortlich für die Entwicklung, Umsetzung und Fortschreibung der nationalen Präventionsstrategie (§ 20e SGB V). Die nationale Präventionskonferenz soll als Arbeitsgemeinschaft der gesetzlichen Spitzenorganisationen von Kranken-, Unfall-, Renten- und Pflegeversicherung tätig werden, die bei der Umsetzung eng zusammenwirken sollen. Im Falle einer angemessenen finanziellen Beteiligung können auch die Träger der privaten Kranken- und Pflegepflichtversicherung an der Präventionskonferenz mitwirken. Der PKV-Verband hat sich bereits für eine Mitwirkung entschieden und ist in die Umsetzung eingebunden. Darüber hinaus sind die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene, die Bundesagentur für Arbeit, die repräsentativen Spitzenorganisationen der Arbeitgeber und Arbeitnehmer sowie das Präventionsforum (s.u.) mit beratender Stimme an der nationalen Präventionskonferenz beteiligt. Die nationale Präventionskonferenz soll außerdem alle vier Jahre, erstmals 2019, den nationalen Präventionsbericht erstellen.

Ein *Nationales Präventionsforum* berät die Präventionskonferenz bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben. „Das Präventionsforum setzt sich aus Vertretern der für die Gesundheitsförderung und Prävention maßgeblichen Organisationen und Verbände sowie der stimmberechtigten und beratenden Mitglieder der Nationalen Präventionskonferenz (...) zusammen“ (§ 20e Abs. 2 SGB V). Mit der Durchführung des Nationalen Präventionsforums hat der Gesetzgeber die Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. beauftragt (§ 20e Abs. 2 SGB V). Schließlich werden die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen, auch für die Pflegekassen, verpflichtet, zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie *auf Landesebene Rahmenvereinbarungen* (LRV) mit den Trägern der gesetzlichen Unfall- und der gesetzlichen Rentenversicherung und mit den für das Land zuständigen Stellen zu schließen (§ 20f SGB V). Diese Rahmenvereinbarungen sollen sich u.a. beziehen auf die einheitliche und gemeinsame Definition von Handlungsfeldern, die Koordination der Leistungen, die Klärung von Zuständigkeiten, die Zusammenarbeit mit dem Öffentlichen Gesundheitsdienst und die Zusammenarbeit mit anderen für Gesundheitsförderung und Prävention wichtigen Trägern. Die Bundesagentur für Arbeit, die für den Arbeitsschutz zuständigen obersten Landesbehörden und die kommunalen Spitzenverbände auf Landesebene wirken an der Vorbereitung der Rahmenvereinbarungen mit (§ 20f Abs. 2 SGB V).

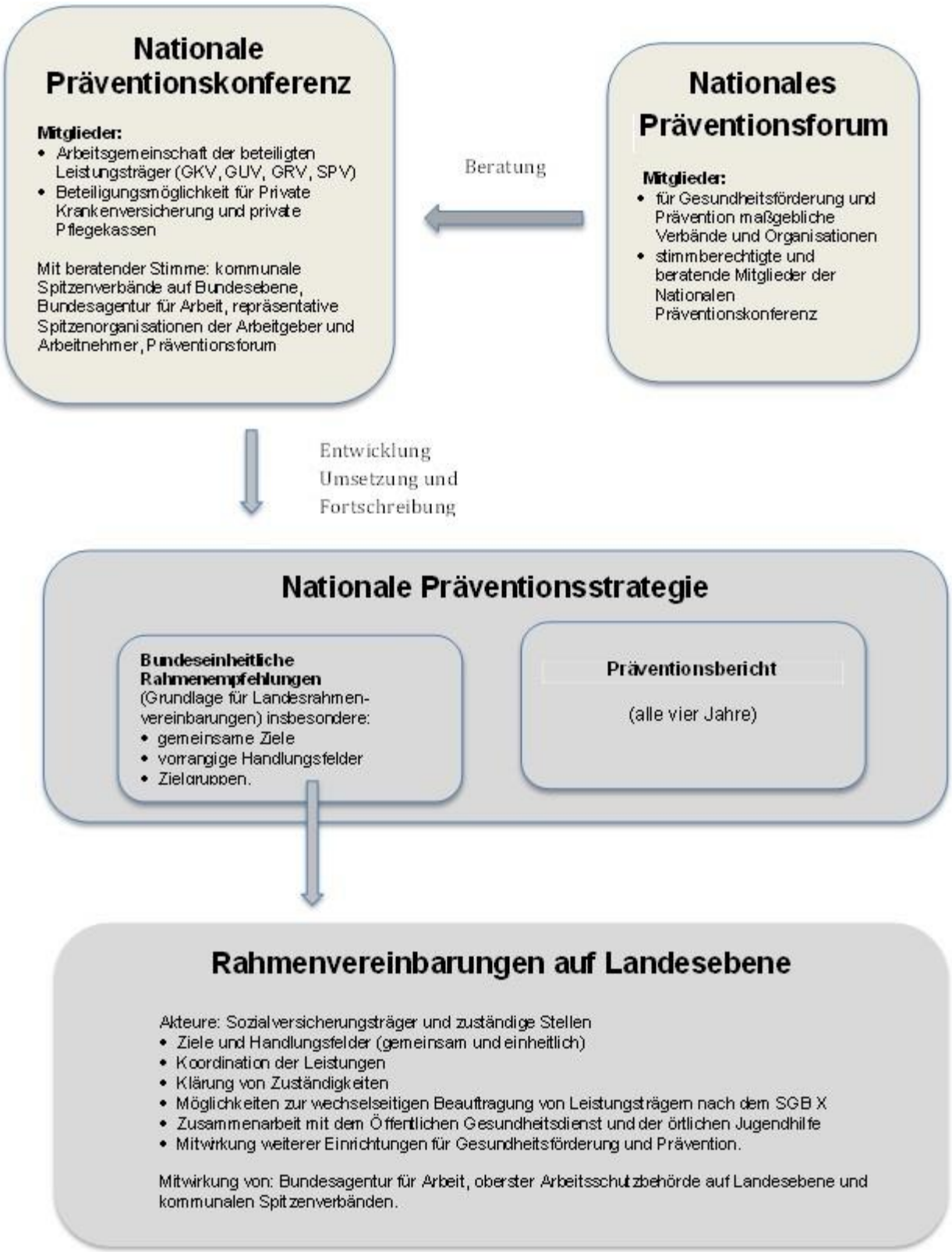


Abb. 1: Kooperations- und Koordinierungsstruktur in Primärprävention und Gesundheitsförderung nach dem Präventionsgesetz

Qualitätssicherung

Mit der im GKV-Gesundheitsreformgesetz 1999 vorgenommenen Neuausrichtung der Gesundheitsförderung durch Krankenkassen waren auch zahlreiche Qualitätsanforderungen in das SGB V aufgenommen worden. Das Präventionsgesetz hält nicht nur an diesen Qualitätsanforderungen fest, sondern fügt noch weitere hinzu. So bekräftigt und erweitert es die bisherigen bereits seit 2000 geltenden Bestimmungen zur Qualitätssicherung: „Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt unter Einbeziehung unabhängigen, insbesondere gesundheitswissenschaftlichen, ärztlichen, arbeitsmedizinischen, pflegerischen, ernährungs-, sport-, sucht-, erziehungs- und sozialwissenschaftlichen Sachverstandes sowie des Sachverstandes der Menschen mit Behinderung einheitliche Handlungsfelder und Kriterien für die Leistungen (...) fest, insbesondere hinsichtlich Bedarf, Zielgruppen, Zugangswegen, Inhalt, Methodik, Qualität, intersektoraler Zusammenarbeit, wissenschaftlicher Evaluation und der Messung der Erreichung der mit den Leistungen verfolgten Ziele“ (§ 20 Abs. 2 SGB V). Darüber hinaus bestimmt der GKV-Spitzenverband die Anforderungen und ein einheitliches Verfahren für die Zertifizierung von Leistungsangeboten. Die Handlungsfelder und Kriterien für die Leistungen werden von den Krankenkassen in einem „Leitfaden Prävention“ festgelegt (GKV-Spitzenverband). Es ist damit ein zentrales Dokument für die Qualitätssicherung in der Primärprävention und betrieblichen Gesundheitsförderung.

Aufgaben der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Der GKV-Spitzenverband beauftragt die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) mit der Unterstützung der Krankenkassen bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben. Die Beauftragung erstreckt sich insbesondere auf die „Entwicklung der Art und der Qualität krankenkassenübergreifender Leistungen, deren Implementierung und deren wissenschaftliche Evaluation“ (§ 20a Abs. 3 SGB V).

Ärztliche Präventionsempfehlung

Erwachsene Versicherte erhalten einen Anspruch auf „alters-, geschlechter- und zielgruppengerechte ärztliche Gesundheitsuntersuchungen zur Erfassung und Bewertung gesundheitlicher Risiken und Belastungen (**Risikofaktoren und Risikofaktorenmodell**), zur Früherkennung von bevölkerungsmedizinisch bedeutsamen Krankheiten und eine darauf abgestimmte präventionsorientierte Beratung, einschließlich einer Überprüfung des Impfstatus (...)“ (§ 25 Abs. 1 SGB V). Ärzte können künftig eine Bescheinigung über Präventionsempfehlungen für Leistungen zur verhaltensbezogenen **Prävention** ausstellen, die die Krankenkassen bei ihrer Leistungsgewährung zu berücksichtigen haben (§ 20 Abs. 5 SGB V). Damit wird die Rolle der Ärzteschaft in der Prävention weiter gestärkt.

Weitere Handlungsfelder

Die Pflegekassen werden verpflichtet, ab 2016 je Versichertem und Jahr 0,30 Euro je Versichertem und Jahr für Prävention und Gesundheitsförderung in stationären und teilstationären Pflegeeinrichtungen zur Verfügung zu stellen (§ 5 Abs. 2 SGB XI). Krankenkassen bieten Unternehmen in regionalen Koordinierungsstellen unter Nutzung bestehender Strukturen Unterstützung und Beratung auf dem Gebiet der betrieblichen Gesundheitsförderung an (§ 20b Abs. 3 SGB V).

Finanzierung

Das Präventionsgesetz sieht eine deutliche Erhöhung der für Prävention und Gesundheitsförderung aufzuwendenden Mittel vor (§ 20 Abs. 6 SGB V). Ab 2016 sollen die Krankenkassen insgesamt 7 Euro je Versichertem und Kalenderjahr für Gesundheitsförderung ausgeben, davon mindestens 2 Euro für betriebliche Gesundheitsförderung und mindestens 2 Euro für Gesundheitsförderung in Lebenswelten (**Finanzierung der Gesundheitsförderung**). Zudem wurden ab 2016 die Mittel für Selbsthilfe von 0,64 auf 1,05 Euro je Versichertem und Kalenderjahr erhöht (§ 20b Abs. 3 SGB V). Kranken- und Pflegekassen müssen somit insgesamt 7,30 Euro je Versichertem und Jahr für Prävention und Gesundheitsförderung aufwenden. Die jährliche Gesamtsumme der zur Verfügung stehenden Mittel beläuft sich damit auf rund 520 Millionen Euro.

Im Jahr 2015, dem letzten Jahr vor dem Inkrafttreten des Präventionsgesetzes, hatten die Krankenkassen nur 317,5 Millionen Euro für Leistungen nach §§ 20ff. SGB V ausgegeben; dies entsprach einem Wert von 4,49 Euro je Versichertem und Jahr (MDS/GKV-Spitzenverband 2016: 30).

Die Vorgaben des Präventionsgesetzes beinhalten nicht nur eine Erhöhung der Gesamtmittel, sondern laufen auch auf ein verstärktes Gewicht für Maßnahmen nach dem Setting-Ansatz und für die betriebliche Gesundheitsförderung hinaus: 2015 hatten sich die Ausgaben der Krankenkassen für Setting-Maßnahmen nur auf 0,54 Euro (GKV-Spitzenverband/MDS 2016: 1) und für die betriebliche Gesundheitsförderung nur auf 1,08 Euro je Versichertem und Jahr belaufen (GKV-Spitzenverband/MDS 2016: 1)

Umsetzung

Seit dem Inkrafttreten des Präventionsgesetzes sind zahlreiche Umsetzungsschritte gemacht worden. Im Februar 2016 verabschiedete die nationale Präventionskonferenz, die sich bereits im Oktober 2015 als Arbeitsgemeinschaft der gesetzlichen Spitzenorganisationen von Kranken-, Unfall-, Renten- und Pflegeversicherung konstituiert hatte, erstmals Bundesrahmenempfehlungen für eine nationale Präventionsstrategie. Die Bundesrahmenempfehlungen definieren „gesund aufwachsen“, „gesund leben und arbeiten“ sowie „ge-

sund im Alter“ als gemeinsame Ziele. Zu den prioritären Zielgruppen gehören Familien, Kinder, Jugendliche, Auszubildende und Studierende, Berufstätige, Arbeitslose und Ehrenamtliche sowie Pflegebe- dürftige und pflegende Angehörige. Darüber hinaus enthalten die Beschlüsse auch Empfehlungen zu den Handlungsfeldern und zum Leistungsspektrum sowie Aussagen über die spezifischen Beiträge der einzelnen Sozialversicherungsträger und die bei bestimmten Maßnahmen zu beteiligenden Organisationen. Auch auf Länderebene haben sich die zuständigen Gremien für die Umsetzung des Präventionsgesetzes konstituiert.

Zum 1. Juli 2016 beauftragte der GKV-Spitzenverband die BZgA u.a. damit, im Rahmen der Umsetzung des Präventionsgesetzes die Arbeit der Koordinierungsstellen Gesundheitliche Chancengleichheit in qualitativer und quantitativer Hinsicht weiterzuentwickeln (Bundestagsdrucksache 18/13612: 24f.). Sie sollen Aktivitäten im Hinblick auf sozial benachteiligte, vulnerable Zielgruppen auf Landesebene koordinieren und so auch einen Beitrag zur Qualitätsverbesserung in der lebensweltbezogenen Prävention und Gesundheitsförderung leisten. In diesem Zusammenhang sind die Ressourcen der Koordinierungsstellen erhöht worden.

Ende 2017 hatten - von Berlin abgesehen - in allen Bundesländern die zuständigen Vertragsparteien Landesrahmenvereinbarungen geschlossen. In einer Reihe von Ländern haben „sich die Partner der Landesrahmenvereinbarungen auf die Einrichtung von Steuerungsgruppen, Konferenzen oder vergleichbaren Gremien“ verständigt (Bundestagsdrucksache 18/13612: 11). In vielen Fällen lassen die Vereinbarungen eine klare Prioritätensetzung im Hinblick auf Ziele und Zielgruppen sowie konkrete Vereinbarungen zur Umsetzung einer Präventionsstrategie vermissen. Dort, wo solche Prioritätensetzungen vorgenommen wurden, setzen die Vertragspartner in den Ländern zum Teil unterschiedliche Schwerpunkte. Es wird abzuwarten sein, ob diese Unterschiede sich als regionale Ausprägungen einer - als solche erkennbaren - einheitlichen bundesweiten Präventionsstrategie oder als ein föderaler präventionspolitischer Flickenteppich erweisen.

Im Zuge der Umsetzung sind auch unterschiedliche Interessen und Problemdeutungen beteiligter Akteure deutlich geworden. Daher ist die Umsetzung bisher auch keineswegs konfliktfrei verlaufen. So hat der GKV-Spitzenverband gegen die im Präventionsgesetz vorgesehene Zahlung an die BZgA von 45 Cent je Versichertem und Jahr, also rund 35 Millionen Euro, Klage beim Landessozialgericht Berlin eingereicht, um klären zu lassen, ob die Verwendung von Versichertenbeiträgen für eine mit Steuermitteln finanzierte Bundesbehörde rechtlich zulässig ist. Auch war die Kooperation von Krankenkassen und BZgA durch einige Startschwierigkeiten geprägt. So wurde ein Teil der vom Gesetz vorgesehenen Mittel nicht ausgegeben, wobei die Beteiligten über Ursachen und Verantwortung unterschiedliche Auffassungen vertraten. Auf Kritik stießen vielfach auch die Inhalte der Bundesrahmenempfehlungen und der Landesrahmenvereinbarungen, die manche Akteure

als zu vage ansehen (z.B. Geene 2018). Häufig wird diese Kritik mit dem Hinweis verbunden, dass die Umsetzung des Präventionsgesetzes durch die Dominanz der Krankenkassen geprägt sei. Sie seien bestrebt, ihre Handlungsoptionen nicht durch konkrete Festlegungen zu sehr einzuengen.

Aufgrund des Präventionsgesetzes sind die Leistungsausgaben der Krankenkassen für Prävention und Gesundheitsförderung im Jahr 2016 gegenüber dem Vorjahr ganz erheblich gestiegen, nämlich von 4,49 Euro auf 6,64 Euro je Versichertem und Jahr und blieben damit nur geringfügig unter dem gesetzlich vorgesehenen Richtwert von 7,00 Euro. Besonders stark fiel das Wachstum für Gesundheitsförderung in Lebenswelten aus. Insgesamt wurden 2016 474 Millionen Euro für Prävention und Gesundheitförderung ausgegeben (MDS / GKV-Spitzenverband 2017: 34).

Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen für Leistungen der Primärprävention und Gesundheitsförderung je Versichertem und Jahr - 2015 und 2016 (Euro)

	2015	2016	2016(gesetzliche Vorgaben)
Setting-Ansatz	0,54	2,06	2,00 (mind.)
Individueller Ansatz	2,85	2,95	Keine Vorgabe
Betriebliche Gesundheitsförderung	1,08	1,63	2,00 (mind.)
Insgesamt	4,49	6,64	7,00*

* ohne 0,30 Euro der Pflegekassen

Bewertung und Einordnung

Das Präventionsgesetz lässt sich als Ausdruck eines in Politik und Gesellschaft gewachsenen Bewusstseins für die Notwendigkeit wirksamer Prävention und Gesundheitsförderung und als Antwort auf die einschlägigen Schwächen des deutschen Systems verstehen. Ungeachtet dessen stellt es eine „kleine Lösung“ dar: Es beschränkt sich weitgehend auf die Aufgaben der Krankenkassen; weder Bund oder Länder noch andere Sozialversicherungsträger neben der gesetzlichen Krankenversicherung oder die private Krankenversicherung werden mit dem Präventionsgesetz stärker zur Finanzierung von Prävention und Gesundheitsförderung herangezogen. Ein wichtiger Grund für diese Entscheidung liegt in den eingangs erwähnten Interessenunterschieden zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherungsträgern. An ihnen war bereits der Gesetzentwurf aus dem Jahr 2005 gescheitert. Die geringen Aussichten auf eine umfassende Einigung mit den Ländern veranlasste den Bun-

desgesetzgeber, auf ein umfassenderes Gesetzgebungswerk zu verzichten und lediglich über seine sozialversicherungsrechtliche Gesetzgebungskompetenz auf das Thema zuzugreifen.

Das Präventionsgesetz ist in der Fachwelt widersprüchlich bewertet worden. Manchen gilt es als ein Schritt in die richtige Richtung, vor allem mit Hinweis auf die Erhöhung der Finanzmittel und die Schaffung institutioneller Strukturen für eine bessere Zielorientierung und Handlungskoordination. Wenn z.B. bei der Festlegung von Zielen der nationalen Präventionsstrategie die Ziele der gemeinsamen deutschen Arbeitsschutzstrategie berücksichtigt (§ 20d Abs. 3 SGB V) oder bei der Vorbereitung der Rahmenempfehlungen auf Landesebene die Bundesagentur für Arbeit und die obersten Arbeitsschutzbehörden beteiligt werden müssen (§ 20f Abs. 2 SGB V), erweitern sich die Möglichkeiten, die betriebliche Gesundheitsförderung stärker mit dem Arbeitsschutz zu verknüpfen. Die in § 20a Abs. 1 SGB V vorgenommene Legaldefinition schafft Klarheit darüber, in welchen Feldern die Krankenkassen tätig werden können. Zugleich setzt die besondere Betonung des Auffbaus und der Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen der Förderung einer reinen Verhaltensprävention Grenzen.

Allerdings war und ist es auch Gegenstand deutlicher Kritik. In deren Mittelpunkt steht der Hinweis, dass Prävention und Gesundheitsförderung mit diesem Gesetz nicht wirklich als eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe („Health in all policies“) gefasst werden (**Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik**). Vielmehr, so eine weit verbreitete Kritik, weist es den Krankenkassen eine zentrale Rolle zu - und damit auch Akteuren, deren Eignung für eine wirksame Prävention und Gesundheitsförderung des Öfteren in Zweifel gezogen wird, weil sie aus Wettbewerbsgründen ein starkes Interesse an Maßnahmen der verhaltensbezogenen Prävention primär für Gesunde oder Gesundheitsbewusste hätten und für eine Prävention in Lebenswelten nur begrenzt geeignet seien. Zudem lasse das Präventionsgesetz zu große Spielräume für - als wenig oder gar nicht wirksam eingestufte - Projekte einer rein individuellen Verhaltensprävention. Diese Sicht wird vor allem mit der weiteren Aufwertung der Ärzte in der Präventionspolitik begründet, aber auch mit dem Hinweis, dass das Präventionsgesetz Lebenswelten eher als Räume zu verstehen scheint, in denen Präventionsbotschaften vermittelt werden („Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten“ - § 20a Abs. 1 SGB V), denn als Räume, die selbst der Veränderung bedürfen. Hier erscheint das Gesetz widersprüchlich, sieht es doch - wie erwähnt - vor, dass die Krankenkassen bei der Primärprävention in Lebenswelten und in der betrieblichen Gesundheitsförderung „insbesondere den Aufbau und die Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen“ fördern sollen (§ 20a Abs. 1 und § 20b Abs. 1 SGB V). Zugleich wird kritisiert, dass die private Krankenversicherung nicht verbindlich in die Umsetzung des Präventionsgesetzes einbezogen wird.

Kritik richtet sich auch auf die Rolle der BZgA. Ihr ist im Gesetz eine unterstützende Rolle bei der Entwicklung, Qualitätssicherung, Evaluierung und Implementierung zugewiesen worden. Bezweifelt wird insbesondere, ob die BZgA für die Aufgabe der Umsetzung kassenübergreifender Leistungen geeignet ist. Ihre Expertise wird vor allem in der Konzipierung und Implementierung von Aufklärungskampagnen mit dem Ziel einer wirksameren Verhaltensprävention gesehen. Demgegenüber verweist die BZgA auf die vielfältigen Erfahrungen bei der regionalen, lokalen und settingbezogenen Vernetzung und Koordination, die sie beim Aufbau des „Kooperationsverbundes gesundheitliche Chancengleichheit" und dessen regionalen Koordinierungsstellen, bei der Koordination des Projekts „gesundheitliche Chancengleichheit" sowie seit 2011 beim Aufbau des Kommunalen Partnerprozesses „Gesund aufwachsen für alle!" gesammelt hat.

Zwar werden die finanziellen Ressourcen relativ kräftig erhöht, bleiben jedoch absolut auf einem niedrigen Niveau. Mit ihnen wird auch weiterhin nur ein kleiner Teil der Gesamtbevölkerung bzw. der Risikogruppen erreicht werden. Hohe Erwartungen werden an die Etablierung einer nationalen Präventionsstrategie und die zu ihrem Zweck geschaffenen Institutionen gerichtet. Ob sie zu einer besseren Zielorientierung und Handlungskoordination führen, wird sich erst im Zuge der weiteren Implementierung zeigen.

Literatur:

Bundestagsdrucksache: 18/13612 vom 21.09.2017: Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Kordula Schulz-Asche et al. und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN - Drucksache 18/13504 - Umsetzung des Präventionsgesetzes.

Faller, G (Hg.), Lehrbuch betriebliche Gesundheitsförderung, 2., vollst. überarb. u. erw. Aufl., Bern 2012.

Geene, R, Das Präventionsgesetz im dritten Jahr - Meilenstein oder Irrfahrt der Gesundheitsförderung?, in: Jahrbuch für Kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften 52, Hamburg 2018 (im Erscheinen).

Reese, M, Geene, R, Handbuch Präventionsgesetz. Neuregelungen der Gesundheitsförderung, Frankfurt a.M. 2017.

Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz - PrävG) vom 17. Juli 2015. BGBl. I Nr. 31, 1368.

GKV-Spitzenverband, Leitfaden Prävention. Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung der §§ 20 und 20a SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 10. Dezember 2014, in Zusammenarbeit mit den Verbänden der Krankenkassen auf Bundesebene, Berlin 2014.

GKV-Spitzenverband / MDS, Tabellenband zum Präventionsbericht 2016. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung - Berichtsjahr 2015, Essen 2016.

GKV-Spitzenverband / MDS, Tabellenband zum Präventionsbericht 2017. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung - Berichtsjahr 2016, Essen 2017.

GKV-Spitzenverband et al., Bundesrahmenempfehlungen der Nationalen Präventionskonferenz nach § 20d Abs. 3 SGB V, verabschiedet am 19.02.2016. https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/pressemitteilungen/2016/Praevention_NPK_BRE_verabschiedet_am_19022016.pdf.

Hurrelmann, K /Klotz, T / Haisch, J (Hg.), Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung, 4., vollst. überarb. Aufl., Bern 2014.

Kuhn, J (2013): Prävention in Deutschland - eine Sisyphosgeschichte. Gesundheit und Gesellschaft - Wissenschaft, 13 (3), 2013, 22-30.

MDS / GKV-Spitzenverband, Präventionsbericht 2016. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung. Berichtsjahr 2015, Essen 2016.

MDS / GKV-Spitzenverband, Präventionsbericht 2017. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung. Berichtsjahr 2016, Essen 2017.

Rosenbrock, R /Gerlinger, T, Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung, 3., vollst. überarb. u. erw. Aufl., Bern 2014.

Internetadressen:

www.bmg.bund.de/themen/praevention.html
www.bzga.de
www.gesundheitliche-chancengleichheit.de
www.gkv-spitzenverband.de/

Verweise:

Finanzierung der Gesundheitsförderung, Gesundheitliche Chancengleichheit, Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik / Healthy Public Policy, Gesundheitsförderung und Betrieb, Gesundheitsziele, Prävention und Krankheitsprävention, Risikofaktoren und Risikofaktorenmodell, Settingansatz / Lebensweltansatz

Präventionskette–Integrierte kommunale Gesundheitsstrategie

Antje Richter-Kornweitz, Gerda Holz, Holger Kilian

(letzte Aktualisierung am 04.01.2017)

Begriffsbestimmung und Zielsetzung: Als Präventionsketten werden integrierte Gesamtstrategien bezeichnet, die auf kommunaler Ebene den Rahmen schaffen, um das vielfältige Unterstützungsangebot öffentlicher und privater Träger und Akteure besser zu verbinden. Sie tragen dazu bei, dass dieses Angebot über Altersgruppen und Lebensphasen hinweg aufeinander abgestimmt ist und ineinander greift. Präventionsketten dienen dazu, allen Bevölkerungsgruppen - und besonders Menschen mit schwierigen oder benachteiligenden Lebensbedingungen - öffentliche Ressourcen zugänglich zu machen, um so unterschiedlichen Bedarfen gerecht zu werden, individuelle, familiäre und soziale Eigenressourcen zu stärken sowie Chancengleichheit zu fördern. Grundintention von Präventionsketten ist es, die vorhandenen Strukturen zu einer integrierten kommunalen Infrastruktur weiterzuentwickeln, in der alle vor Ort engagierten Akteure zusammenarbeiten, sich ressort- und handlungsfeldübergreifend vernetzen und durch gemeinsames Planen und arbeitsteiliges Handeln präventive Angebote und Hilfen für die Bürger und Bürgerinnen schaffen.

Präventionsketten sind als Strukturansatz zu verstehen, der darauf ausgerichtet ist, ein langfristiges, umfassendes und tragfähiges Netz von Unterstützung, Beratung und Begleitung unter Beteiligung derjenigen zu entwickeln, die unmittelbar betroffen sind. Die Arbeit in und Gestaltung von Netzwerken ist elementar. In einem fortwährenden Prozess werden bestehende und neue Strukturelemente und Akteure so zusammengeführt, dass ein abgestimmtes Handeln im Rahmen einer integrierten kommunalen Gesamtstrategie möglich wird. So können gemeinsam mit den beteiligten Akteuren die zur Verfügung stehenden Finanzmittel, Personalressourcen sowie das bürgerschaftliche Engagement gezielter - das heißt an Bedürfnissen und Bedarf von Kindern, Jugendlichen, Erwachsenen im Erwerbsleben und im Rentenalter ausgerichtet - geplant und umgesetzt werden.

Die folgenden Strukturdarstellungen einer Präventionskette betonen jeweils unterschiedliche Aspekte des Ansatzes:

Der Darstellung des Kooperationsverbunds Gesundheitliche Chancengleichheit nutzt das Modell der **Determinanten von Gesundheit**. Präventionsketten sollen die Einflussfaktoren für Gesundheit auf den dort genannten Ebenen gestalten.

Abb. 1: Präventionskette zur Gestaltung der Einflussfaktoren auf Gesundheit; Quelle: **www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/partnerprozess**

Die Darstellung von Richter-Kornweitz und Utermark im „Werkbuch Präventionskette" betont den integrierten Ansatz, der unterschiedliche Handlungsfelder, Akteure und Aufgaben lebensphasenorientiert zusammenführt:

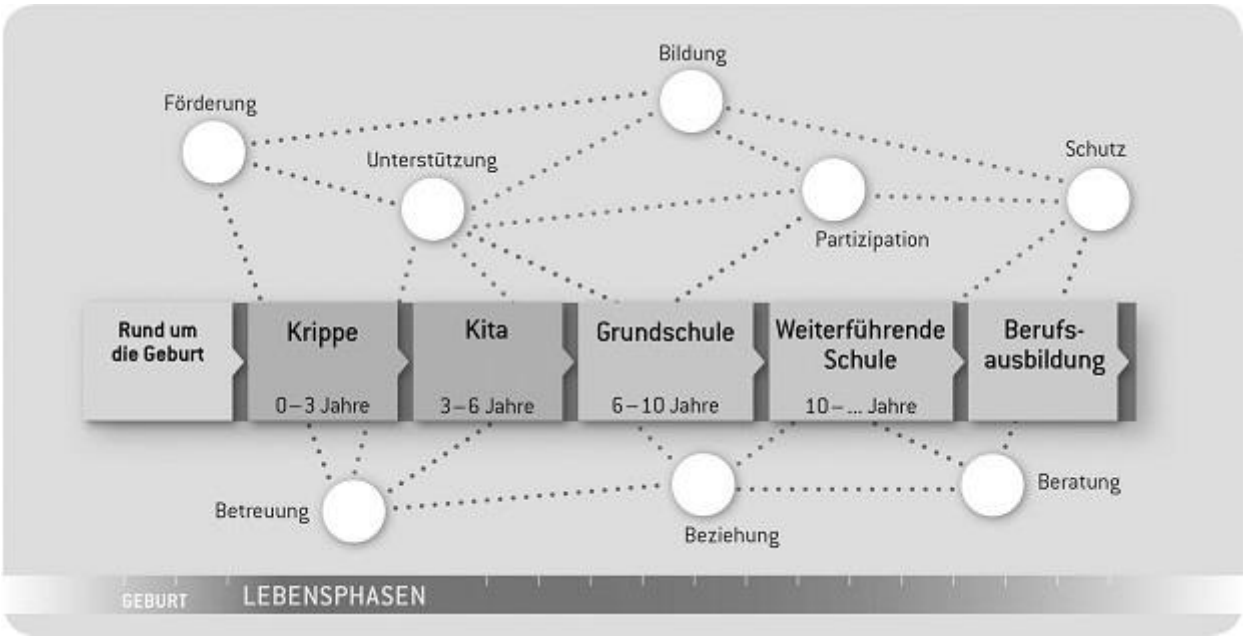


Abb. 2: Präventionskette - Lebensphasenorientiert; Quelle LVG&AFS/BZgA 2013: 16

Mittelpunkt der Darstellung von Holz sind Kinder und deren Eltern mit jeweils unterschiedlichen spezifischen Bedarfen. Beide sind Zielgruppen der Präventionskette für das Kindes-/Jugendalter.

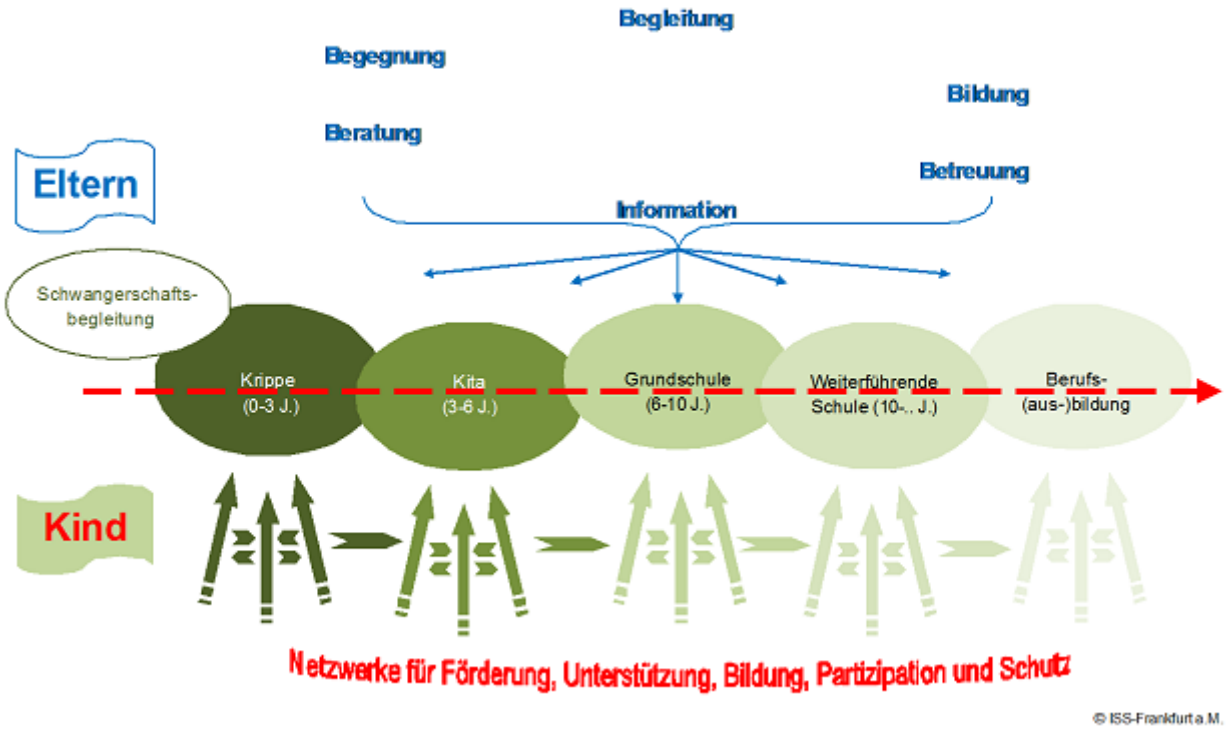


Abb. 3: Präventionskette „Von der Geburt bis zum Berufseinstieg“ durch Netzwerke - bedarfs- und zielgruppenbezogen; Quelle: Holz 2010: 117

Ein wichtiges Teilziel von Präventionsketten ist es, zu gelingenden Übergängen im Lebensverlauf beizutragen. Übergänge im Kindes- und Jugendalter sind beispielsweise die Phase rund um die Geburt, der Eintritt in die Schule oder der Wechsel in die Berufsausbildung. Werden diese Übergänge erfolgreich bewältigt, stärken sie das Selbstwirksamkeitserleben und tragen zur Entwicklung der gesundheitlichen Ressourcen bei. Misslingen sie aber, etwa weil sie als Überforderung erfahren werden, kann sich daraus resultierende Stress als Risikofaktor negativ auf die Gesundheit auswirken. Biografische Übergänge aktiv zu begleiten und zu gestalten, ist deshalb eine zentrale Aufgabe für Gesundheitsförderung und Prävention im Kinder- und Jugendalter.

Präventionsketten können grundsätzlich auf die Gestaltung der Bedingungen für Gesundheit über den gesamten Lebensverlauf ausgerichtet sein. In der Praxis werden bisher vor allem Erfahrungen mit der Gestaltung kommunaler Angebote in den ersten Lebensphasen gesammelt, um Kindern und Jugendlichen ein „Aufwachsen im Wohlergehen“ bzw. ein „Gesund aufwachsen für alle“ zu sichern. Dies ist zum einen darin begründet, dass in dieser Lebensphase besonders viele Weichen beispielweise zur kindbezogenen (Armuts-)Prävention und für die spätere (gesundheitliche) Entwicklung gestellt werden, aber auch in der relativ klaren Abfolge institutioneller Betreuungs- und Bildungsangebote (Familie und Frühe Hilfen, Tagespflege, Tageseinrichtungen für Kinder, Grund- und weiterführende

Schule). Zum anderen sind hier zentrale staatliche Pflichtaufgaben verankert, die über jeweils eigene Systeme (Jugendhilfe, Schule, Gesundheitsförderung, Arbeitsmarktintegration) organisiert werden.

Konzeptionell knüpfen Präventionsketten lebensphasenspezifisch an zentrale Konzepte der Gesundheitsförderung und der Sozialen Arbeit an. Grundlegend sind das Modell der sozialen **Determinanten von Gesundheit** („Health in all Policies"- gesundheitsfördernde Gesamtpolitik), die **salutogenetische Perspektive** und der **Lebenslagen- und Lebensphasenansatz** sowie das *Präventionsverständnis zur Bearbeitung sozialer Probleme* (u.a. Zander 2010b, S. 128f). Der **Settingansatz**, ein sowohl für die Gesundheitsförderung als auch für die Soziale Arbeit zentrales Konzept, erhält mit der *Lebensphasenorientierung* im Kontext der Präventionskette eine weitere wichtige Dimension.

Im Rahmen kommunaler Präventionsketten gestalten die Akteure primär die örtlichen Netzwerke sowie die institutionell geprägten Lebens-, Arbeits- und sozialen Teilhabebedingungen und schaffen damit abgestimmte Rahmenbedingungen für ein gesundes Leben in Gemeinschaft. Die Determinanten für Gesundheit und soziale Teilhabe werden ressourcenfördernd und belastungsmindernd beeinflusst und die Aktivitäten auf einander bezogen. Damit einher geht die enge Verknüpfung zwischen Sozialer Arbeit, Kinder-/Jugend(hilfe)arbeit und Gesundheitsförderung. In späteren Lebensphasen müssen beispielsweise die Arbeitsförderung oder der Pflegebereich in diese Netzwerke einbezogen werden.

Präventionsketten als integrierte Handlungsstrategie sind zugeschnitten auf Kommunen, unabhängig von deren räumlicher oder bevölkerungsmäßiger Größe. Die konkrete Ausgestaltung und Umsetzung kann sozialräumlich unterschiedlich sein - die Gesamtkommune, den Stadtteil oder ein Quartier betreffend. Die Praxis zeigt, je größer eine Kommune ist, desto mehr kommen Strukturmodelle zur Anwendung, die mehrere Ebenen umfassen; das heißt, sie sind über die Verknüpfung innerhalb eines gesamtstädtischen Ansatzes hinaus auch noch stadtteil- bzw. quartiersbezogen ausgerichtet.

Kritik am Begriff und alternative Begriffsvorschläge: Präventionsketten zu bilden, ist **gesundheitsfördernde Gesamtpolitik** im besten Sinne. Neu daran sind nicht die einzelnen Elemente, sondern die Radikalität und Reichweite der Intentionen:

- Nicht nur einige lebensphasenbezogene Settings in der Kommune, sondern *alle* sollen einbezogen werden und eine Kette von gesundheitsfördernden und präventiven Settingmaßnahmen organisieren, die im Prinzip Menschen in allen Lebensphasen erreichen, in der bisherigen Praxis allerdings vor allem auf das Wohlergehen von Kindern und Jugendlichen konzentriert sind.
- Das politisch-administrative System der Kommune soll mit allen dafür relevanten Ressorts fachübergreifend und mit den nicht-kommunalen Akteuren

zusammenarbeiten. Dies bedeutet, dass die kommunale Politik nicht nur implizite, sondern explizite Gesundheitsförderungspolitik beschließt, mit Ressourcen ausstattet und moderiert.

Der Begriff „Präventionskette“ wird in seiner Zielgenauigkeit diskutiert:

- Als Vorteil kann gesehen werden, dass dieser Begriff das zugrunde liegende Konzept - nämlich die verlässliche „Verkettung“ präventiver Aktivitäten aus unterschiedlichen Settings der Kommune - in einem schnell verständlichen Bild vereint. „Kette“ wird hier als fest verbunden und zugleich beweglich, als starke Kraftübertragung an einem Strang oder auch als Verbundenheit und Sicherheit gebend verstanden. Der Begriff schafft so ein sprachlich kurzes metaphorisches Label mit hohem Wiedererkennungswert. Die Metapher kann aber auch unerwünschte Assoziationen erzeugen: „Kette“ als Bild für Fremdbestimmung und Bevormundung ebenso wie die starre, unauflösbare Verbindung von immer nur einem Kettenglied mit einem anderen. Diese Assoziation würde allerdings dem Gedanken integrierter kommunaler Strategien und einer partizipativen, wertschätzenden Grundhaltung der „Professionellen“ nicht gerecht.
- „Prävention“ als an Risiko und Pathogenese orientierte „Verhütung“ zielt auf Vermeidung und Verhinderung unerwünschter Entwicklungen (**Prävention und Krankheitsprävention**). „Präventionskette“ passt deshalb zwar begrifflich gut zu **Kinderschutz und Armutsprävention**, jedoch weniger zu einem (auch) an Ressourcen und Salutogenese/Resilienz orientierten „Aufwachsen in Wohlergehen“ (Grundsatz der Kinder- und Jugendhilfe gemäß SGB VIII) oder „gesunden Aufwachsen“ (**Gesundheitsförderung 1: Grundlagen**, **Gesundheitsförderung 8: Bewertung und Perspektiven**, **Gesundheitsförderung im Kindesalter**).

Die Offenheit des „Präventions“-Begriffs für verschiedene inhaltliche Füllungen in den für Gesundheitsförderung relevanten kommunalen Handlungsfeldern kann aber auch als eine Stärke des Begriffes „Präventionskette“ gesehen werden, denn sie erleichtert eine enge Verknüpfung von Gesundheitsförderung und Sozialer Arbeit sowie weiterer Handlungsfelder (vgl. Holz und Richter-Kornweitz 2010). Als eine Lösungsalternative wird die Ausweitung des Begriffes auf „Gesundheitsförderungs- und Präventionskette“ diskutiert. Eine weitere, konzeptionell zutreffendere Alternative ist, von „integrierter kommunaler Handlungsstrategie“ zu sprechen.

Akteure der Präventionskette: Präventionsketten verfolgen einen *intersektoralen und interprofessionellen Ansatz*: Sie führen Aktivitäten und Angebote verschiedener Professionen aus unterschiedlichen Handlungsfeldern, Ebenen und Ressorts zusammen und beziehen diese auf einander. In Präventionsketten sind deshalb im Idealfall alle Akteure und Institutionen eingebunden, die Einfluss auf die Gestaltung gesundheitlicher Bedingungen in be-

stimmten Lebensphasen und den Übergängen zwischen diesen haben. Geht es beispielsweise im Rahmen eines kommunalen Konzeptes „Gesund aufwachsen für alle“ um die Lebensbedingungen Jugendlicher, sollten auch die Bereiche schulische und außerschulische Bildung, Freizeit (z.B. kommunale Freizeiteinrichtungen und freie Träger der Jugendarbeit, Sportvereine, musische und kulturelle Angebote), die Jugendhilfe, das Jobcenter und kommunale Ausbildungsbetriebe eingebunden sein. Übergänge aus der Schule in die betriebliche Ausbildung werden von diesen Akteuren frühzeitig durch Information, Beratung, Begleitung, Übungen (z.B. Praktika) und Möglichkeiten zum Austausch unter den Jugendlichen begleitet. In diesen Ansatz sollten auch die Eltern der Jugendlichen einbezogen werden.

Entwicklungsstrategien beim Aufbau von Präventionsketten: Beim Aufbau von Präventionsketten können je nach Kommune unterschiedliche Entwicklungspfade beschritten werden, die immer stark von den jeweiligen lokalen (Ausgangs)Bedingungen geprägt sind. Impulse können sowohl aus der kommunalen Politik, der Verwaltung oder auch von Akteuren und Aktiven aus Organisationen und dem Sozialraum/Quartier kommen. Eine wichtige gemeinsame Voraussetzung ist, dass ein oder mehrere Akteure - bevorzugt aus der kommunalen Verwaltung - Verantwortung für die Gestaltung und Koordinierung des Prozesses übernehmen. Wenn es um die Umsetzung einer Präventionskette im Kindes- und Jugendalter geht, ist zu beachten, dass das Jugendamt eine besondere Funktion hat. Hier liegt gemäß SGB VIII die Gesamtverantwortung (§ 79) für die Maßnahmen der Jugendhilfe und das Jugendamt ist zur Partnerschaftlichkeit (§ 4) mit allen Beteiligten verpflichtet.

Die jeweils koordinierenden Akteure sensibilisieren für die anstehenden Aufgaben intersektoraler Zusammenarbeit, binden Partner ein und initiieren erste Ansätze der Zusammenarbeit. Dieser auch als „Auftauphase“ zu beschreibende Prozess umfasst die Aufgabe, Grundlagen für eine vertrauensvolle und dauerhafte Zusammenarbeit zwischen Partnern aus Handlungsfeldern und Ressorts zu schaffen, die zuvor oft wenige Berührungspunkte hatten und sich beispielsweise in Denk- und Handlungslogiken, Zielstellungen, Arbeitsweisen und verfügbaren Ressourcen unterscheiden. Transparenz über diese unterschiedlichen Voraussetzungen zu schaffen und damit die Grundlage dafür, diese gemeinsam aktiv zu gestalten, ist ein wichtiger Schritt im Aufbau von Präventionsketten. Unabhängig davon, ob dieser Prozess durch engagierte Mitarbeiter/innen oder Leitungskräfte beispielsweise des Gesundheits- oder Jugendamtes, eines freien Trägers oder eines Stadtteilvereins angestoßen wurde: Die Verstetigung des kommunalen Entwicklungsprozesses erfordert, dass das Konzept auf Leitungsebene und von kommunalen Entscheidungsträger/innen mitgetragen und vorangetrieben wird. Dies geschieht beispielsweise durch einen Beschluss des Stadtrates - nach Beratung in den städtischen Gremien wie Jugendhilfe-, Sozial- und/ oder Gesundheitsausschuss - und durch Kooperationsvereinbarungen zwischen den beteiligten Akteuren.

Eine Grundlage für den Aufbau einer Präventionskette ist die Bestandsaufnahme der kommunalen Ausgangsbedingungen: Was wird gebraucht, was gibt es bereits und was fehlt? Diese Bedarfsermittlung sollte stets unter Einbeziehung der unmittelbar Betroffenen, also beispielsweise der Kinder und Jugendlichen bzw. ihrer Familien, geschehen (**Partizipation**).

Im Verlauf der Arbeit im Rahmen der Präventionskette ist die gemeinsame Handlungsorientierung und Verbindlichkeit der Zusammenarbeit wichtig. Diese kann durch gemeinsam entwickelte Zielsetzungen und Planungspapiere, Regeln für die Zusammenarbeit und klare Aufgabenverteilung für die beteiligten Akteure geschehen.

Die Arbeit an und in Präventionsketten ist nie abgeschlossen. Sie ist ein kontinuierlicher Prozess, der immer wieder neue Impulse und Anpassungsleistungen an die sich ändernden kommunalen Rahmenbedingungen erfordert. Um die kommunalen Akteure bei dieser anspruchsvollen Aufgabe zu unterstützen, bietet der kommunale Partnerprozess „Gesundheit für alle“ ein Forum für den bundesweiten Austausch, fachliche Begleitung, Transfer und Qualifizierung. Die Austauschplattform **www.inforo-online.de** ermöglicht es den kommunalen Akteuren, ihre Aktivitäten vorzustellen, Materialien auszutauschen, Erfahrungen zu bündeln und für andere Kommunen bereitzustellen.

Literatur:

BZgA - Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), Gesundes Aufwachsen für alle! Anregungen und Handlungshinweise für die Gesundheitsförderung bei sozial benachteiligten Kindern, Jugendlichen und ihren Familien, Gesundheitsförderung Konkret 17, Köln 2011 http://tinyurl.com/ae5bads

Gilles C, Von Mo.Ki über NeFF zu den Netzwerken gegen Kinderarmut - Begleitung und Unterstützung für die Jugendämter, in: LVR-Landesjugendamt Rheinland (Hrsg.): Kommunale Initiativen und Netzwerke zur Vermeidung der Folgen von Kinderarmut, Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung des LVR-Pilotprogramms 2010-2011 Köln 2012

Holz G; Schöttle M, Berg A, Impulspapier - Fachliche Maßstäbe zum Auf- und Ausbau von Präventionsketten in Kommunen: Strukturansatz zur Förderung des „Aufwachsens im Wohlergehen“ für alle Kinder und Jugendlichen, Essen/Frankfurt a.M./Monheim am Rhein 2011, S. 3-12 http://www.awo-nr.de/fileadmin/DAM/ Sozial_Politisches_Engagement/ Impulspapier_Praeventionsketten_13.10.2011.pdf

Holz G, Kindbezogene Armutsprävention als struktureller Präventionsansatz, in: Holz G, Richter-Kornweitz A (Hrsg.): Kinderarmut und ihre Folgen, Wie kann Prävention gelingen? München 2010, S. 109-125

Holz G, Richter-Kornweitz A (Hrsg.): Kinderarmut und ihre Folgen, Wie kann Prävention gelingen? München 2010

Hradil S, Soziale Ungleichheit in Deutschland, Lehrbuch, Wiesbaden 2005

Laubstein C, Holz G, Dittmann J, Sthamer E, „Von alleine wächst sich nichts aus ...“ Lebenslagen von (armen) Kindern und Jugendlichen und gesellschaftliches Handeln bis zum Ende der Sekundarstufe I, Frankfurt a.M. 2012

LVG&AFS / BZgA - Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V.; Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), Werkbuch Präventionskette, Herausforderungen und Chancen beim Aufbau von Präventionsketten in Kommunen. Erarbeitung von Antje Richter-Kornweitz und Kerstin Utermark. Hannover 2013.

Internetadressen:

www.gesundheitliche-chancengleichheit.de
www.inforo-online.de

Verweise:

Determinanten von Gesundheit, Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik / Healthy Public Policy, Gesundheitsförderung 1: Grundlagen, Gesundheitsförderung 8: Bewertung und Perspektiven, Gesundheitsförderung im Kindesalter, Kinderschutz und Prävention/Gesundheitsförderung, Lebenslagen und Lebensphasen, Partizipation: Mitentscheidung der Bürgerinnen und Bürger, Prävention und Krankheitsprävention, Salutogenetische Perspektive, Settingansatz / Lebensweltansatz

Präventionsparadox

Peter Franzkowiak

(letzte Aktualisierung am 18.04.2018)

Das sogenannte Präventionsparadox wurde Anfang der 1980er Jahre vom britischen Epidemiologen Geoffrey Rose am Beispiel der koronaren Herzkrankheiten beschrieben. Es stellt ein grundlegendes Dilemma der bevölkerungs- und risikogruppenbezogenen **Prävention und Krankheitsprävention** dar. Seine Kernaussage ist: Eine präventive Maßnahme, die für Bevölkerung und Gemeinschaften einen hohen Nutzen bringt, bringt dem einzelnen Menschen oft nur wenig - und umgekehrt.

Wenn viele Einzelne mit geringem Risiko (z.B. grenzwertiger Bluthochdruck, leicht auffälliger Cholesterinspiegel, Prä-Diabetes) eine präventive Maßnahme durchführen, nützt diese der Gesamtpopulation in der Regel viel. Bei einer großen Menge von Menschen werden kardiovaskuläre Krankheitsereignisse oder vorzeitige Todesfälle langfristig gesenkt. Eine Einzelperson mit leichtem Risiko wird aber nur selten einen direkten Nutzen durch kurz- oder mittelfristige Verbesserungen der Gesundheit oder durch eine Verlängerung ihrer behinderungsfreien Lebenszeit erfahren. Anders stellt sich die Lage für Interventionen bei kleinen Gruppen mit hohem Risiko dar, z.B. bei klinisch adipösen Menschen oder bei Patientinnen und Patienten mit manifester Hypertonie, Hypercholesterinämie oder Diabetes mellitus Typ II. Hier ist der individuelle Gesundheitsgewinn durch Früherkennung, Frühbehandlung und tertiäre Prävention ungleich höher als bei Menschen mit mittlerem und niedrigerem Risiko. Allerdings ergibt sich für die Population kein vergleichbar großer Effekt.

Das Präventionsparadox gilt für alle auf **Risikofaktoren** basierenden medizinischen Interventionen und Zielsetzungen, insbesondere für Maßnahmen der Verhaltensprävention. Typische Anwendungsbeispiele sind:

- diätetische und Lebensstil-Empfehlungen und/oder medikamentöse Maßnahmen mit dem Ziel einer Cholesterin-, Blutdruck- oder Blutzuckersenkung,
- Screenings auf unentdeckte Hypertonie zur Infarktprophylaxe, Diabetes-Screenings, PSA-Bluttestungen zur Prostatakarzinom-Früherkennung,
- invasive Früherkennungsmaßnahmen wie die Vorsorgekoloskopie zur Darmkrebsprophylaxe.

» Das Paradox hat auch Gültigkeit bei Jodprophylaxe und Schutzimpfungen, für die Krankenhaus- oder Pflegehygiene gegen Erreger, die gegen Antibiotika mehrfach resistent sind (MRSA), bei der Verpflichtung zum Tragen von Sicherheitsgurten im Auto zur Verhinderung/Milderung von Unfallfolgen, für Nichtraucherförderung und Raucherentwöhnungsprogramme, für Bewegungsförderung oder bei Maßnahmen des Arbeits-, Gesundheits- und Klimaschutzes.

Ein anderes Verständnis des Präventionsparadoxons findet sich im bevölkerungsbezogenen Impfschutz und der Infektions-/Impfepidemiologie. Wird gegen eine Infektionskrankheit geimpft, ist zudem die Impfung in der Bevölkerung akzeptiert und sinkt in der Folge die Inzidenz, verliert sich allmählich das klinische Bild der Erkrankung im Bewusstsein der Bevölkerung. Zugleich erscheinen Nebenwirkungen der Impfungen sowie potenzielle und reale (wenn auch seltene) Impfschäden gravierender als die Infektionskrankheit selbst. Dies führt zu einem Vertrauensverlust in die Impfung mit der Folge sinkender Impfbereitschaft, verringerter Impfquoten und partieller Impfverweigerung bzw. offener Gegnerschaft (z.B. bei Masern, auch Tuberkulose). Dadurch kann es zu neuen Ausbrüchen kommen, wobei erst diese die Impfbereitschaft wiederum steigern. Die Paradoxie wird gerade unter dem Aspekt von potenziellen (Impf-)Zwangsmaßnahmen bei Gesunden in der Public Health-Ethik problematisiert und kontrovers diskutiert.

Aus Public Health-Sicht ist eine bevölkerungsweite Intervention bei Erfolg zwangsläufig lohnender, weil sie mehr Krankheitsereignisse oder vorzeitige Todesfälle verhindern kann. Diese Bevölkerungsstrategie wendet sich an alle Menschen bzw. an größere Teilpopulationen, ungeachtet der individuellen Erkrankungswahrscheinlichkeit. Mit der Größe der Gruppe sinkt zwar der Anteil derjenigen Menschen, die einen direkten gesundheitlichen Nutzen erfahren - allerdings ist der epidemiologische Nutzen höher, die Zahl der vermiedenen bzw. „geretteten“ Fälle größer. Also wird eine große Zahl von Personen untersucht und/oder zur Änderung ihres Verhaltens bewegt, die auch ohne Screening bzw. Verhaltensänderung keine Krankheit (z.B. Herzinfarkt oder Schlaganfall) erlitten hätten. Mit zunehmender Orientierung auf kleinere Gruppen von Risikoträgern und besonders gefährdeten Menschen (Risikogruppenstrategie) werden präventive Maßnahmen aufwändiger und komplexer.

Als Lösung des Präventionsparadoxes empfiehlt die WHO seit Anfang der 2000er Jahre eine *„richtige Balance“ zwischen Bevölkerungs- und Teilpopulationsstrategie (BS) und Hoch-Risiko-Strategie (HRS)*. Die BS wird differenziert umgesetzt unter Berücksichtigung epidemiologischer und sozialökologischer Mediatorvariablen (z.B. Alter, Geschlecht, sozialer Status und Bildungsstatus, Lebensweise, Gesundheitsverhalten, präventivmedizinischer Risikostatus). Das Krankheitsrisiko einer oder eines Einzelnen steht nicht im Mittelpunkt. Primär ist die Intervention gegen gesicherte Ursachen, Vorläufer und Risikofaktoren von

Krankheitsinzidenzen bei möglichst vielen Menschen. Maßnahmen der BS müssen für jeden gelten und anwendbar sein, und sie sollten ohne schädliche Nebenwirkungen sein. Die HRS hingegen beinhaltet das Suchen und die gezielte Behandlung von Risikoträgern und -trägerinnen bzw. Patientinnen und Patienten mit hohem Risiko. Solche Personen machen nur einen geringen Prozentsatz aus, profitieren aber aufgrund ihres hohen absoluten Risikos sehr stark von auch aufwendigen präventiven Maßnahmen. Eine absolute Gegenüberstellung der Idealtypen (BS vs. HRS) erscheint nicht sinnvoll. Nützlicher ist die Annahme eines Kontinuums, in dem Zwischenstufen zwischen beiden Extremen bestehen - in Abhängigkeit vom jeweiligen Krankheitsrisiko. Daher ist es mittlerweile üblich, im HRS-Ansatz zwischen einer Risikogruppenstrategie und einer Hochrisikopersonenstrategie zu differenzieren (vgl. Abb. 1). In größer angelegten verhaltenspräventiven Interventionsstudien, z.B. zur Herz-Kreislauf- oder Krebsprävention, werden alle Ansätze mit ihren jeweiligen Differenzierungen kombiniert.

Strategie	Zielgruppe	Selektion	Maßnahme	Beispiele	Besonderheiten
Bevölkerungsgruppenstrategie (universal)	Gesamte Bevölkerung	Keine	Universell, für jeden nützlich und i.d.R. ohne professionelle Hilfe einfach durchführbar, i.d.R. Information	Tragen des Sicherheitsgurts während der Autofahrt, Zahnhygiene, Schutz beim Geschlechtsverkehr, vermehrter Verzehr von Gemüse und Obst	Hohe Interferenz mit Nichtbetroffenen
Risikogruppenstrategie (selektiv)	Populationen mit erhöhtem Gesundheits- bzw. Erkrankungsrisiko	Gezielte Auswahl der Zielgruppen	Intervention besonders für Teilgruppen sinnvoll, z.T. Anleitung und Unterstützung erforderlich	Strategien von Vermeidung von Tabakkonsum bei Kindern und Jugendlichen; Beratung zur Neurodermitisprävention bei (werdenden) Eltern mit familiärem Risiko, Grippeimpfung bei Älteren	Geringe Interferenz mit Nichtbetroffenen
Hochrisikopersonenstrategie (indiziert)	Personen mit sehr hohem Erkrankungsrisiko bzw. mit bereits eingetretener Erkrankung (Sekundär- oder Tertiärprävention)	Starke Einschränkung der Zielgruppe durch gezielte Auswahl	Individuelle Anpassung der Maßnahme, z.T. intensiv und auch belastend	Rückenschulen bei Personen mit chronifizierenden Rückenschmerzen, Bewegungs-, Ernährungs- und Stressmanagement bei Myokardinfarkt-Ersterkrankungen	Geringe oder keine Interferenz mit Nichtbetroffenen, höhere Kosten für den Betroffenen, i.d.R. höhere Akzeptanz, da bereits im medizinischen System verankert; Problem: Etikettierung als Risikoträger

Zunahme des Krankheitsrisikos
Zunahme der Selektion
Zunahme der Intensität und Komplexität einer Maßnahme

Abb. 1: Charakteristika der Bevölkerungs- und (Hoch-)Risikogruppenstrategie (aus: Walter, Robra und Schwartz 2012, 209)

Kritik und Weiterentwicklung: In angloamerikanischen Diskursen zur Public Health und Public Health-Ethik hat die von Frohlich und Potvin formulierte Kritik „prevention paradox or inequality paradox?“ am Ende des letzten Jahrzehnts Aufsehen erregt. Gemeint ist, dass Bevölkerungsstrategien im Rose’schen Sinne (unbeabsichtigt) negativ wirken können, da sie soziale und gesundheitliche Ungleichheiten verstärken und verschlimmern

können. Durch die unausgewogene Nutzenbilanz (weil in der Regel sozial besser positionierte und höher gebildete Menschen mit niedrigem Ausgangsrisiko disproportional stärker von BS-Maßnahmen profitieren) werden soziale Differenzen in den Gesundheitschancen eher noch verstärkt. Die BS beachte nach Frohlich und Potvin „fundamentale Ursachen", d.h. **soziale Determinanten von Gesundheit**, Risiko und Krankheit nur unzureichend. Daher sei jede weitere Anwendung der rein epidemiologisch begründeten BS äußerst kritisch zu prüfen. Im Gegensatz dazu müsse der Fokus auf die Bedürfnisse von vulnerablen (Teil-)Populationen verstärkt werden: konsequente Vorbeugung sollte primär bei sozialen Determinanten ansetzen. Belege hierfür ergeben sich auch durch die Ergebnisse aktueller Cochrane-Reviews, die den großen „multiple risk factor interventions for CHD" wie den „healthy heart programmes" eine bevölkerungsweit unbefriedigende Effektivität sowie stark begrenzte Nachhaltigkeit in der Verhaltensänderung attestieren.

Das „inequality paradox" wird in Deutschland auch unter den Begrifflichkeiten Präventionsdilemma bzw. Soziales Dilemma der Gesundheitsförderung diskutiert: derzeit verstärkt im Kontext der **Frühen Hilfen**. Das „Präventionsdilemma" wird ausführlich im Leitbegriff **Prävention und Krankheitsprävention** beschrieben und kritisch gewichtet.

In anderem disziplinären Zusammenhang wird mittlerweile auch die komplementäre HRS auf den Prüfstand gestellt. Burton und KollegInnen leiten aus dem Fortschreiten der individualisierten und **prädiktiven Medizin** und den damit einhergehenden neuen Risikozuschreibungen ab, es sei „time to revisit Geoffrey Rose". Im genomischen Zeitalter sei das ursprüngliche duale Rose-Modell überholt, hingegen eine Neu-Stratifizierung von Präventionsansätzen notwendig. Vergleichbare Diskussionen zu BS und HRS im Kontext des Präventionsparadoxons stehen im deutschsprachigen Raum noch aus.

Literatur:

Burton H et al, Time to revisit Geoffrey Rose - Strategies for prevention in the genomic era?, in: Italian Journal of Public Health, 4, 2012 (9), e8665-3, 1-9;

Ebrahim S et al, Multiple risk factor interventions for primary prevention of coronary heart disease (Review), in: Cochrane Database of Systematic Reviews 2011, 1

Frohlich KL/Potvin L, The Inequality Paradox: The Population Approach and Vulnerable Populations, in: American Journal of Public Health, 2008 (98), 216-221

Geene R, Gesundheitsförderung und Frühe Hilfen. Köln 2017 (NZFH-Impulspapier) - online: www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/ Publikation_NZFH_Impulspapier_Gesundheitsfoerderung_und_Fruehe_Hilfen.pdf;

Neumann A/Renner I, Barrieren für die Inanspruchnahme Früher Hilfen. In: Bundesgesundheitsblatt 2016 (59), 10, 1281-1291 - online: DOI 10.1007/s00103-016-2424-6;

Rose G, Strategy of prevention: lessons from cardiovascular disease, in: British Medical Journal 1981 (282), 1847-1851;

Rose G, Sick Individuals and Sick Populations, in: International Journal of Epidemiology, 1985 (14), 32-38 (Wiederabdruck in: Journal of Epidemiology, 2001 [30], 427-432);

Rosenbrock R/Michel C, Primäre Prävention - Bausteine für eine systematische Gesundheitssicherung, Berlin 2007;

Schröder-Bäck P, Ethische Prinzipien für die Public-Health-Praxis - Grundlagen und Anwendungen, Frankfurt/M. 2014

Walter U/Robra B-P/Schwartz FW, Prävention, in: Schwartz FW et al (Hg.), Public Health - Gesundheit und Gesundheitswesen, München 2012, 196-223

World Health Organization (Ed.), World Health Report 2002 - Reducing Risks, Promoting Healthy Life, Geneva 2002

Verweise:

Determinanten von Gesundheit, Frühe Hilfen, Prädiktive Medizin und individualisierte Medizin, Prävention und Krankheitsprävention, Risikofaktoren und Risikofaktorenmodell

Psychosomatische Perspektive

Peter Franzkowiak

(letzte Aktualisierung am 13.06.2018)

Psychosomatische Erklärungsmodelle haben ihren Ursprung in der Psychoanalyse und Tiefenpsychologie, der Medizinischen Anthropologie und der Psychophysiologie. Die Psychosomatik als Krankheits- und Behandlungslehre erforscht den Zusammenhang von psychischen Prozessen und solchen Erkrankungen, bei denen keine klare organische Grundlage ermittelt werden kann (z.B. über serologische, zytologische, histologische oder radiologische Nachweise im Sinne des **Biomedizinischen Modells**) oder der Organbefund das Gesamtbild der Krankheit nicht hinlänglich erklärt. Sie nutzt ihre Erkenntnisse als Ansatzpunkt für eine umfassende Diagnostik und Behandlung der Krankheiten und Leidenszustände. Darüber hinausgehend wird auch ein Selbstverständnis als „Gesamtkonzept der Heilkunde“ (Uexküll und Wesiack; Köhle et al.) formuliert.

Die Psychosomatik will als „Integrierte Medizin“ in alle Gebiete der Medizin hineinwirken. Sie

- bezieht sich dabei auf systemtheoretische und konstruktivistisch-zeichentheoretische Grundlagen;
- hat ein umfassendes, bio-psycho-soziales Erkenntnis- und Behandlungsmodell entwickelt.

Definitionen: Es gibt kaum eine organische Gesundheitsstörung, die nicht auch psychische Anteile hat - in der Genese, in ihrer Verarbeitung, im sozialen Umfeld der betroffenen Menschen. Psychische und soziale Faktoren können dabei unterschiedlich wirken: kausal, mitauslösend, verlaufsstabilisierend, als Folgeerscheinungen und in Interaktion aller Wirkmöglichkeiten.

Psychosomatische Medizin „definiert eine ärztliche Perspektive, die systematisch biologische, psychologische und soziale Einflussfaktoren auf die Entstehung, die Auslösung und den Verlauf von körperlichen Erkrankungen und funktionellen Körpersyndromen untersucht und behandelt. (...) Zentrale Aufgabenfelder bestehen in der Diagnostik und Therapie von häufig komorbiden somatischen Krankheiten und psychischen Störungen, von Somatisierungssyndromen, in einer speziellen therapeutische Begleitung bei bedrohter Krankheitsverarbeitung und schwierigem Krankheitsverhalten sowie in einer professionellen Unterstützung bei signifikanten psychologischen und psychosozialen Belastungen infolge langwieriger Krankheitsprozesse. Das therapeutische Selbstverständnis der Psy-

chosomatischen Medizin betont einen patienten-zentrierten Ansatz. Ihre therapeutischen Verfahren sind einem biopsychosozialen Krankheitsverständnis folgend multimodal angelegt“ (Kapfhammer 2010b, 216).

Aus internationaler Perspektive definieren Fava et al (2017) zwar fachlich vergleichbar, stellen aber die die spezifische Wissenschaftlichkeit in Einheit mit den multidisziplinären und integrativen Aspekten der psychosomatischen Versorgung stärker in den Vordergrund: „„Psychosomatische Medizin ist ein breites interdisziplinäres Feld, das sich mit der Interaktion von biologischen, psychologischen und sozialen Faktoren bei der Regulierung der Balance zwischen Gesundheit und Krankheit beschäftigt. Sie stellt einen konzeptionellen Rahmen dar für:

- wissenschaftliche Untersuchungen zur Rolle der psychosozialen Faktoren, die individuelle Verwundbarkeiten/Vulnerabilitäten, den Verlauf und die Ergebnis jeder Art von Krankheit berühren;
- die personalisierte und ganzheitliche Herangehensweise an die/den Patientin/en mit Ergänzung und Erweiterung der medizinischen Standard-Untersuchungen um das psychosoziale Assessment;
- die Integration psychologischer und psychiatrischer Therapien in die Prävention, Behandlung und Rehabilitation von medizinischer Krankheit und
- eine multidisziplinäre Organisation der Gesundheitsversorgung, welche die künstlichen Grenzen der traditionellen medizinischen Fachgebiete überwindet.“ (2017, 13/14 - eigene Übersetzung)

Die Muster-Weiterbildungsordnung der deutschen Bundesärztekammer legt Psychosomatische Medizin und Psychotherapie als das Fachgebiet zur Erkennung, psychotherapeutischen Behandlung, Prävention und Rehabilitation von Krankheiten und Leidenszuständen fest, an deren Verursachung psychosoziale und psychosomatische Faktoren einschließlich dadurch bedingter körperlich-seelischer Wechselwirkungen maßgeblich beteiligt sind.

Psychosomatische Störungen im engeren Sinne sind alle Organschädigungen oder Störungen körperlicher Funktionsabläufe, deren Entstehung oder Verlauf (Auslösung, Aufrechterhaltung, Verschlechterung) so stark durch psychische bzw. psychosoziale Faktoren beeinflusst sind, dass organmedizinische Ursachen allein das Geschehen nicht ausreichend erklären können. Psychosomatische Störungen im weiteren Sinne sind psychische Störungen, bei denen solche Körperbeschwerden als primäre Symptomatik das Krankheitsbild bestimmen, für die es keine hinreichende somatische Erklärung gibt. Die Störungen müssen persistierend sein und zu einer relevanten Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit im Alltag führen. Hierzu zählt insbesondere der somatoforme Formenkreis (was in anderen medizinischen Fachgebieten auch als „funktionelle“ oder „nicht-spezifische“ Körperbeschwerden und Syndrome, im englischen Sprachgebrauch zusammenfassend als „medical-

ly unexplained physical symptoms [MUPS]“ bezeichnet wird; s. im Einzelnen dazu die S-3-Leitlinie der AWMF). In Abb. 1 werden exemplarische Krankheitsbilder aus der Praxis der Psychosomatischen Medizin systematisiert.

Bereiche psychosomatischer Störungen und Krankheiten	Krankheitsbilder (ausgewählte Beispiele)
Sichtbare organische oder fassbare funktionelle Veränderungen mit Symptomcharakter, bei deren Entstehung und Behandlung psychische Prozesse in der Person als (mit-)entscheidend angenommen werden	Z.B. akute und chronifizierte Magen-/Darmgeschwüre und -entzündungen (Colitis ulcerosa, Morbus Crohn), Hautekzeme (Dermatitis), rheumatoide Arthritis, essenzieller Bluthochdruck, Asthma bronchiale, Essstörungen
Körperliche Beschwerdebilder ohne nachweisbaren krankhaften Organbefund (vegetative Reaktionen, funktionelle Störungen, somatoforme Störungen)	Z.B. Herz(angst)neurosen, hypochondrische Störungen, Hyperventilationssyndrom, Reizdarmsyndrom, Cluster- und Spannungskopfschmerz, Fibromyalgie-Syndrom, sexuelle Funktionsstörungen
Seelische Reaktionsbildungen auf körperliche Leiden und traumatische Lebenserfahrungen	Angst- und Panikstörungen, depressive Störungen nach kritischen Lebensereignissen, Gewalt- oder Verlusterfahrungen, nach Unfällen, Operationen oder bei chronischen Krankheitszuständen (Angst und Depression nach Krebserkrankungen), akute Belastungsreaktionen

Abb. 1: Psychosomatische Störungen und exemplarische Krankheitsbilder (in Anlehnung an Bräutigam et al. 1997)

Die *Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* hat das geschlossene naturwissenschaftlich-medizinische Konzept des menschlichen Organismus um das Seelische erweitert. Erleben, Verarbeiten und Verhalten der einzelnen Menschen werden systematisch in die Ätiologie und die Behandlung von körperlichen Beschwerden und Krankheiten einbezogen. Psychosomatik in der Medizin ist ein eigenständiger diagnostischer, therapeutischer, rehabilitativer sowie präventiver Ansatz. Er dient zum Verständnis und zur Behandlung von „leib-seelischen“ Zusammenhängen im Krankheitsgeschehen. Für die Beobachtung, Diagnose und Behandlung von Krankheiten und Leidenszuständen werden psychologische und physiologische Verfahren verwandt.

In Überschreitung und Kritik des somatisch-naturwissenschaftlichen Kausalpfads der Biomedizin (Egloff et al 2018: „obsoletes dualistisches Krankheitsverständnis“) wird für Entstehung und den Verlauf einer Krankheit die Wirkung multifaktorieller, nicht-mechanistischer Variablen unterstellt. Als entscheidend wird der individuelle und lebensgeschichtliche Rahmen von nicht produktiv bewältigten, oftmals auch verdrängten Belas-

tungen und Konflikten angesehen. Aus solchen Konstellationen können in psychosomatischer Sicht seelische Dauerspannungen erwachsen, die mit somatischen Begleiterscheinungen bis hin zu irreversiblen Organschädigungen einhergehen. Wichtig sind auch die persönlichen Bedeutungszuschreibungen sowie die geglückten oder fehllaufenden Bewältigungsversuche (**Stress und Stressbewältigung**). Aus der Kombination von Dauerspannung und missglückter Belastungsbewältigung können im weiteren Verlauf selbstschädigende „Teufelskreise“ entstehen. Bei ihnen kann der betroffene Mensch nicht mehr zwischen Ursachen und Wirkungen unterscheiden.

Modellbildungen I: Psychosomatische Erklärungen gehen von einem Kontinuitätsmodell von Gesundheit und Krankheit aus (**Gesundheits-Krankheits-Kontinuum**). Krankheiten werden nicht als isolierte Organstörungen oder lokalisierbare „Betriebsschäden“ im menschlichen Körper angesehen. Sie sind vielmehr Ausdruck der dauerhaften Überbeanspruchung, zuweilen auch des Versagens von körperlichen, seelischen und sozialen Bewältigungsfähigkeiten und Anpassungsreserven eines Menschen. Überforderungen, die auf der psychischen und/oder sozialen Ebene angesiedelt sind, können sich körperlich niederschlagen - und umgekehrt. Damit wird auch eine Revision des naturalistisch-biomedizinischen Begriffs der Kausalität im Krankheitsgeschehen vorgenommen.

Zwar würdigt die Psychosomatische Medizin durchaus die Erfolge des klassisch-biomedizinischen Modells - hier „biomechanisch“ genannt im Gegensatz zur eigenen „biosemiotischen“ Perspektive. Der Biomedizin gelingen durchaus überzeugende mechanische Interpretationen (und „Reparaturen“), allerdings scheinen nie vollständig die Bedeutungen auf, welche die jeweiligen Phänomene für das beobachtete lebende System haben. Die klassische deutsche Psychosomatik Uexküllscher Prägung konstruiert daraus eine unauflösliche Wechselwirkung: das biomechanische Modell sei ohne das biosemiotische „blind“, das biosemiotische Modell allerdings auch ohne das biomechanische „gelähmt“ (Uexküll und Wesiack).

Häufige Störungsbilder: Erkrankungsrisiken und manifeste Krankheiten sind ein mehrfach bedingtes, systemisches Geschehen. Bei jeder Krankheit und bei jedem Patienten und jeder Patientin haben somatische, psychische und soziale Faktoren zwar ein unterschiedliches Gewicht, sie stehen gleichwohl in untrennbarer Wechselwirkung. In einer psychosomatischen Störung können sich neben den Kernprozessen der Überlastung und Überforderung zusätzlich noch „aufgesetzte“ misslingende, destruktive Bewältigungsformen manifestieren. Weiterhin werden hohe Verausgabungsbereitschaften und Kontroll- bzw. Gleichgewichtsverluste sichtbar.

Abb. 2 versammelt häufige somatoforme bzw. vegetative Störungen, die einen psychosomatischen Krankheitswert haben oder mit erhöhter Wahrscheinlichkeit einer nachfolgenden psychosomatischen Erkrankung einhergehen. Im Klassifikationssystem ICD-10 (aktu-

ellste Version: GM-2018) haben somatoforme Störungen ein eigenes Kapitel (F.45) und werden dort unterteilt in: Somatisierungsstörung (45.0), Undifferenzierte Somatisierungsstörung (45.1), Hypochondrische Störung (45.2), Somatoforme autonome Funktionsstörung (45.3), Anhaltende Schmerzstörung (45.4), Sonstige sowie nicht näher bezeichnete Somatisierungsstörungen (45.8 und 45.9).

Kreislauf	» Regulationsstörungen mit zu niedrigem Blutdruck, Schwindel beim Aufstehen und Neigung zum „Umkippen“ (hypotone oder orthostatische Dysregulation, synkopale Anfälle), Schwindel, » vegetative Herzrhythmusstörungen wie Herzstolpern und -jagen (Extrasystolen, Tachykardie), » Schmerzen und Engegefühl in der Brust
Atmung	» Kloßgefühl im Hals, » Atembeklemmung, » zu schnelle und starke Atmung, gelegentlich mit Muskelkrämpfen (Hyperventilationstetanie)
Verdauung	» Übelkeit und Erbrechen, » Magen- oder Bauchschmerzen, » Sodbrennen, » Völlegefühl (Meteorismus), » Durchfall (Diarrhö), » Verstopfung (Obstipation),
Harn- und Geschlechtsorgane	» Nächtliches Einnässen (Enuresis nocturna), » Menstruationsbeschwerden (Dysmenorrhoe), » sexuelle Funktionsstörungen, » Blasenschmerzen, ständiger Harndrang, » Prostatabeschwerden, Hodenschmerzen

Haut	» Juckreiz (psychogener Pruritus), » Kribbelempfindungen
Bewegungsapparat	» Bewegungsschmerz und Verspannung der Muskulatur im Schulter-, Arm-, Wirbelsäulenbereich oder in den Beinen
Chronische Schmerzen	» Migräne, Spannungskopfschmerzen

Abb. 2: Häufige somatoforme bzw. vegetative Störungen (nach: Lieb & von Pein)

Bei den verstärkt auftretenden Störungen des Essverhaltens (v.a. psychogene Adipositas, Anorexia nervosa, Bulimia nervosa als Versuche der Manipulation von Nahrungsaufnahme und Körpergewicht) spielen psychosomatische Faktoren eine wesentliche Rolle. Auch die massenhaft verbreiteten chronisch-degenerativen Zivilisationskrankheiten wie Arteriosklerose und Herzinfarkt, Zentralnervensystem-Gefäßstörungen wie der Schlaganfall, bösartige Neubildungen (Krebs), Rheuma, Diabetes mellitus und andere Stoffwechselstörungen sowie chronische Rückenschmerzen werden zunehmend unter psychosomatischen Gesichtspunkten betrachtet und behandelt.

In der kardiologischen Rehabilitation wird mittlerweile gefordert, dass alle Interventionen und edukativen Angebote auf einer „psychosomatischen Gesamtdiagnose“ (Herrmann-Lingen) beruhen sollten. Diese integriert alle somatischen und psychischen Befunde und macht sie zum Gegenstand eines multimodalen, patientenzentrierten Gesamtbehandlungsplans, der sowohl der kardialen Organerkrankung als auch den psychosozialen Kontextfaktoren und Folgeproblemen Rechnung trägt. Entsprechend soll die Behandlung in chronischen Phasen in Einheit von ambulanter haus- und fachärztlicher Versorgung mit psychosomatischer Grundversorgung (Konsiliar- und Liaisondienste) durchgeführt werden.

Die WHO verzichtet in ihrer Internationalen Klassifikation psychischer Störungen auf die Verwendung des Begriffs „psychosomatisch“ (ICD-10-GM-2018; gleichermaßen in der zukünftigen ICD-11 ab 2018/19). Seit 1993 werden alle zuvor als psychosomatisch bezeichneten Krankheiten unter neuen Kriterien ätiologisch und deskriptiv gegliedert. Neben den o.g. Somatisierungsstörungen (F45) fasst die ICD-10 einen Großteil dieser Störungen im Abschnitt F5 unter „Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen oder Faktoren“ zusammen. Hierzu zählen Essstörungen (F50), Nichtorganische Schlafstörungen (F51), Sexuelle Funktionsstörungen (F52), nicht andernorts klassifizierbare psychische und Verhaltensstörungen im Wochenbett (F53), psychische Faktoren und Verhaltensfaktoren bei andernorts klassifizierten Krankheiten (F54), schädlicher Gebrauch von nichtabhängigkeitserzeugenden Substanzen (F55) sowie nicht näher bezeichnete Verhaltensauffälligkei-

ten bei körperlichen Störungen und Faktoren (F59). Die Verwendung des Terminus „psychosomatisch“ könnte nach Auffassung der WHO implizieren, dass psychologische Faktoren beim Auftreten, im Verlauf und in der Prognose anderer Krankheiten, die nicht psychosomatisch genannt werden, keine Rolle spielten. Dies wird als Fehlinterpretation angesehen, weshalb der Begriff 1993 beim Übergang von ICD-9 zu ICD-10 aus dem Klassifikationssystem herausgenommen wurde.

Modellbildungen II / Theoretische Perspektiven: Neben die tiefenpsychologisch und psychodynamisch geprägten Erklärungs- und Therapiemodelle tritt in den letzten Jahrzehnten ein *verhaltenswissenschaftliches Verständnis* von Psychosomatik. Noch im Einklang mit der analytischen Tradition werden psychosomatische Störungen zwar ebenfalls als problematisches Erleben und Verhalten angesehen oder gelten als „Konflikt-Scheinlösungen“ mit Krankheitswert. Allerdings werden keine primär psychodynamischen Erklärungen herangezogen.

Verhaltenstheoretisch, -medizinisch und -therapeutisch bedeutsam sind die einer fehllaufenden **Stressreaktion** zugrunde liegenden Emotionen und Kognitionen, die physiologischen Reaktionsmuster und verstärkenden Umweltfaktoren. Aus verhaltenswissenschaftlicher Sicht entsteht eine psychosomatische Störung oder Krankheit insbesondere dann, wenn Menschen v.a. unter chronischer Belastung das natürliche Zusammenspiel von Körper und Seele nicht mehr verstehen. Sie erfahren beide Bereiche als voneinander getrennt, versuchen eine einseitige gesundheitsschädliche „Selbstbehandlung“, z. B. in Form von Risikoverhalten, oder geraten in zwanghafte, sich einschleifende „Teufelskreise“ der Körperbeobachtung, ständiger Gesundheitssorgen, Medikamenteneinnahme u.a. Dies führt aber zu neuen krankheitsbezogenen Problemen. (Die Prozesse, die zum Erwerb und einer Verfestigung der hier wirksamen Verhaltensmuster führen, werden unter dem Leitbegriff **Lern- und verhaltenspsychologische Perspektive** vorgestellt.)

In Gegenposition zur psychoanalytischen Tradition steht die verhaltenswissenschaftliche Auffassung, wonach der Begriff Psychosomatik immer auch ein „gesundes Phänomen“ beschreibe. Damit wird der Tatsache Rechnung getragen, dass Körper und Seele sich in jedem Moment des menschlichen Wahrnehmens, Erlebens, Verarbeitens und Handelns wechselseitig beeinflussen: „man kann nicht nicht-psychosomatisch reagieren.“

Eine einheitliche *Theorie der Psychosomatik* fehlt noch. Die Definitionen verschiedener Richtungen und Schulen (Anthropologische Medizin, Psychoanalyse, Psychophysiologie, Lern- und Entwicklungspsychologie, Bindungstheorie, Systemtheorie, Verhaltensmedizin, Neurobiologie und Neuropsychologie u.a.) prägen die Auffassungen über Krankheitsbilder und Behandlungskonzepte - häufig einander widersprechend oder jeweils etwas anderes bezeichnend. Generell und schulenübergreifend nicht zulässig ist eine oft postulierte Scheinkausalität zwischen seelischen Konflikten und nachfolgenden körperlichem Leiden

(„Spezifitätsmodelle“, wie etwa im problematischen Konstrukt einer sogenannten „Krebspersönlichkeit“), welche die ursprünglich kritisierte schulmedizinische Einseitigkeit und Verkürzung letztlich nur spiegelt. Solche möglichen Kausalitäten werden retrospektiv konstruiert und sind prognostisch und epidemiologisch untauglich. Ein vielfacher Bezugspunkt ist das Konstrukt eines „biopsychosozialen Modells“ von Gesundheit und Krankheit, das gemeinhin auf die bahnbrechende Arbeit von Engel (1977) zurückgeführt wird.

Neuere Entwicklungen, Verbindungen zu Neurosciences: Die Wechselwirkung zwischen Leib und Seele und zwischen Person und Umwelt verläuft vor der manifesten Erkrankung in etlichen Stadien, während derer jedes Teilsystem nicht nur eindimensional reagiert, sondern mehrere Optionen offen hat. Neuere, mit integrativem Anspruch auftretende Konzepte der Psychosomatik in der Medizin verbinden ihre Konzepte mit der Psychoneuroimmunologie, Psycho(patho)physiologie und -endokrinologie, Neurobiologie sowie der (Epi-)Genetik und sind erheblich von einer **systemischen Perspektive** geprägt.

Fünf führende schweizerische Psychosomatiker haben 2018 - im Kontext der Entwicklung und Veröffentlichung von fachlich verpflichtenden „Begutachtungsleitlinien Psychosomatische Medizin“ - eine erneuerte Definition vorgestellt, die das integrative Krankheitsverständnis ausdrücklich mit neurowissenschaftlichen Grundlagen und Erkenntnissen rückkoppelt: „Auf Basis neurowissenschaftlicher und psychobiologischer Erkenntnisse hat sich ein integratives Krankheitsverständnis von psychosomatischen Erkrankungen in der Medizin entwickelt. Die Pathophysiologie dieser Erkrankungen ist komplex und vielschichtig. Nach heutigem Wissen handelt es sich um *körperliche Symptome*, die sich im Rahmen von übergeordneten Perzeptions-, Regulations- und Prägungsprozessen des Zentralnervensystems erklären lassen. Das Störungsniveau liegt dabei wesentlich in der Interaktion des Zentralnervensystems mit peripheren Organen. Diese Interaktion unterliegt einem neuroendokrinen, immunologischen und autonomen Wechselspiel, welches massgeblich durch das psychische Erleben beeinflusst wird“ (Egloff et al. 2018, 427).

Für die Diagnosenerhebung und Gutachtenstellung ergibt sich daraus: „Geprüft werden Hinweise veränderter Körperperzeption, vegetativer Dysregulation, neuropsychischer Stresssymptome, psychischer Symptome, veränderter Verarbeitungs- und Verhaltensmuster sowie des biographischen Prägungsprofils. Psychische Komorbiditäten kommen gehäuft bei psychosomatischen Körpersymptomstörungen vor. Diese sind aber weder Krankheitsvoraussetzung noch primäre Entstehungsursache der Körperfunktionsstörungen, sondern oftmals genauso *Folge* derselben anhaltenden psychobiographischen Stressbelastungen wie die Körpersymptomstörung selbst. Die Lebensgeschichte und das Verhalten der Patienten zeigen entsprechend regelhaft Merkmale und Muster einer ungünstigen stressbiographischen Prägung, welche die psychischen und psychosomatischen Beschwerden gleichermassen plausibilisieren“ (ebenda).

Die psychosomatische Perspektive, v.a. ihr bio-psycho-soziales Krankheitsmodell und ihre Kontinuitätskonzepte, haben eine *Brückenfunktion* zwischen klassisch-naturwissenschaftlichen Krankheitsmodellen und integrativen Gesundheits-Krankheits-Modellen wie der **Stress- und Stressbewältigungs-Perspektive** und der **Salutogenese**. Sie begründen die Notwendigkeit von multimodalen, gesundheitsfördernden Maßnahmen zur individuellen **Kompetenzerweiterung** und sozialen **Netzwerkförderung** in Einheit mit der beständigen Erweiterung von Ressourcen, **Resilienz und Schutzfaktoren**. Der „leibseelische Spannungsausgleich" durch Bewegung, Entspannung und eine Vielzahl weiterer spannungsregulierender Methoden hat zentrale Bedeutung für die Prävention der koronaren Herzkrankheit und anderer chronisch-degenerativer Massenerkrankungen: sowohl in Form des individuellen Gesundheitshandelns als auch im Rahmen von professionell angeleiteter Gruppenarbeit (**Patientenberatung**).

Umsetzungen in Prävention, Gesundheitsförderung, Rehabilitation, Recovery: Für die Praxis der Gesundheitsförderung sind psychosomatische Aspekte nicht nur für individuelle und gruppenbezogene Maßnahmen, sondern auch für Interventionen in **Settings** bedeutsam. So findet in der Arbeitswelt ein rasanter Belastungsstrukturwandel statt, der sich u.a. in Prozessen der Technisierung, Beschleunigung und Aufsplitterung von Arbeitsprozessen äußert. Dadurch wachsen die Anforderungen an Selbstregulation, Flexibilität und Mobilität; in zunehmendem Maße droht dauerhafte ungewollte Arbeitsplatzunsicherheit.

Epidemiologisch auffällig ist die - in den jährlichen Gesundheits- und Fehlzeitenreports der gesetzlichen Krankenkassen sowie den Jahresberichten der Deutschen Rentenversicherung dokumentierte - stetige Zunahme und Häufung von Krankheitsausfällen und Frühberentungen wegen psychischer und Verhaltensstörungen (stressbezogene Überlastungsprobleme, depressive Störungen einschließlich Burn-Out-Syndrom, psychosomatische Beschwerdebilder, Suchtprobleme). Dieses Panorama verlangt von der **betrieblichen Gesundheitsförderung** und dem **Gesundheitsschutz** auch eine verstärkt psychosomatische Ausrichtung. Neben den klassischen arbeitsbedingten Gefährdungen und Belastungen werden psychosoziale Belastungen und (Über-)Beanspruchungen, die „vitale Erschöpfung", Stress-(Fehl-)Bewältigungs-Syndrome im Kontext der Arbeitsprozesse zu Anlässen von Interventionen. Diese zielen personal auf Förderung von Bewältigungskompetenzen und Ressourcenstärkung oder unterstützen die Wiedereingliederung nach Behandlungen und Rehabilitation. Strukturelle Interventionen wirken auf die Arbeitsorganisation ein, z.B. durch Abbau von Zeitdruck, Verbesserung von Kommunikation und der Vermeidung von chronischer Über- bzw. Unterforderung.

Auch in der Nachsorge, Rehabilitation und Recovery, zur Erhaltung und Steigerung der funktionalen Gesundheit von chronisch Kranken und Menschen mit Behinderung sind psychosomatische Erklärungen und Praxisanstöße unverzichtbar. Nicht zuletzt unter dem Eindruck der neurowissenschaftlichen Erkenntnisse zu leib-seelischen Zusammenhängen

könnte die konsequente Einführung einer psychosomatischen Perspektive zur längst überfälligen Überwindung des auch noch in Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung herrschenden Dualismus zwischen scheinbar vorwiegend „somatischer“ und scheinbar vorwiegend „mentaler“ Intervention beitragen.

Literatur:

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften AWMF (Hg.), S 3 Leitlinien „Begutachtung psychischer und psychosomatischer Erkrankungen", „Umgang mit Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden“- Langfassungen März/April 2012, online: www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/051-001.html (werden z.Zt. - Stand: Juni 2018 - überprüft);

Bräutigam W et al, Psychosomatische Medizin, Stuttgart 1997;

Bundesärztekammer, Weiterbildungsordnung Gebiet Psychosomatische Medizin und Psychotherapie [hier zit. nach: Weiterbildungsordnung LÄK BW (WBO 2006), Stand: 01.05.2018];

Egloff N et al, Begutachtungsleitlinien Psychosomatische Medizin, in: Schweizerische Ärztezeitung, 13-14, 2018 (99, 425-428;

Engel GL,The need for a new medical model: a challenge for biomedicine, in: Science, 1977 (196), 129-136;

Fava GA/Cosci F/Sonino N, Current psychosomatic practice, in: Psychotherapy and Psychosomatics 1, 2017 (86), 13-30;

Herrmann-Lingen C, Psychosomatik der koronaren Herzkrankheit, in: Psychotherapeut 53, 2008, 143-156;

Herzog W/Kruse J/Wöller W, Psychosomatik, Stuttgart 2016;

Janssen PL/Joraschky P/Tress W (Hg.), Leitfaden Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Köln 2009, 2. überarb. u. erw. Aufl.;

Kapfhammer HP, Psychosomatische Medizin - Einleitung und Übersicht, In: Möller HJ/Laux G/Kapfhammer HP (Hg.), Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, 4. Aufl., Berlin Heidelberg New York 2010a, 1273 - 1296;

Kapfhammer H-P, Psychosomatische Medizin - Geschichte, Definition, Extension, Organisation, in: Psychiatrie und Psychotherapie 2010b (6), 4, 216-229;

Köhle K et al (Hg.), Uexküll - Psychosomatische Medizin: Theoretische Modelle und klinische Praxis, 8. Aufl., Elsevier 2016;

Lieb H/Pein Av, Der kranke Gesunde, Stuttgart 2018, 6. Aufl.;

Rief W/Henningsen P, Psychosomatik und Verhaltensmedizin, Stuttgart 2015;

Uexküll Tv/Wesiack W, Integrierte Medizin als Gesamtkonzept der Heilkunde: ein bio-psycho-soziales Modell, in: Adler RH et al (Hg.), Uexküll, - Psychosomatische Medizin, 7. Aufl., München 2012, 3-40

Internetadressen:

www.dgpm.de (Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e.V. [DGPM])
www.dgppn.de (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde)
www.dimdi.de (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information: ICD-10-GM-2018 und ICD-11)
www.eapm.eu.com (European Association of Psychosomatic Medicine)
www.enpm.eu (European Network on Psychosomatic Medicine)
www.bundesaerztekammer.de

Verweise:

Biomedizinische Perspektive, Gesundheits-Krankheits-Kontinuum, Gesundheitsförderung und Betrieb, Gesundheitsschutz, Lebenskompetenzen und Kompetenzförderung, Lern- und verhaltenspsychologische Perspektive, Patientenberatung / Patientenedukation, Resilienz und Schutzfaktoren, Salutogenetische Perspektive, Settingansatz / Lebensweltansatz, Soziale Netzwerke und Netzwerkförderung, Stress und Stressbewältigung, Systemische Perspektive in der Gesundheitsförderung

Public Health Action Cycle/ Gesundheitspolitischer Aktionszyklus

Rolf Rosenbrock, Susanne Hartung

(letzte Aktualisierung am 06.08.2015)

Der Public Health Action Cycle, im folgenden Text als Gesundheitspolitischer Aktionszyklus bezeichnet, ist die Übertragung und Weiterentwicklung des aus der Politikwissenschaft stammenden Policy Cycle auf gesundheitspolitische Projekte und Prozesse. Der Gesundheitspolitische Aktionszyklus gliedert die Intervention in vier Phasen: 1. die Definition und Bestimmung des zu bearbeitenden Problems (Problembestimmung), 2. die Konzipierung und Festlegung einer zur Problembearbeitung geeignet erscheinenden Strategie bzw. Maßnahme (Strategieformulierung), 3. die Durchführung der definierten Aktionen (Umsetzung) sowie 4. die Abschätzung der erzielten Wirkungen (Bewertung). Wird das Ergebnis der Bewertung mit der ursprünglichen Problembestimmung in Beziehung gesetzt, so kommt es zu einer neuen Problembestimmung. Dann kann der Zyklus von Neuem beginnen und wird zur Spirale. Zu beachten ist allerdings, dass es sich dabei um einen Idealtypus handelt, der in der Realität zumeist weder Interventionen der Gesundheitspolitik noch irgendeiner anderen Politik entspricht.

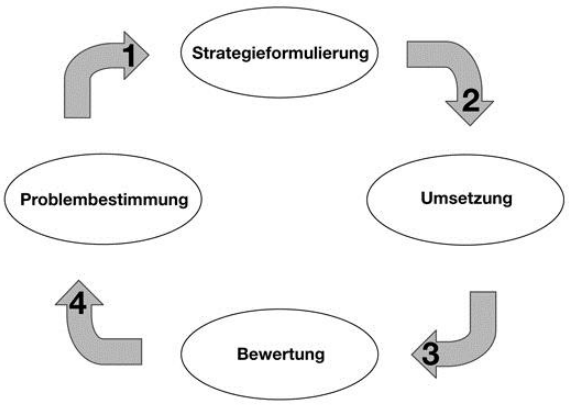


Abb. 1: Gesundheitspolitischer Aktionszyklus (Rosenbrock 1995)

Der Gesundheitspolitische Aktionszyklus ist auf alle Ebenen nichtspontanen Handelns anwendbar – als individuelles Handlungsprogramm, für die Strukturierung einer Maßnahme oder eines Projekts der Gesundheitssicherung sowie für die Durchsetzung von Voraussetzungen gesundheitspolitischer Interventionen, Programme und Strategien auf Mikro-, Me-

so- und Makro-Ebene. Bezogen z.B. auf eine nationale Gesundheitspolitik (Makro-Ebene) provoziert er Antworten auf die Leitfragen:

- Was ist der Problembestand (Gefährdungen und Erkrankungen), der mit Gesundheitspolitik angegangen werden kann und soll?
- Welche Ziele werden formuliert? Mit welchen Akteuren und Instrumenten sollen sie erreicht werden?
- Wie kann die Anwendung der Interventionsinstrumente sichergestellt werden?
- Welche gesundheitlichen und anderen Wirkungen von Gesundheitspolitik lassen sich feststellen?

Der große didaktische Wert dieses im Kern simplen Modells liegt darin, dass es die Vorteile bzw. die Notwendigkeit der Planung und Systematik gesundheitsbezogenen und gesundheitspolitischen Handelns nachdrücklich betont. Zudem können durch Vergleich unterschiedlicher Antworten auf die durch das Modell aufgeworfenen Leitfragen unterschiedliche Muster der Problembearbeitung identifiziert und - z.B. im Hinblick auf Effektivität, Equity (Chancengleichheit) und Effizienz - verglichen, analysiert und bewertet werden (z.B. zwischen Verhaltensprävention und **Settinginterventionen**, zwischen Old Public Health und New **Public Health**, zwischen medizinischen und nichtmedizinischen Interventionen). Damit erfüllt der Gesundheitspolitische Aktionszyklus wichtige erkenntnisleitende Funktionen für Praxis und Forschung.

Die Logik des Gesundheitspolitischen Aktionszyklus findet u.a. Anwendung in **Gesundheitskonferenzen** auf kommunaler oder Landesebene, z.B. in Nordrhein-Westfalen. Der Aktionszyklus stellt den Idealtyp der Intervention dar. Damit verbunden ist unter Umständen – wie bei jedem Idealtypus – das gefährliche Missverständnis, dass das Modell für ein Abbild des empirischen Verlaufs gesundheitsbezogener Interventionen gehalten wird. Dagegen sprechen eine Reihe gewichtiger Gründe: Die in der Gesundheitspolitik oftmals entscheidende Frage bzw. Phase des *agenda setting* (Wie wird aus einem gesundheitlichen Problem ein gesundheitspolitisches Thema?) liegt gewissermaßen vor dem Aktionszyklus und wird im Modell vorausgesetzt. Gegenüber dem verwandten, aus der industriellen Qualitätssicherung stammenden *Deming-Cycle (plan - act - check - do)* vernachlässigt der Gesundheitspolitische Aktionszyklus die häufig wichtige Phase des Probehandelns (z.B. Modellversuch). Zudem entsprechen die Phasen des Gesundheitspolitischen Aktionszyklus nicht unbedingt zeitlich aufeinander folgenden und trennscharfen Phasen des Politikprozesses. Interessen- und Machtkonstellationen im Interventionsfeld beschränken z.B. häufig bereits die Auswahl der zu bearbeitenden Gesundheitsprobleme und beeinflussen auch Ursachenzuschreibungen sowie Dimensionierungen. Dann dreht sich die Richtung der im Modell unterstellten Handlungssequenz in der gesundheitspolitischen Realität gleichsam um. Zudem können Problemdruck und Messprobleme auch die Durchführung von Strate-

gien erzwingen, bevor eine vollständige Bedarfsbestimmung möglich ist. Der Gesundheitspolitische Aktionszyklus suggeriert zudem, dass die Qualität der Formulierung und Implementation von Maßnahmen und Strategien primär das Ergebnis intellektueller Anstrengungen bzw. das Produkt eines einzelnen - mächtigen und dem Gemeinwohl verpflichteten - Akteurs ist. Tatsächlich sind häufig alle vier Phasen des Prozesses - ebenso wie der Übergang zwischen ihnen - Felder (mikro-, meso- und makro-)politischer Auseinandersetzungen, bei denen die (individuellen bzw. professionspolitischen bzw. gewinnorientierten) Akteure nicht primär bzw. nicht nur der Sachlogik, sondern auch der Verfolgung eigener Interessen verpflichtet sind. Schließlich legt der Gesundheitspolitische Aktionszyklus die technokratische Vorstellung nahe, als seien gesellschaftliche Prozesse und systemische Interventionen bis ins Detail steuer- und vorhersehbar.

Auch die **Qualitätssicherung und -entwicklung** orientiert sich am Gesundheitspolitischen Aktionszyklus.

Literatur:

Jann W/Wegrich J, Phasenmodelle und Politikprozesse: Der Policy Cycle, in: Schubert K/Bandelow NC, Lehrbuch der Politikfeldanalyse, München, Wien 2003, S. 71-104;

Kolip P/Müller VE (Hg.), Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention, Bern 2009

National Academy of Science/Institute of Medicine, The Future of Public Health, Washington DC 1988;

Rosenbrock R, Public Health als Soziale Innovation, Das Gesundheitswesen, Bd. 57, 3 (1995), S. 140-144;

Rosenbrock R/Gerlinger T, Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung, 3. vollständig überarbeitete Aufl., Bern 2014;

Internetadressen:

www.lzg.nrw.de/service/download/Aktuell/index.html (Gesundheitskonferenzenzen)
www.partizipative-qualitaetsentwicklung.de (Partizipative Qualitätsentwicklung)

Verweise:

Gesundheitskonferenzen

Qualitätssicherung, Qualitätsentwicklung, Qualitätsmanagement

Petra Kolip

(letzte Aktualisierung am 27.02.2017)

Die Begriffe Qualitätssicherung, Qualitätsentwicklung, Qualitätsmanagement und der allen gemeinsame Begriffsteil Qualität lassen sich kontextübergreifend folgendermaßen charakterisieren:

Qualität bedeutet die Merkmalausprägungen bzw. die Eigenschaften eines Produkts, eines Prozesses, einer Dienstleistung oder einer Einheit (z.B. Einrichtung) bezüglich ihrer Eignung, festgelegte und vorausgesetzte Erfordernisse (Anforderungen, Erwartungen) zu erfüllen.

Qualitätssicherung bedeutet die Sicherstellung eines angestrebten und durch den Einsatz geeigneter Mittel herstellbaren Qualitätsniveaus von Produkten, Prozessen oder Dienstleistungen.
Qualitätsentwicklung bedeutet die Förderung von strukturellen Bedingungen, Prozessen und Konzeptionen, die zur Entwicklung von Qualität notwendig sind. Qualitätsentwicklung impliziert also eine gezielte, schrittweise Entwicklung zu *mehr* Qualität (kontinuierliche Qualitäts*verbesserung)*.

Qualitätsmanagement umfasst die Gesamtheit aller qualitätsbezogenen Aktivitäten einer Organisation und damit auch einzelne Aktivitäten der Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung. Qualitätsmanagement beinhaltet a) Qualitätspolitik, das Setzen von Zielen, b) das Schaffen struktureller Voraussetzungen zum Erreichen der Ziele, c) zielorientierte Prozesssteuerung, d) die Prüfung des Zielerreichungsgrades, also Qualitätssicherung, und e) datengestützte Informationen über Schwachstellen und Entwicklungspotenziale an die Prozess- und Produktverantwortlichen als Grundlage von Qualitätsentwicklung. Ein umfassendes Qualitätsmanagement erfordert eine institutionelle Verankerung (Qualitätsmanagementsystem) und die Bereitstellung hinreichender Mittel, um diesen Gesamtprozess kontinuierlich durchzuführen.

Qualitätssicherung, Qualitätsentwicklung und Qualitätsmanagement sind im Kontext industrieller Produktion entstanden. Ihr Ziel ist es vor allem, technisch erforderliche (Min-

dest-)Anforderungen von Produkten sicherzustellen (zu garantieren) bzw. sich durch ständig verbesserte Produkteigenschaften Vorteile im Wettbewerb gegenüber Konkurrenten zu verschaffen.

Qualität in der Prävention und Gesundheitsförderung

Qualitätsziele in der Gesundheitsförderung und Prävention sind die Steigerung der gesundheitsförderlichen Wirkungen von Interventionsmaßnahmen und - als Folge - des gesundheitsbezogenen Nutzens (Effektivität) für die jeweiligen Zielgruppen bei Vermeidung unnötiger Kosten (Effizienz).

Hilfreich ist die Differenzierung von vier Qualitätsdimensionen. Während die Planungsqualität (auch Assessment- oder Konzeptqualität genannt) danach fragt, ob Bedarf und Bedürfnisse ermittelt, wissenschaftliche Grundlagen aufbereitet, Vorerfahrungen aus anderen Projekten einbezogen und Ziele wie Zielgruppen präzise definiert wurden, legt die Strukturqualität das Augenmerk auf die organisatorischen und institutionellen Voraussetzungen - je komplexer das Setting und je vielfältiger die Gruppe der Beteiligten, desto wichtiger ist dieser Aspekt. Prozessqualität bezieht sich auf die Durchführung und Ergebnisqualität bezieht sich auf die Wirkung der Maßnahme.

Ein Rahmenmodell zur Abbildung der kontinuierlichen Verbesserung von Interventionsqualität im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention ist die Spirale der Qualitätsverbesserung (s. Abb. 1), die auf dem Public Health Action Cycle aufbaut.

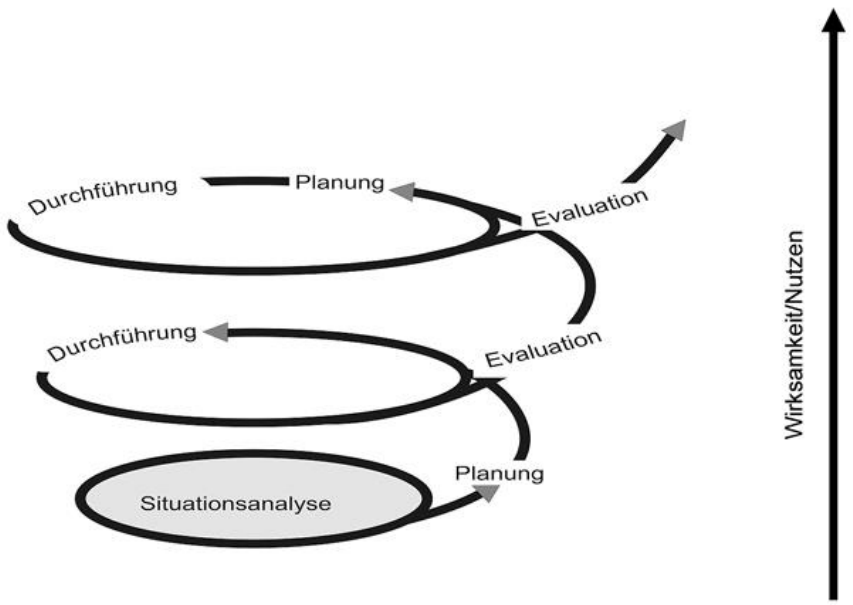


Abb. 1: Spirale der Qualitätsverbesserung

Sie ist als Lernzyklus zu verstehen. Beginnend mit einer Situationsanalyse, also der Einschätzung der epidemiologischen, medizinischen und sozialen Aspekte eines Gesundheits-

problems, folgt die Diskussion vorhandener und ggf. die Entwicklung neuer Strategien und Maßnahmen der Problemlösung oder -verminderung und die Entscheidung für ein geeignetes Vorgehen in der Planungsphase. Daran schließt die Durchführung der Intervention an. Die Messung und Bewertung von Ergebnissen der Maßnahmen ermöglicht eine Entscheidung über eine ggf. notwendige Anpassung der Strategie bzw. der Maßnahmen, sodass der Zyklus auf einem gesteigerten Qualitätsniveau mit höherem Wirkungsgrad von neuem beginnt.

In der Gesundheitsförderung und Prävention wurde in den letzten Jahren eine Fülle von *Instrumenten und Verfahren* entwickelt, die Einrichtungen und Organisationen bei Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung unterstützen können. Diese analysieren und bewerten die Leistungsfähigkeit der gesundheitsbezogenen Interventionsaktivitäten (Projekte, Programme, Kampagnen etc.) und geben Hinweise, wie sie verbessert werden können. Sie variieren in ihrem Anspruch und ihrer Reichweite, beziehen sich z.B. auf einzelne Handlungsphasen des Interventionszyklus (wie die Planung und/oder Evaluation) oder zielen darauf ab, den gesamten Prozess zu begleiten und dessen Wirksamkeit zu optimieren.

Darüber hinaus entstanden settingspezifische Verfahren, die die Integration von Gesundheitsförderung in das Handeln von Institutionen (Kindertagesstätten, Schulen, Betriebe, Sportvereine etc.), Stadtteilen oder ganzer Gemeinden anstreben, den Grad und die Güte der Umsetzung prüfen, bewerten und bescheinigen.

Mittlerweile liegen auch einige Überblicksarbeiten und Internetplattformen vor, die die vorhandenen Instrumente und Verfahren gebündelt präsentieren, um Praktikern und Praktikerinnen zu ermöglichen, die für ihre Interessen passenden Unterstützungsangebote zu identifizieren. Im Anhang werden die wichtigsten Übersichten präsentiert.

Anforderungen an Instrumente und Verfahren der Qualitätssicherung/Qualitätsentwicklung. Das Thema Qualität ist in der Gesundheitsförderung und Prävention präsent und hat mit dem Präventionsgesetz neue Aufmerksamkeit erhalten. Es gibt eine Fülle von Instrumenten und Verfahren mit einer Vielzahl bereichsspezifischer Ausdifferenzierungen und Mischformen. Da die Anwendung oft erhebliche Ressourcen erfordert, die im Verhältnis zum entstehenden Nutzen abzuwägen sind, entsteht für potenzielle Anwender ein erheblicher Informationsbedarf: Welche Verfahren wurden von wem, für welche Zwecke (Ziele) konzipiert? Welche wissenschaftliche Grundlage haben sie, und welche Evidenz liegt vor, dass sie konzeptionell in der Lage sind, Stärken und Schwächen präventiver Angebote zu identifizieren und auf dieser Grundlage Empfehlungen für die Verbesserung ihrer Wirksamkeit zu geben? Wie werden sie eingesetzt, seit wann und wie oft? Gibt es Belege, dass ihre Anwendung tatsächlich zur Steigerung der Leistungsfähigkeit von Gesundheitsförde-

rung und Prävention führt? Wie fließen die Kenntnisse über Stärken und Schwächen in die Weiterentwicklung der Verfahren ein? Ist ihr Einsatz wirtschaftlich vertretbar?

Es sind die gleichen Fragen, die im Prozess der Qualitätsverbesserung von Interventionsmaßnahmen gestellt werden, angewendet auf die Verfahren und Instrumente der Qualitätssicherung selbst.

Eine entlang der Antworten auf diese Fragen hergestellte Transparenz der Leistungsfähigkeit von Qualitätsverbesserungsverfahren kann Auskunft darüber geben, wie gerechtfertigt sie zukünftig angewendet werden können.

Die Autorin dankt Jürgen Töppich und Susanne Linden, die die vorherige Version des Artikels erstellt haben.

Anhang: Internetseiten und Publikationen mit Überblicken über Verfahren und Instrumente der Qualitätsentwicklung

- Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen: Basiswissen Qualität und Qualitätsinstrumente in Gesundheitsförderung und Prävention: https://www.lzg.nrw.de/ges_foerd/qualitaet/basiswissen/instrumente/index.html
- IN FORM Werkzeugkasten zur Qualitätssicherung: https://www.in-form.de/profiportal/projekte/projektservice/in-form-leitfaden-qualitaetssicherung/werkzeugkasten.html
- Gesundheitsförderung Schweiz, Qualitätssystem quint-essenz: www.quint-essenz.ch
- Methodenkoffer zur partizipativen Qualitätsentwicklung: http://www.partizipative-qualitaetsentwicklung.de/subnavi/methodenkoffer.html
- Tempel N/Bödeker M/Reker N/Schaefer I/Klärs G/Kolip P (2013), Qualitätssicherung von Projekten zur Gesundheitsförderung in Settings. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Literatur:

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.), Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention, in: Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 15, Köln 2001;

Kliche T/Elsholz A/Weitkamp K/Töppich J/Koch U, Anforderungen an Qualitätssicherungsverfahren für Prävention und Gesundheitsförderung, in: Prävention und Gesundheitsförderung 2009, 4, 251-258;

Kolip P/Ackermann G/Studer H/Ruckstuhl B (2012), Gesundheitsförderung mit System: quint.essenz - Qualitätsentwicklung in Projekten der Gesundheitsförderung und Prävention, Bern, Hans Huber;

Kolip P/Müller VE (Hg.), Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention, Verlag Hans Huber, Bern 2009;

Loss J et al, Qualitätsmanagement in der Gesundheitsförderung. Entwicklung eines multidimensionalen Qualitätssicherungsinstruments für eine landesweite Gesundheitsinitiative, in: Prävention und Gesundheitsförderung 4, 2007, 199-206;

Ruckstuhl B, Ein Gesamtrahmen für die Qualitätsentwicklung in Gesundheitsförderung und Prävention, in: Kolip P/Müller VE (Hg.), Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention, Verlag Hans Huber, Bern 2009, 75-95;

Sens B/Fischer B/Bastek A/Eckardt J/Kaczmarek D/Paschen U/Pietsch B/Rath S/Ruprecht T/Thomeczek C/Veit C/Wenzlaff P, Begriffe und Konzepte des Qualitätsmanagements, 3. Aufl., GMS Med Inform Biom Epidemiol. 2007. Download unter http://www.egms.de/en/journals/mibe/2007-3/mibe000053.shtml;

Tempel N/Bödeker M/Reker N/Schaefer I/Klärs G/Kolip P (2013), Qualitätssicherung von Projekten zur Gesundheitsförderung in Settings. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Verweise:

Public Health Action Cycle / Gesundheitspolitischer Aktionszyklus

Resilienz und Schutzfaktoren

Lisa Lyssenko, Jürgen Bengel

(letzte Aktualisierung am 04.12.2016)

Der Schwerpunkt der Resilienz- und Schutzfaktorenforschung liegt auf der Frage „Was erhält Menschen gesund?". Im Mittelpunkt stehen schützende Faktoren, die sich stärkend auf die psychische und physische Gesundheit auswirken. In aktuellen Forschungsarbeiten werden für diese Faktoren häufig die Begriffe Schutzfaktoren, Protektivfaktoren, Ressourcen und Resilienzfaktoren synonym verwendet (**systemisches Anforderungs-Ressourcen-Modell**, **Soziale Unterstützung**, **Soziales Kapital**).

Die Forschung zu gesunderhaltenden Faktoren entstand in den 1970er-Jahren in Abgrenzung zur traditionellen medizinischen Betrachtungsweise (**biomedizinische Perspektive**, psychologische Perspektiven auf **Gesundheit und Krankheit, Gesundheits-, Krankheitskontinuum**), in deren Fokus Gefährdungen und Beeinträchtigungen (**Risikofaktoren**) der Gesundheit stehen. Entscheidende Impulse gaben dabei das gesundheitswissenschaftliche Modell (**Gesundheitswissenschaften**) der **Salutogenese** und das aus der Forschungsrichtung der Entwicklungspsychopathologie stammende Konzept der Resilienz.

Der Begriff *Resilienz* (aus dem Englischen: resilience = Spannkraft, Strapazierfähigkeit, Elastizität) bezeichnet die psychische Widerstandsfähigkeit. Bei Kindern und Jugendlichen meint Resilienz eine gesunde und altersgemäße Entwicklung trotz ernsthafter Gefährdungen im Sinne von ungünstigen Lebensumständen oder kritischen Lebensereignissen. Im Erwachsenenalter wird die erfolgreiche Bewältigung stressreicher und potenziell traumatischer Ereignisse als Zielgröße betrachtet.

Die interdisziplinäre Ausrichtung des Forschungsgebiets führt zum einen zu einer Vielfalt an Ergebnissen, zum anderen aber auch zu einer kontroversen Diskussion, wie das Konzept der Resilienz angemessen begrifflich, inhaltlich und methodisch zu definieren ist. In früheren Forschungen galt Resilienz vielfach als zeitlich stabile, situationsübergreifende Eigenschaft oder Persönlichkeitsmerkmal. Inzwischen wird Resilienz als eine variable Kapazität verstanden, die sich über die Zeit im Kontext der Mensch-Umwelt-Interaktion entwickelt. Ein entscheidender Unterschied in Forschungsarbeiten ist die Untersuchung chronisch widriger Umstände im Gegensatz zu einmaligen potentiell traumatischen Ereignissen - wobei teilweise unterschiedliche protektive Faktoren wirksam zu sein scheinen.

Die Wurzeln für die Entstehung von Resilienz liegen in besonderen risikomildernden bzw. schützenden Faktoren innerhalb und außerhalb einer Person (**Ökologische Perspektive: Umwelt und Gesundheit**). Als *Schutzfaktoren* werden dementsprechend Faktoren bezeichnet, die die Auftretenswahrscheinlichkeit von Störungen beim Vorliegen von Belastungen vermindern. Schutzfaktoren sollten dabei nicht lediglich als das Gegenteil oder das Fehlen von Gesundheits- oder Entwicklungsrisiken betrachtet werden. Die empirische Beurteilung der Protektivität einzelner Faktoren wird dadurch erschwert, dass sehr unterschiedliche Entwicklungen und Indikatoren als resiliente Bewältigung oder Anpassung herangezogen werden. Ein aktuelles Review listet nicht weder als 17 Messinstrumente für Resilienz auf (Pangallo et al., 2015).

Als *personale* (auch: persönliche oder interne) *Schutzfaktoren* bezeichnet man individuelle **Lebenskompetenzen** (engl.: life skills), Persönlichkeitsmerkmale und spezifische Bewältigungsstrategien, aber auch körperliche Schutzfaktoren wie ein stabiles, widerstandsfähiges Immunsystem und körperliche Gesundheit. Altersübergreifend werden eine hohe Selbstwirksamkeitserwartung, eine internale Kontrollüberzeugung, dispositioneller Optimismus sowie die Fähigkeit zum Erleben positiver Emotionen als protektiv angesehen - wobei die Anzahl und methodische Qualität der Studien zu den einzelnen Faktoren sehr unterschiedlich ist (Bengel et al., 2009, 2012).

Unter *sozialen* (auch: externen, umweltbezogenen oder ökologischen) *Schutzfaktoren* versteht man Faktoren der sozialen Umwelt eines Menschen. Hier wird häufig die Sicherung von Grundbedingungen wie angemessener Ernährung, ausreichendem Wohnraum und Arbeit genannt. Diese Faktoren haben jedoch eher eine allgemein positive Wirkung auf die Gesundheit, als dass sie unter risikoreichen Bedingungen spezifisch wirksam werden. Als Schutzfaktor wird **soziale Unterstützung** betrachtet. Soziale Unterstützung kann verschiedene Formen annehmen, wie Partnerschaft, Sozialbeziehungen am Arbeitsplatz oder ein Netz sozialer Bindungen im privaten Bereich (**Soziale Netzwerke**). Für Kinder und Jugendliche sind auch verschiedene *Faktoren der familiären Umwelt als Schutzfaktoren* belegt. Dazu zählen u.a. eine gute Bindung zu den Eltern sowie Strukturen und eindeutige Regeln im familiären Alltag.

Obwohl grundsätzlich angenommen wird, dass Schutzfaktoren die belastende Wirkung von Risikofaktoren abfedern, also eine sogenannte „moderierende Wirkung“ haben, scheinen einige Schutzfaktoren direkt, d.h. unabhängig vom Vorliegen eines Risikos, wirksam zu werden. In den frühen Jahren der Resilienz- aber auch der Copingforschung wurde zudem davon ausgegangen, dass bestimmte Faktoren universell schützend oder risikoerhöhend wirken. Mittlerweile herrscht jedoch Einigkeit, dass die Wirkung einzelner Schutzfaktoren interindividuell sehr unterschiedlich ist und eine deutliche Kontextabhängigkeit aufweist. So wird z.B. ein vermeidender Copingstil (**Stress und Stressbewältigung**) unter normativen Bedingungen als ungünstig angesehen, kann unter extrem stressreichen Umständen

jedoch eine schützende Wirkung haben. Soziale Unterstützung kann, bei zu viel tatkräftiger Hilfe, dazu führen, dass die eigene Selbstwirksamkeitserwartung sinkt.

Daher wird aktuell davon ausgegangen, dass insbesondere im Hinblick auf potentiell traumatische Ereignisse eine flexible Selbstregulation einen übergeordneten personalen Schutzfaktor darstellt. Dazu gehört die Fähigkeit, die Situation realistisch wahrzunehmen und einzuschätzen (Kontextsensitivität); die Verfügbarkeit eines breiten Repertoires an möglichen Copingsstrategien sowie das Wissen, wann diese einzusetzen sind; und die Fähigkeit, am Erfolg der eigenen Strategien zu lernen (Feedbackresponsivität; Bonanno & Burton, 2013).

Die Forschungsergebnisse zu Resilienz- und Schutzfaktoren, wie auch das Model der Salutogenese, haben in den letzten Jahren verstärkt Eingang in Konzepte der **Prävention** und **Gesundheitsförderung** gehalten. Zum einen gibt es Angebote, die Schutzfaktoren auf einer individuellen Ebene fördern sollen, zum anderen aber auch übergreifende Konzepte, die auf struktureller Ebene ansetzen, wie Konzepte zur **Gesundheitsförderung in Schule** und Pflegeberufen Modelle zur salutogenetischen Arbeitsgestaltung (**betriebliche Gesundheitsförderung**). Dabei ist zu beachten, dass die Wirkung von Schutzfaktoren auch von der jeweiligen Lebensphase abhängen. So sind z.B. personale Schutzfaktoren für jüngere Kinder weniger bedeutend, da diese stärker auf Unterstützung von außen, also soziale Schutzfaktoren, angewiesen sind.

Zur *Resilienzförderung bei Kindern und Jugendlichen* wurden besonders in den USA in den 1990er-Jahren umfassende Multikomponentenprogramme ausgearbeitet, die unterschiedliche Interventionsebenen wie z.B. Schule/Kindertagesstätte und Elternhaus sowie Programmkomponenten kombinieren und häufig über mehrere Jahre hinweg angelegt sind. Auch in Deutschland erlangen Programme, die frühzeitige und entwicklungsorientierte Förderung der psychosozialen Kompetenz von Kindern und Jugendlichen gewährleisten, zunehmend an Bedeutung. Erfolgreiche Präventionsstrategien bei Kindern und Jugendlichen sind Mehrebenenprogramme: Sie setzen frühzeitig ein und fördern Kinder langfristig, systematisch sowie entwicklungsorientiert.

Sie berücksichtigen alterstypische Entwicklungsaufgaben sowie kritische Phasen und sprechen die unterschiedlichen relevanten Lebensbereiche an. Sie fördern nicht nur die Lebens- und Bewältigungskompetenzen der Kinder, sondern arbeiten zugleich mit Eltern, Lehrerinnen und Lehrern, Erzieherinnen und Erziehern sowie anderen Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld. Damit mildern sie potenzielle Risikobedingungen ab und fördern den Aufbau von Schutzfaktoren.

Die *Resilienzförderung im Erwachsenenalter* gewinnt erst seit den späten 1990er Jahren zunehmend an Bedeutung. Bislang gibt es sowohl international wie auch in Deutschland

kaum Ansätze oder Programme, die nach der Konzeptualisierung und initialen Wirksamkeitsforschung, eine weitere Verbreitung gefunden haben und der Allgemeinbevölkerung zugänglich sind. Die meisten Programme sind zielgruppenspezifisch (z.B. Lehrer, Polizisten, Rettungskräfte) und werden am Arbeitsplatz angeboten.

Erfolgsversprechend scheinen hier Programme zu sein, welche den Transfer zu realem Verhalten unter Alltagsbedingungen fördern. Schutzfaktoren sind langfristig wirksame Gesundheitsressourcen. Eine kontinuierliche Förderung protektiver Ressourcen bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen in ihren Nahräumen und Lebenskontexten (Familie, Gemeinde, Institutionen) sowie ein aktives Eintreten gegen gefährdende soziale und gesundheitliche Ungleichheiten (im Rahmen der Lebensverhältnisse und Gesamtpolitik) zählen zum Kern der **Gesundheitsförderung**.

Literatur:

Bengel, J., & Lyssenko, L. (2012). Resilienz und psychologische Schutzfaktoren im Erwachsenenalter: Stand der Forschung zu psychologischen Schutzfaktoren von Gesundheit im Erwachsenenalter. BZgA, Köln.

Bengel J., Meinders-Lücking F., & Rottmann N, (2009) Schutzfaktoren bei Kindern und Jugendlichen - Stand der Forschung zu psychosozialen Schutzfaktoren für Gesundheit. BZgA, Köln.

Bonanno, G. A., & Burton, C. L. (2013). Regulatory flexibility an individual differences perspective on coping and emotion regulation. Perspectives on Psychological Science, 8(6), 591-612.

Leithoff, S., Ganzheitliches Gesundheitsmanagement, in: Wellensiek, S et al, Handbuch Resilienz-Training, Widerstandskraft und Flexibilität für Unternehmen und Mitarbeiter, Weinheim und Basel 2011, 314-331

Schwarz, Thomas (2015), Med in Switzerland Nr.6 Sept 2015 (http://www.medicusmundi.ch/de/bulletin/med-in-switzerland/von-der-resilienz-oder-wem-gehoeren-die-woerter)

Pangallo, A., Zibarras, L., Lewis, R., & Flaxman, P. (2015). Resilience through the lens of interactionism: A systematic review. Psychological Assessment, 27(1), 1-20.

Internetadressen:

www.medico.de/resilienz/

Verweise:

Biomedizinische Perspektive, Gesundheits-/Krankheits-Kontinuum, Gesundheitsförderung 1: Grundlagen, Gesundheitsförderung und Betrieb, Gesundheitsförderung und Schule, Gesundheitswissenschaften / Public Health, Lebenskompetenzen und Kompetenzförderung, Ökologische und humanökologische Perspektive, Prävention und Krankheitsprävention, Risikofaktoren und Risikofaktorenmodell, Salutogenetische Perspektive, Soziale Netzwerke und Netzwerkförderung, Soziale Unterstützung, Soziales Kapital, Stress und Stressbewältigung, Systemisches Anforderungs-Ressourcen-Modell in der Gesundheitsförderung

Risikofaktoren und Risikofaktorenmodell

Peter Franzkowiak

(letzte Aktualisierung am 13.06.2018)

Als Risikofaktoren bezeichnet man in den **Gesundheitswissenschaften**, der **Sozial- und Präventivmedizin**, der Klinischen Psychologie und Psychiatrie sowie der Entwicklungspsychopathologie alle *empirisch im Bevölkerungsmaßstab gesicherten Vorläufer und Prädiktoren* von organischen und psychosomatischen Krankheiten, von psychischen oder Entwicklungsstörungen. Ein Risikofaktor gibt Auskunft über eine potenzielle, sich direkt oder indirekt und in der Regel erst mit zeitlicher Verzögerung manifestierende Gefährdung der Gesundheit, der Entwicklung oder der sozialen und kulturellen Integration bzw. Inklusion.

Risikofaktoren werden epidemiologisch definiert als erhöhte Wahrscheinlichkeit, eine bestimmte Krankheit zu erwerben, einen bestimmten Gesundheitsschaden vorzeitig zu erleiden, eine definierte Selbst-, Interaktions- oder Entwicklungsstörung auszuprägen, Lebensqualität zu verlieren oder vorzeitig zu versterben. Risikofaktoren sind nicht gleichzusetzen mit Ursachen oder Kausalitäten. In der fachlichen und öffentlichen Diskussion wird dieser Unterschied allerdings häufig verwischt, sodass die Gefahr einer Verdinglichung des Begriffs wächst - mit der Konsequenz u.a. einer „Verkrankung“ großer Bevölkerungsteile („healthy sick“).

Kollektives und individuelles Risiko: Die Wirkung von Risikofaktoren wird als Gruppenrisiko bestimmt. Damit ist sie für den einzelnen Menschen in der Regel nicht kausal oder zwangsläufig. Selbst für medizinische Risikofaktoren 1. Ordnung wie die Hypertonie, die Hypercholesterinämie oder das Zigarettenrauchen ist der positive Vorhersagewert für den Einzelfall nicht ausnahmslos überzeugend. Kardiologie wie Onkologie sind noch weit davon entfernt, ein individuelles Infarkt- oder Karzinomgeschehen tatsächlich voraussagen zu können.

Auch wenn Risikoaussagen nicht für jeden Einzelfall zutreffen, erhöht eine Häufung und das Zusammenwirken von mehreren Risikofaktoren auch bei einzelnen Personen die Wahrscheinlichkeit von Erkrankung erheblich, in Richtung einer Fast-Kausalität. So erlaubt es die Kumulation der wichtigsten gesicherten kardiovaskulären Risikofaktoren (v.a. Rauchen, Hypertonus, Diabetes mellitus, Hyperlipoproteinämie und Adipositas - vgl. Abb.

1), für die Hälfte bis maximal 70 Prozent aller Infarktpatientinnen und -patienten einen annähernd ursächlichen Zusammenhang zwischen den Risikofaktoren und einem Infarktereignis herzustellen.

Jenseits dieser i. e. S. biomedizinisch-nosologischen Perspektive werden in der Forschung zu **Resilienz und Schutzfaktoren** sowie im Kontext **Frühe Hilfen**, Frühe Förderung und Frühintervention komplexe *entwicklungsbezogene Risikofaktoren in Kindheit und Jugendalter* (und ihre Interaktion) typisiert. Einen Einblick in dieses Feld der Risikoforschung und -intervention liefern die genannten Beiträge sowie das Stichwort **Gesundheitsförderung 2: Entwicklung vor Ottawa 1986**.

Das Risikofaktorenmodell trifft Aussagen über Wahrscheinlichkeitsbeziehungen in Bevölkerungseinheiten bzw. Gesamtbevölkerungen. Risikofaktoren haben eine hohe, teilweise bestimmende Bedeutung für Fragen der Öffentlichen Gesundheit (Public Health), der Versorgungs-, Rehabilitations- und Pflegeforschung sowie für die politische, professionelle und mediale Bewertung des Gesundheits- und Entwicklungszustands und der Gesundheitsrisiken der Gesamtbevölkerung bzw. ausgewählter Gruppen (**Risikobewertung** und -kommunikation). Das Risikofaktorenmodell ist derzeit das wichtigste Erklärungsmodell und die einflussreichste Interventionsgrundlage in **Prävention** und **Gesundheitserziehung**.

Historische Entwicklung: Das Modell wurde seit Anfang der 1960er Jahre als eine epidemiologisch begründete Erweiterung des biomedizinischen Paradigmas entwickelt. Dies geschah zunächst im Rahmen groß angelegter epidemiologischer Forschungsvorhaben in den USA, v.a. der wegweisenden Framingham-Studie, in der Folge auch in gemeindebezogenen multifaktoriellen Interventionsstudien in den USA, Finnland und Schweden und der Bundesrepublik Deutschland (Deutsche Herz-Kreislauf-Präventionsstudie DHP, **Gemeindebezogene Gesundheitsförderung**). Die Weiterentwicklung war konzeptionell wie handlungspraktisch nötig geworden, da eine direkte Übertragung der naturwissenschaftlich-kausalen, biomedizinischen Erklärungsansätze auf die heute vorherrschenden chronisch-degenerativen Erkrankungen (Zivilisationserkrankungen) nur in eingeschränktem Maße möglich und sinnvoll war.

Bei den epidemisch gewordenen Krankheiten wird ein multifaktorielles Krankheitsgeschehen angenommen. Für die Zivilisationskrankheiten geht das Risikofaktorenmodell von nichtkausalen, komplexen Entstehungszusammenhängen und Verläufen aus. Die Identifikation von Risikofaktoren ist am weitesten vorangeschritten in der Erforschung und Vorsorge jener chronisch-degenerativen Erkrankungen, die die hauptsächlichen Erkrankungshäufigkeiten und Todesursachen in den industrialisierten Gesellschaften ausmachen: kardiovaskuläre und zerebrovaskuläre Erkrankungen (Herz-Kreislauf-Krankheiten),

bösartige Neubildungen (Krebs), Diabetes, Rheuma, chronisch-obstruktive Lungenerkrankungen, neurodegenerative und vaskuläre Demenzformen u. a. m.

Systematisierung und Typologien: Allgemein kann unterschieden werden zwischen (a) Risikofaktoren, die verhaltens-, lebensweisen- und persönlichkeitsgebunden sind und (b) Risikofaktoren, die vorwiegend nicht verhaltensgebunden, d.h. sozialstrukturell, ökologisch bedingt oder settingbezogen sind. Des Weiteren existieren (c) unabänderliche, d.h. einer Intervention nicht oder nur schwer zugängliche demographische Risikofaktoren wie Alter und Geschlecht, familiäre Vorbelastungen und genetische oder organische Dispositionen, etwa im Zuckerstoffwechsel oder bei der Verteilung von Fett im Organismus.

Abb. 1 zeigt die wichtigsten epidemiologisch nachgewiesenen Risikofaktoren für kardiovaskuläre und zerebrovaskuläre Erkrankungen sowie für Krebserkrankungen in einer dreistufigen Systematik.

Behaviorale Dispositionen und (Folgen der) Verhaltensmuster der persönlichen Lebensweise (a)

- Tabakkonsum (gewohnheitsmäßiges Zigarettenrauchen) und Passivrauchen;
- Schädlicher Alkoholkonsum, chronischer Alkoholmissbrauch;
- Fehlernährung (Indikatoren: hyperkalorische, kohlenhydrat- und ballaststoffarme Ernährung, hoher Konsum gesättigter Fette, unzureichende Aufnahme von Obst und Gemüse);
- Übergewicht, Adipositas (Indikatoren: erhöhter Body-Mass-Index in Verbindung mit abdominalem Fettverteilungsmuster);
- Erhöhter Blutfettspiegel und Fettstoffwechselstörungen (Hypercholesterinämie - Indikatoren: LDL-Cholesterin und Gesamtcholesterin, Triglyceride);
- Bluthochdruck, arterielle Hypertonie (Indikatoren: diastolischer und systolischer Blutdruck), Arteriosklerose;
- Diabetes mellitus Typ 2 und Glykämie (in jüngster Zeit auch: abnorme Nüchternglukose bzw. gestörte Glukosetoleranz in Form eines „Prä-Diabetes“);
- Metabolisches Syndrom (Indikatoren: hohe Insulinwerte bzw. erhöhte Insulinresistenz in Kombination mit einer verringerten Fibrinolyse, erhöhten Blutdruckwerten, erhöhten atherogenen Blutfettwerten und einem „birnenförmigen“ Fettverteilungstypus);
- Bewegungsmangel und körperliche Inaktivität (Indikatoren: vorwiegend sitzende Lebensweise, keine regelmäßige aerobe Ausdauerbelastung);
- Chronische Stressbelastung und Stressüberlastung ohne adäquate Entlastungsmöglichkeiten oder Handlungskontrolle, chronische familiäre Konflikte;
- Einnahme von Antikonzeptiva (für Frauen mit Alter über 35 Jahren und in Verbindung mit Risikofaktor Zigarettenrauchen);

- Ungeschützter Geschlechtsverkehr („Unsafe Sex“, auch mit häufig wechselnden Sexualpartnern und -partnerinnen).

Umweltbezogene individuell wirksame Dispositionen, Risikodeterminanten und Risikofaktoren der Lebenslage, insbesondere der Arbeitswelt (b)

- Berufliche bzw. ökologische Expositionen gegenüber Schadstoffen (z.B. ionisierende Strahlung, Asbest, Teer, Pestizide, aromatische Kohlenwasserstoffe, Lösungsmittel, Schwebstäube sowie weitere kardiotoxische und kanzerogene Substanzen wie Blei, Kohlenmonoxid oder Nitroglycerin);
- Erhöhte Sonnenexposition und Ozonbelastungen;
- Dauerhafte Belastungen durch Luftverschmutzung (Partikelemissionen, Feinstäube) an der Arbeitsstätte und/oder im ökologischen Nahraum und Wohnbereich (v.a. in urbanen Siedlungs-, Wirtschafts- und Ballungsräumen);
- Chronisch starke Lärmbelastungen in der Arbeitswelt und/oder im Wohnbereich;
- Schichtarbeit;
- Berufsbedingte und arbeitsorganisatorische Risikokonstellationen (chronische Arbeitsbelastungen in Form von Über- bzw. Unterforderung, mangelnde soziale Unterstützung, berufliche Gratifikationskrisen mit der Folge chronischer vegetativer Stresssymptome, Erschöpfung, evtl. Angststörungen und Depression/Burnout);
- Negative Beanspruchungsfolgen der Flexibilisierungsbelastungen neuer Arbeitsformen (direkte Mobilitätsbelastungen, Desynchronisation von Lebensrhythmen, soziale und emotionale Entwurzelungen mit der Folge fehlenden sozialen Rückhalts, Fragmentierung und Entgrenzung der Arbeitszeit, Überforderung durch komplexe Organisation von Arbeits- und Lebensbereichen).

Demographische, genetische, organische, physiologische und psychische Dispositionen (c)

- Ansteigendes Alter und männliches Geschlecht;
- Genetisch (mit-)bedingte Störungen des Fett- und Glukosestoffwechsels, weitere genetische Risikomarker;
- Genetisch bedingte Arterienverengungen der Herzkranz- oder Hirngefäße;
- U.U. auch: familiäre Vorgeschichte einer kardiovaskulären Erkrankung;
- ungünstige Verteilung von Fettgewebe („abdominal obesity“);

- ·„oxidativer Stress“ durch mangelnden Abbau so genannter freier Radikale mit nachfolgender Bildung schädlicher Ablagerungen (Beta-Amyloid Plaques) im Gehirn;
- „Typ-A-Verhaltensmuster“ (Indikatoren: Kontrollambitionen, Daueranspannung, übersteigertes Leistungsstreben und Ehrgeiz, Gehetztheit und Irritierbarkeit, latente Feindseligkeit);
- Dauerhafte negative Emotionen (Indikatoren: Depression, Angststörungen, chronischer Ärger und Aggression);
- Persönliche Risikodispositionen (Indikatoren: lebensverändernde kritische Ereignisse, belastende Lebensphasen und Lebensübergänge).

Abb. 1: Epidemiologisch und medizinsoziologisch gesicherte Risikofaktoren für koronare Herzerkrankungen und/oder bösartige Neubildungen

In der Gegenüberstellung zeigt sich noch ein Missverhältnis zwischen der Erforschung und Bedeutung organischer und individuell-lebensweisenbezogener Risikofaktoren gegenüber stärker kontext- und verhältnisbezogenen Gesundheitsrisiken. Über den umfänglich erforschten Komplex des behavioralen Risikoverhaltens i. e. S. und seiner Krankheitsfolgen hinaus bestehen weitere psychosoziale sowie auf spezifische Settings und/oder Umwelten bezogene Risiken. Sie werden in benachbarten Wissenschaftsbereichen wie den Verhaltens- und Sozialwissenschaften (z.B. in Sozialisations- und Entwicklungstheorien), in den Arbeitswissenschaften und der Umweltmedizin untersucht. Mehr und mehr werden sie auch in die ursprünglichen, vorwiegend biomedizinisch geprägten Modellvorstellungen integriert.

Besonders häufig betroffen von koronarer Morbidität sind Menschen in mittleren Berufshierarchien mit unsicheren, perspektivlosen Karriereaussichten, ebenso Menschen mit latenter Bedrohung durch Arbeitslosigkeit und dadurch erhöhter Ausprägung von Angst und Unzufriedenheit. Als sekundäre Risikofaktoren im Berufs- wie Privatleben wirken Dauerspannungen (chronischer Dis-Stress), fehlender sozialer Rückhalt und widersprüchliche Anforderungen sowie ein Missverhältnis zwischen hohen Leistungsanforderungen und eingeschränkten Kontrollmöglichkeiten. Liegt eine Kombination solcher struktureller Risikokonstellationen und -dispositionen mit personalen Risikofaktoren wie Rauchen oder Übergewicht vor, erhöht sich die Erkrankungswahrscheinlichkeit um ein Vielfaches. Hier zeigen sich Querverbindungen zu den Belastungs-Bewältigungs-Konzepten (**Stress und Stressbewältigung**, **Systemisches Anforderungs-Ressourcen-Modell**), in denen psychosozialen Faktoren eine entscheidende Rolle in der Krankheitsentstehung und -bewältigung zugewiesen wird.

Nach den Erkenntnissen jahrzehntelanger sozialepidemiologischer Forschung (in Deutschland federführend vom RKI Berlin ausgewertet) gelten als *übergeordnete sozial determinierte Risikofaktoren* nicht nur für die kardiovaskulären Erkrankungen sondern auch für viele Entwicklungsrisiken, für Suchtgefährdung und andere psychische Störungen: Armut (als Häufung von Unterversorgungslagen) und generell ein niedriger sozialer Status mit einhergehenden Einschränkungen in den materiellen, sozialen und bildungsbezogenen Ressourcen und Verwirklichungschancen.

Global-epidemiologische Perspektive: Die Weltgesundheitsorganisation veröffentlichte zuletzt 2009 einen Bericht zu globalen Gesundheitsrisiken und ihrem Beitrag zur Krankheitslast und Gesamtmortalität. Ein Drittel aller weltweiten Todesfälle können nach Auffassung der WHO auf letztlich zehn Risikofaktoren (davon acht mit ausgeprägt organismisch-behavioralem Zuschnitt) zurückgeführt werden: Bluthochdruck, Tabakkonsum, erhöhter Blutzucker, körperliche Inaktivität, Übergewicht, Fettstoffwechselstörungen, ungeschützter Geschlechtsverkehr, Alkoholkonsum, kindliches Untergewicht, Innenraumluft-Verschmutzung durch Festbrennstoffe. Abb. 2 zeigt die Gewichtung dieser und weiterer relevanter Risikofaktoren im globalen Durchschnitt, danach einen aufschlussreichen Vergleich der Risikostruktur zwischen Ländern mit hohem und Ländern mit niedrigem Pro-Kopf-Durchschnittseinkommen.

	Welt	**%**	**Länder mit hohem Pro-Kopf-Einkommen**	**%**	**Länder mit niedrigem Pro-Kopf-Einkommen**	**%**
1	Bluthochdruck	12,8	Tabakkonsum	17,9	Kindliches Untergewicht	7,8
2	Tabakkonsum	8,7	Bluthochdruck	16,8	Bluthochdruck	7,5
3	Blutzucker	5,8	Übergewicht	8,4	Unsafe Sex	6,6
4	Inaktivität	5,5	Inaktivität	7,7	Wasserverschmutzung, sanitäre und Hygienemängel	6,1
5	Übergewicht	4,8	Blutzucker	7,0	Blutzucker	4,9
6	Blutfette	4,5	Blutfette	5,8	Innenraum-Luftverschmutzung durch Festbrennstoffe	4,8
7	Unsafe Sex	4,0	Niedriger Obst- und Gemüseverzehr	2,5	Tabakkonsum	3,9

8	Alkoholkonsum	3,8	Außen-Umwelt-verschmutzung	2,5	Inaktivität	3,8
9	Kindliches Untergewicht	3,8	Alkoholkonsum	1,6	Suboptimales Stillen	3,7
10	Innenraum-Luft-verschmutzung durch Festbrennstoffe	3,3	Arbeitsweltbedingte Risiken	1,1	Blutfette	3,4

Abb. 2: Zehn führende Risikofaktoren für Todesursachen 2004, im globalen Ländervergleich mit prozentualem Anteil an den Gesamt-Todesursachen (aus: WHO 2009, 11 - Übersetzung eigene Übersetzung)

Untersucht man den Anteil von verhaltensbedingten Risikofaktoren an der Krankheitslast in einer Bevölkerung, zeigen sich in der weltweiten epidemiologischen Studie zur Global Burden of Disease 1990-2015 die folgenden Rangreihen für Australien und Deutschland:

	Australien	**Deutschland**
1	Rauchen / Tabakkonsum	Ernährungsbedingte Risiken insgesamt
2	Ernährungsbedingte Risiken insgesamt	Hypertonie, v.a. dauerhafter systolischer Hoch-druck
3	Übergewicht, Adipositas	Rauchen / Tabakkonsum
4	Übermäßiger Alkoholkonsum	Übergewicht, Adipositas
5	Bewegungsmangel, körperliche Inaktivität	Blutzucker, Hypercholesterinämie
6	Hypertonie, v.a. dauerhafter systolischer Hochdruck	Übermäßiger Alkoholkonsum

Abb. 3 Die bedeutendsten behavioralen Risikofaktoren für die Krankheitslast der Bevölkerung in Australien und Deutschland (eigene Zusammenstellung nach AIHW 2016/2017, Lancet 2016, Plass et al 2014)

Frühe sozialmedizinische Erklärungsmodelle: Bereits Mitte der 1970er-Jahre entwickelten der deutsche Sozialmediziner Hans Schaefer und die deutsche Sozialmedizinerin Maria Blohmke ein hierarchisches, inhaltlich hoch differenziertes Risikofaktorenmodell für die koronaren Erkrankungen. Dabei nahmen sie auch die gesellschaftliche Ätiologie der chronisch-degenerativen Krankheiten in den Blick. Schaefer und Blohmke gingen von einer Stufenleiter primärer, sekundärer und tertiärer Risikofaktoren aus. Primäre Risikofaktoren sind in diesem System am nächsten am Endereignis, der manifesten Krankheit. Zu ihnen zählen die Standardrisikofaktoren des individuellen Verhaltens sowie die bekannten biochemischen Indikatoren und weitere, Krankheiten begünstigende Organreaktionen. Auf diese wirken sekundäre Risikofaktoren ein, die aus (schädlichem) Verhalten, Stress, Ärger

und anderen psychosozialen Belastungen, aber auch Merkmalen der sozialen Schichtung und des sozialen Wandels bestehen. Als tertiäre Risikofaktoren wirken noch allgemeinere Aspekte der gesellschaftlichen Umwelt, aber auch personale Konstanten wie Gene, Rasse und Persönlichkeit. Im Rahmen der hierarchischen Verknüpfungen wirken Risikofaktoren niemals isoliert, sondern immer in „multifaktorieller Genese“ (Schaefer und Blohmke 1978).

Siegrist hat diesen Modellvorschlag in den 1980er- und 1990er-Jahren in seiner Forschung zur medizinsoziologischen Ergründung des Herzinfarktgeschehens aufgegriffen und weitergeführt. Bei grundsätzlicher Beibehaltung eines mehrstufigen hierarchischen Ansatzes stellt Siegrist spezifische psychosoziale Risikokonstellationen vor, die sich auf die Ausprägung von somatischen Vorläufern und der Standardrisikofaktoren auswirken. Er unterscheidet zwischen chronischen, subakut und dispositionell wirksamen Risikowirkungen. Analog zu Schaefer und Blohmke verläuft dann die Entwicklung über pathogenetische Mechanismen zur klinischen Krankheitsmanifestation, in diesem Falle den Myokardinfarkt (s. Abb. 4). Allerdings sind nicht alle (Wechsel-)Wirkungen messbar oder erklärbar, einzelne Variablen und Relationen bleiben immer postuliert bzw. noch undokumentierbar.

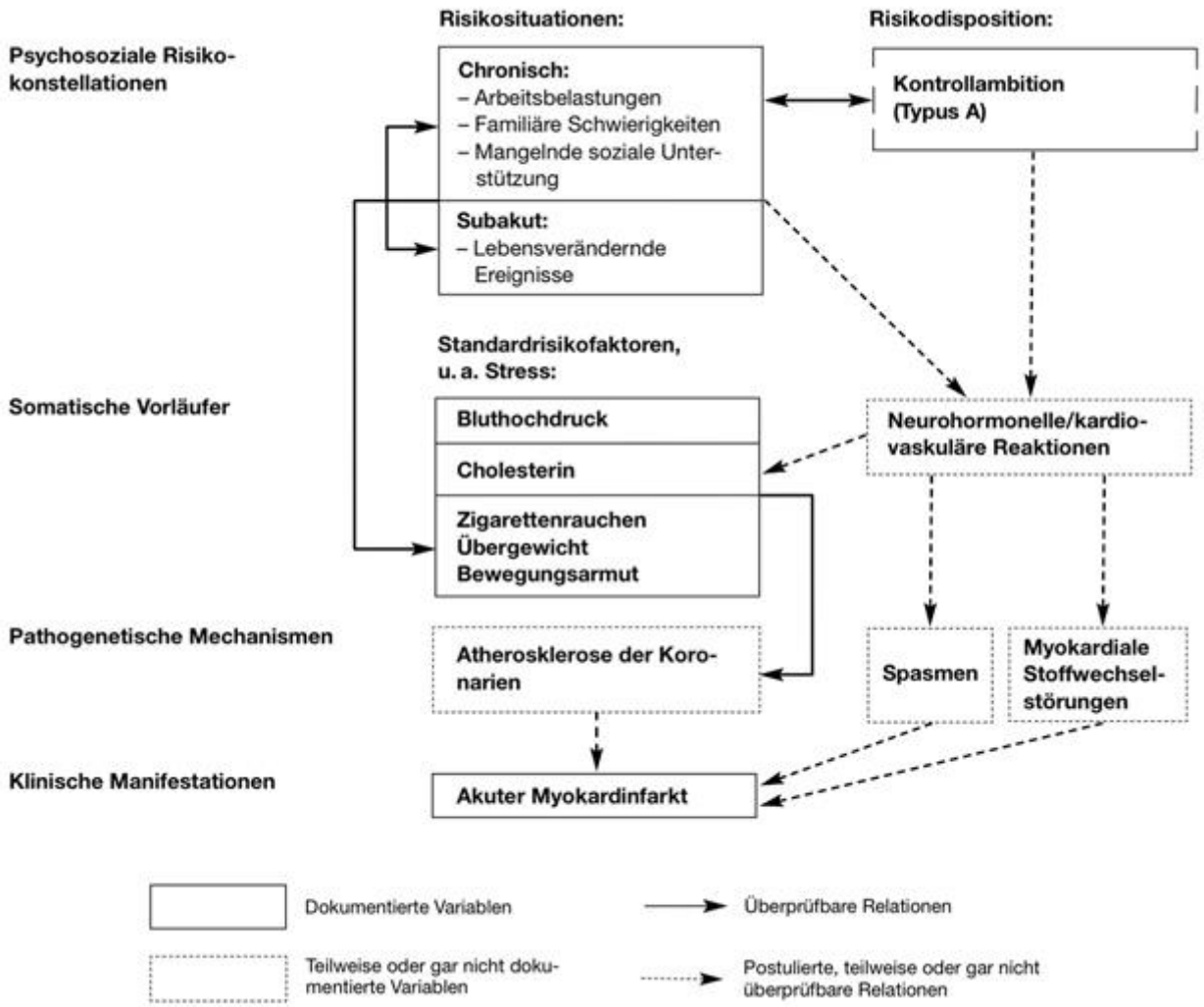


Abb. 4: Modell zur medizinsoziologischen Erforschung des Herzinfarktes (Siegrist 1995, 182)

Diese fruchtbare sozialmedizinische und medizinsoziologische Modelltradition und Fortentwicklung komplexer krankheitsbezogener Risikokonzepte ist in den letzten zwei Jahrzehnten nicht entscheidend weitergeführt worden.

Globale Weiterentwicklungen: Anfang der 2000er Jahre hat die WHO in ihrem bis heute letzten „Global Health Report“ ein eigenes Modell zur Multikausalität in der Krankheitsentstehung vorgestellt, das erhebliche Ähnlichkeiten mit den beiden Stufenmodellen aus der deutschen Sozialmedizin und Medizinsoziologie aufweist (s. Abb. 5). Gesundheitsrisiken sind auch aus der Sicht der WHO in der Regel keine isolierten Phänomene. Zum einen sind es oft mehrere Ereignisse, die zu einer Erkrankung führen. Ein Gesundheitsrisiko kann aber auch, gleichzeitig verschiedene Krankheiten zur Folge haben. Die WHO unterscheidet zwischen weiter entfernten, distalen, und näheren, proximalen Auslösern und Ursachen in einer Kette von Ereignissen. Bei distalen Risiken ist ein breiterer Effekt auf verschiedene Erkrankungen zu erwarten als bei proximalen. Die unmittelbar folgende Abb. 6 aus dem WHO-Report von 2009 zu „Global Health Risks“ veranschaulicht die An-

wendung des abstrakten Modells auf die Multidimensionalität und -kausalität bei der Entstehung der ischämischen Herzerkrankung.

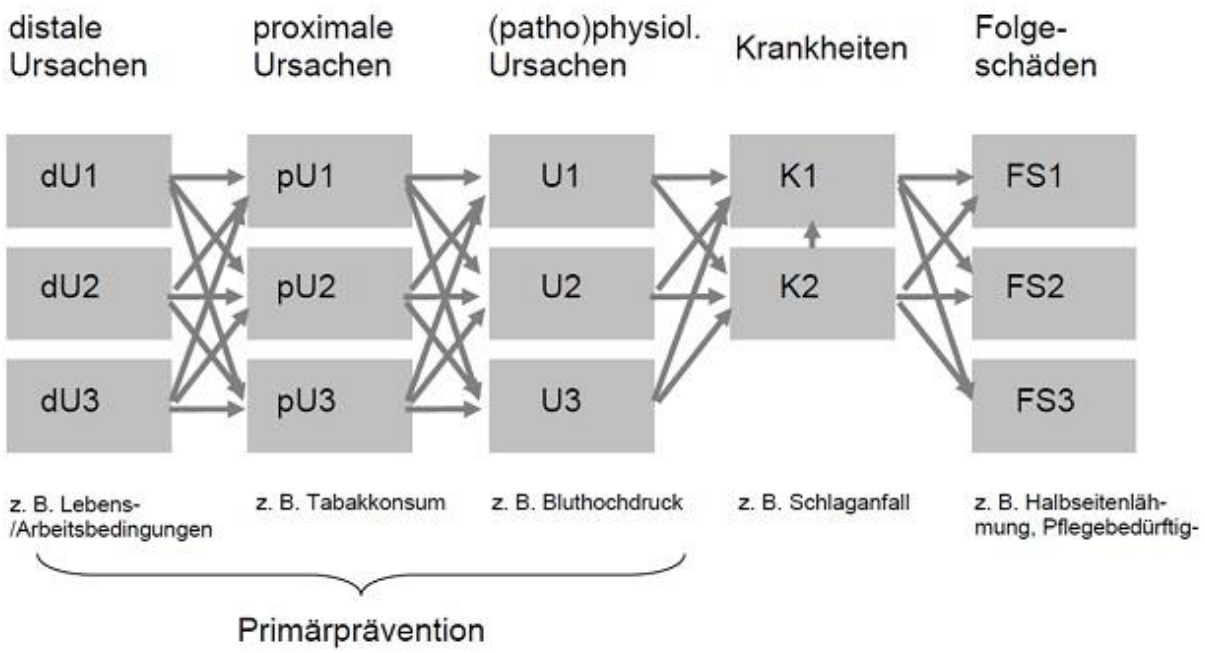


Abb. 5: Die Multikausalität in der Entstehung von Krankheiten (WHO 2002, 14: „causal chains of exposure leading to disease“ - hier in der deutschen Überarbeitung und Übersetzung von Laubereau et al 2004, 10)

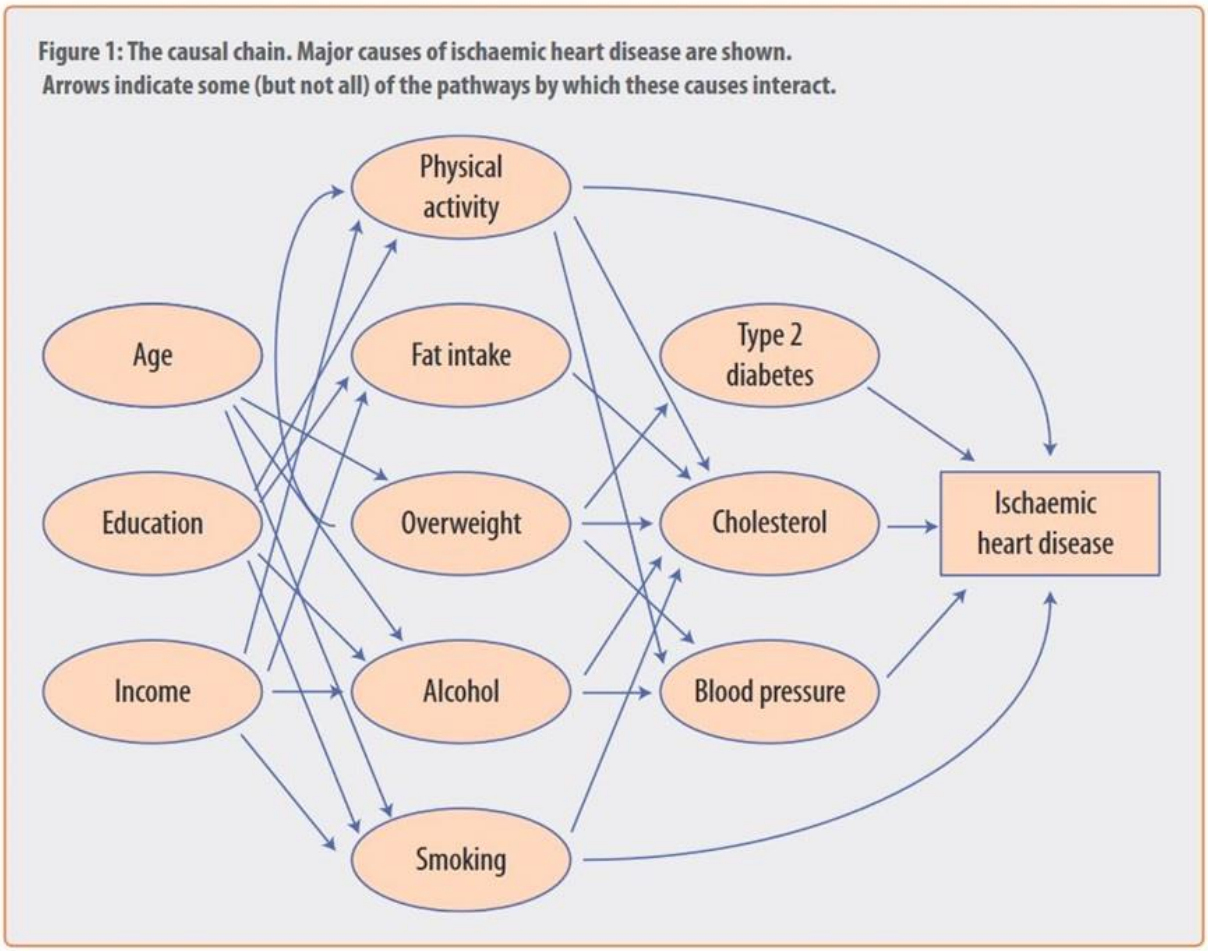


Abb. 6: Multikausalität in der Entstehung der ischämischen Herzkrankheit (aus: WHO 2009, 2)

Präventivmedizinische Umsetzung, Bewertung und Ausblick: Im Gegensatz zum wachsenden Komplexitätsanspruch ihrer Erklärungsmodelle dominiert in der präventivmedizinischen Umsetzung die Strategie der individuellen Verhaltensänderungen. Die Interventionen werden in aller Regel verengt auf die Veränderung von schädlichen Verhaltensmustern (individuelle und gruppenbezogene Psychoedukation z.B. bei Rauchentwöhnung, Ernährungsmodifikation, Bewegungsförderung oder der Krankheitsbewältigung), den Aufbau alternativer Handlungen oder - gegenwärtig stark zunehmend - eine verpflichtende Selbstoptimierung, Selbstüberwachung und -kontrolle („Self-Tracking" von risikobezogenen Grenz- oder Zielwerten). Die umfassenden Lebensweisen und Bewältigungskompetenzen sowie die Rahmen setzenden Lebenslagen und Settings der betroffenen Menschen (**Determinanten**) werden eher vernachlässigt.

Die epidemiologische Forschung zu medizinischen Risikofaktoren hat in den letzten drei Jahrzehnten eine stetige Verschärfung der Norm- und Grenzwerte für einen angenommenen Risikostatus angestoßen. Exemplarische Beispiele sind: engere Festlegungen für Normotonie und Hypertonie, für das LDL-Cholesterin im Blut, für den BMI als Indikator für

Normal- und Unter- bzw. Übergewicht, für die Blutzuckerkonzentration und den Langzeitzuckerwert als Anzeichen von Prä-Diabetes. Dies hat zur Folge, dass ein zunehmend größerer Teil der erwachsenen Bevölkerung von vormals gesunden bzw. organisch unauffälligen Personen zu überwachungs- bzw. behandlungsbedürftigen Risikoträgern erklärt wurde - im Englischen hat sich hierfür die Bezeichnung „the healthy sick" eingebürgert.. Ebenfalls wird die Typisierung von Risikogruppen auf der Grundlage von Verhaltensmustern oder Persönlichkeitsmerkmalen (z.B. das Typ-A-Verhaltensmuster als Kern einer sogenannten Risikopersönlichkeit) vorangetrieben.

Die Präventivmedizin weitet stetig den Kreis der Personen aus, die aus ihrer Sicht einer Früherkennung und therapeutischen Überwachung wegen erhöhter Risikowerte zugeführt werden müssen. Sozial- und Gesundheitswissenschaftler*innen warnten - wenn auch folgenlos - bereits Mitte der 1980er Jahre vor einem überzogenen gesamtgesellschaftlichen Gesundheitszwang („Healthismus" - Kühn) hin zu einem „homo epidemiologicus" (von Ferber) bzw. dem „präventiven Mustermenschen" (Trojan und Stumm) - siehe kritisch dazu auch die Ausführungen im Stichwort **Prävention** und Krankheitsprävention.

2007 hat Trojan die Kritik an der Medikalisierung der Prävention erneuert. Aus kulturwissenschaftlicher Sicht notierten Lengwiler und Madarasz 2010 eine stetig wachsende Konjunktur der medizinischen Risikoforschung mit drei, ineinander verschränkten Konsequenzen:

- Proliferation medizinischer Risiken;
- Extensivierung entsprechender Präventionsstrategien;
- Pathologisierung des lebensweltlichen Alltags.

Auch in der angloamerikanischen Public Health und Präventivmedizin wird der Topos zumindest punktuell immer wieder aufgegriffen: siehe Sacketts pointierte Zuschreibung einer „arrogance of preventive medicine" zu Beginn der 2000er Jahre oder Heath' weiterhin aktuelle Warnungen vor „excessive prevention" im Kontext interessengeleiteter „overdiagnosis" im präventiven Feld.

In der biomedizinischen Prävention, Klinik und Versorgungsforschung der Gegenwart wird der epidemiologische, also an statistische Wahrscheinlichkeiten gebundene Charakter von Risikofaktoren immer weiter ausgeblendet, z.T. gezielt verwischt. So definiert das deutsche Glossar zu den medizinischen Versorgungsleitlinien Prädiktoren als alle „Zustände, Merkmale oder Ereignisse, deren Vorhandensein oder Ausprägung die Vorhersage erlauben, dass ein bestimmter Zustand oder ein bestimmtes Zielereignis eintreten wird" (statt: mit bestimmter Wahrscheinlichkeit eintreten kann, PF). Als Beispiele für medizinisch relevante Prädiktoren etwa im Herz-Kreislauf-Bereich werden genetische Merkmale oder der Diabetes mellitus angeführt. Danach wird die Begrifflichkeit der Risikomarker

eingeführt, „um eine Assoziation ohne gesicherte Kausalität auszudrücken, während der Begriff Risikofaktor häufig eine Kausalität impliziert“. Die behauptete Ursache-Wirkungs-Implikation beruht nicht auf sicherer epidemiologischer Evidenz, sie ist voluntaristisch-interessengeleitet. Als Hintergrund ärztlicher Behandlungsleitlinien bestimmt und präformiert eine solche Umgewichtung gleichwohl mit erheblichen Folgewirkungen medizinische und politische Wahrnehmungen und Interventionen gegenüber den - auf diese Weise zu Großgruppen von „Kranken“ umdefinierten - Risikoträgern.

Sozialwissenschaftliche und gesundheitspsychologische Kritik: Gezielte Veränderungen von (selbst-)schädlichem Verhalten sind unbestritten wichtig zur Förderung der individuellen wie der öffentlichen Gesundheit. Dennoch decken solche Maßnahmen nur einen Teil der Risikodeterminanten ab. In seiner verengten präventiven Umsetzung ist das Risikofaktorenmodell nur für einen eingeschränkten Konzept- und Praxisbereich der Gesundheitsförderung tauglich. Faltermaier fasst die Kritik an den klassischen präventivmedizinischen Vorstellungen in neun Kernaussagen zusammen:

- Einzeln, aber auch in Kombination und Kumulation, klären die gesicherten Risikofaktoren nur einen eingeschränkten Bereich von erkrankungsbezogener Varianz auf.
- Das Modell ist zwar empirisch fundiert, es mangelt ihm jedoch an erklärender theoretischer Substanz, insbesondere bei komplexen Wirkungszusammenhängen.
- Die Auswahl der Variablen und Faktoren wirkt einseitig, ist im Kern verengt auf medizinisch isolierte Faktoren, welche mehrheitlich klinisch begründet waren und werden.
- Erklärungsversuche werden post-facto vorgenommen und sind in der Regel biomedizinisch eng geführt.
- Die verwandten statistischen Analysemodelle sind selbst in sehr großen Stichproben nur begrenzt tauglich, um insbesondere additive und interaktive Wirkungen von Risikofaktoren vollständig abzubilden und aufzuklären.
- Risikofaktoren wurden und werden als isolierte (Lebensstil-)Variablen konzipiert, sind damit getrennt von realer Lebensweise und Lebenswirklichkeit der betroffenen Personen und Kollektive.
- Das zugrunde gelegte, implizite Persönlichkeitsmodell ist vereinfachend, in der Tendenz reduktionistisch.
- Die Umsetzung bevorzugt medizinisch-technische Lösungen für künstlich isolierte Faktoren und wird so den komplexen psychosozialen Zusammenhängen, die sich hinter Risikothemen verbergen, nicht gerecht.
- Interventionen auf Grundlage des Modells führen zu einer Medikalisierung des Alltags und Stigmatisierung von gesunden Menschen mit Risikomerkmalen.

Komplex-interaktionistische Modelle wie die Belastungs-Bewältigungs-Modelle (in denen Erkenntnisse des Risikofaktorenmodells verarbeitet und integriert werden) oder die **Salutogenese** haben zunehmend größere Bedeutung als Handlungsbegründungen und -anleitungen (s. auch die WHO-Modellbildungen zur Multikausalität im Abschnitt „Globale Weiterentwicklungen"). Diese Modelle zeichnen sich durch einen sozio-psycho-somatischen Kausalpfad sowie einen paradigmatisch anderen Gesundheitsbegriff aus. Die einseitige biomedizinische Orientierung auf weitgehend verhaltensgebundene Risikofaktoren und sogenannte Risikoträger wird aufgegeben. Statt allein die präventive Korrektur sogenannter „Verhaltensverfehlungen" zu propagieren, wird hier die Herstellung und Erhaltung einer positiven Balance zwischen Risiko- und Schutzfaktoren in den Mittelpunkt gestellt. Dabei ist die Kenntnis der jeweiligen Lebensweisen und Lebenslagen sowohl aufseiten der Person als auch in ihrer Lebensumwelt von handlungsleitender Bedeutung (**Determinanten von Gesundheit**, **Gesundheit**).

An die Stelle des klassischen Risikofaktorenmodells treten - teilweise - in den Gesundheitswissenschaften und in der Gesundheitsförderung Konzepte des *Zusammenwirkens von Risikofaktoren und Schutz-/Protektivfaktoren* auf persönlicher, Gruppen-, Gemeinde- und sozialstruktureller Ebene. In der präventiven Grundlagenforschung herrschen jedoch noch die naturwissenschaftlich-somatischen bzw. verhaltensbezogenen Kausalpfade und Untersuchungsmethoden vor. Daher existieren auch weit mehr Instrumente zur Erfassung von organismischen Grenzwerten, persönlichem Risikoverhalten und/oder individuellen Stressoren als es Indikatoren oder Studien zu förderlichen Bewältigungs-, Unterstützungs- und Umweltbedingungen gibt. In der Gesundheitsförderung sollten aber nur solche Interventionen vorgenommen werden, in denen sowohl verhaltens- als auch verhältnispräventive Änderungen angestrebt werden - bei gesicherter Teilhabe und Mitbestimmung der beteiligten Menschen (**Partizipation**) und unter strenger Vermeidung auch unbeabsichtigter sozialer Ungleichbehandlung („inequality paradox"; s. **Präventionsparadox**).

Literatur:

AIHW, Australian Burden of Disease Study: impact and causes of illness and death in Australia 2011. Australian Burden of Disease Study series no. 3, Canberra (AIHW) 2016;

AIHW, Impact of overweight and obesity as a risk factor for chronic conditions. Australian Burden of Disease Study series no. 11, Canberra (AIHW) 2017;

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF)/Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) (Hg.), Leitlinien-Glossar, Berlin 2007 (keine Aktualisierung oder Neufassung bis Juni 2018);

Duttweiler S, Alltägliche (Selbst)Optimierung in neoliberalen Gesellschaten, in: APuZ 37-38, 2016 (66), 27-32;

Duttweiler S/Gugutzer R/Passoth JH/Strübing J, Leben nach Zahlen - Self-Tracking als Optimierungsprojekt? Bielefeld 2016;

Faltermaier T, Gesundheitspsychologie, Stuttgart, 2. überarb. u. erw. Aufl. 2017;

Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. In: Lancet, 10053, 2016 (388), 1659-1724 (DOI: http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31679-8);

Heath I, Overdiagnosis - when good intentions meet vested interests, in: British Medical Journal 2013, 347: f6361;

Kühn H, Healthismus - Eine Analyse der Präventionspolitik und Gesundheitsförderung in den U.S.A., Berlin 1993;

Laubereau B/Ehrensperger P/Wildner M, Evidenzgestützte Strategieentwicklung in der Prävention und Gesundheitsförderung, Erlangen (Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit) 2004;

Lengwiler M/Madarasz J, Präventionsgeschichte als Kulturgeschichte der Gesundheitspolitik, in: dies. (Hg.), Das präventive Selbst, Bielefeld 2010, 11-28;

Plass D et al, Entwicklung der Krankheitslast in Deutschland. In: Deutsches Ärzteblatt 38, 2014 (111), 629-638;

Sackett DL, The arrogance of preventive medicine, in: Canadian Medical Association Journal 2002 (167), 4, 363-364;

Schaefer H/Blohmke M, Sozialmedizin, Stuttgart 1978;

Schaefer JR/Herzum M, Arteriosklerose und koronare Herzkrankheit - Stärken und Lücken im klassischen Risikofaktorenkonzept, in: Herz, H. 3, 1998 (23. Jg.), 153-162;

Siegrist J, Medizinische Soziologie, München 1995/2005;

Trojan A, Medikalisierung der Prävention, in: Schmidt B/Kolip P (Hg), Gesundheitsförderung im aktivierenden Sozialstaat, Weinheim 2007, 117-127;

WHO, Global Health Report, Geneva 2002;

WHO, Global health risks - Mortality and burden of disease attributable to selected major risks, Geneva 2009;

WHO, Führende gesundheitliche Risikofaktoren in der Europäischen Region: Faktenblatt, Genf 2013

Internetadressen:

www.awmf.de (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V.)

www.rki.de (Robert Koch-Institut)

www.versorgungsleitlinien.de/glossar (Internetangebot Versorgungsleitlinien.de)

www.who.org (World Health Organization)

Verweise:

Determinanten von Gesundheit, Frühe Hilfen, Gemeindeorientierung, Gesundheit, Gesundheitliche Aufklärung und Gesundheitserziehung, Gesundheitsförderung 2: Entwicklung vor Ottawa 1986, Gesundheitswissenschaften / Public Health, Partizipation: Mitentscheidung der Bürgerinnen und Bürger, Prävention und Krankheitsprävention, Präventionsparadox, Resilienz und Schutzfaktoren, Risikofaktoren und Risikofaktorenmodell, Salutogenetische Perspektive, Sozialmedizin, Stress und Stressbewältigung, Systemisches Anforderungs-Ressourcen-Modell in der Gesundheitsförderung

Risikokommunikation

Lisa Meyer, Constanze Rossmann, Hans-Bernd Brosius

(letzte Aktualisierung am 04.01.2017)

Begriffsdefinition: Risikokommunikation lässt sich definieren als Austausch von Informationen über Risiken und Gefahren mit der Intention, Risikobewusstsein und -verständnis zu schaffen, risikohaftes Verhalten zu vermindern sowie risikominimierendes Verhalten zu bestärken (Weaver et al. 2008). Als Teilbereich von Gesundheitskommunikation betrifft Risikokommunikation gesundheitliche Risiken. Im sozialwissenschaftlichen Kontext wird Risiko als Produkt aus Schadenshöhe und Eintrittswahrscheinlichkeit eines erwartbaren Schadens verstanden (Bonfadelli 2000). Als zielgerichtete Bemühung, die Öffentlichkeit über Risiken zu informieren, beinhaltet Risikokommunikation Informationen über die Art, Größe, Bedeutung und Kontrollierbarkeit eines Risikos.

Primäres Ziel der Risikokommunikation ist es, durch Bereitstellung und Verbreitung von Informationen die Risikowahrnehmung und das Verhalten der Bevölkerung zu beeinflussen, um gesellschaftlichen Schaden zu begrenzen, einzudämmen oder zu reduzieren. Darüber hinaus werden der Risikokommunikation drei weitere Funktionen zugeschrieben: Aufklärung über Risiken (enlightenment), Aufbau von Vertrauen in verantwortliche Institutionen (trust-building) sowie Ermöglichung eines Dialogs zwischen den am Krisenmanagement beteiligten Stakeholdern, also allen relevanten Interessengruppen und involvierten Parteien (participative function).

Lundgren und McMakin (2009) unterscheiden drei Typen von Risikokommunikation: Care Communication, Consensus Communication und Crisis Communication. Während sich Care Communication auf Risiken bezieht, deren Gefahren gut erforscht und von der Bevölkerung anerkannt sind (z.B. Rauchen, Aids), geht es im Rahmen der Consensus Communication darum, Sichtweisen unterschiedlicher Stakeholder in Bezug auf den Umgang mit weniger bekannten Risiken zusammenzuführen. Crisis Communication ist Risikokommunikation angesichts unvorhersehbarer, plötzlicher Gefahren, wie Pandemien, Reaktorunglücke oder Naturkatastrophen. Krisenkommunikation wird hier als Spezialfall von Risikokommunikation gesehen. Folgt man dem vom amerikanischen *Center for Disease Control and Prevention* (CDC) entwickelten *Crisis and Emergency Risk Communication*-Modell (CERC), so stehen beide Formen der Risikokommunikation in einem zeitlichen Verhältnis. Risikokommunikation ist demnach der Krisenkommunikation vorgelagert und setzt vor Eintreten eines Schadens oder einer Gefahr ein.

Damit ist Risikokommunikation ereignisunabhängig, geplant und kontrolliert einsetzbar, kann Botschaften gezielt und zielgruppenspezifisch, etwa in Form von Kampagnen, platzieren, während Krisenkommunikation in Phasen größerer Unsicherheit fällt und häufig schnell und weniger kontrolliert einsetzt wird.

Phasen	Anforderungen	Ziele
Vorfeld der Krise	Kommunikation von Risiken, Warn- und Präventionsbotschaften	Aufklärung und Vorbereitung der Öffentlichkeit Sensibilisierung für bestehende Risiken Vorbereitung auf das mögliche Eintreten eines unerwünschten Ereignisses Hinwirken auf eine Verhaltensänderung, die die Eintrittswahrscheinlichkeit von Schäden verringert Vorbereitung und Verbreitung spezifischer Warnbotschaften zu konkreten Bedrohungen Allianzen und Kooperationen von relevanten Institutionen, Organisationen und Verbänden Kommunikation von Expertenwissen und Handlungsempfehlungen
Auslösendes Krisenereignis	Beruhigung der Öffentlichkeit, Reduktion von Unsicherheit und Bestärkung von Selbstwirksamkeit	Schnelle Kommunikation mit der breiten Öffentlichkeit Beruhigung und Vermeidung von Panik Festlegung von Ansprechpartnern, Kommunikationskanälen und -strategien Schaffung eines breiten Verständnisses der Krisenumstände und -folgen sowie des Krisenmanagements auf Basis aller verfügbaren Informationen Reduzierung der krisenbedingten Unsicherheit Aufklärung über individuell umsetzbare Präven-

		tionsmaßnamen und Reaktionsmöglichkeiten
Anhaltendes Krisengeschehen	Anhaltende Maßnahmen zur Beruhigung, Reduktion von Unsicherheit und Bestärkung von Selbstwirksamkeit	Genaueres öffentliches Verständnis des anhaltenden Risikos sowie der Hintergründe der Krise Zusammenarbeit und gegenseitige Unterstützung der am Krisenmanagement beteiligten Stakeholder Korrektur von Missverständnissen und Gerüchten Wiederholung der Selbstwirksamkeits- und Präventionsbotschaften Informierte Entscheidungsfindung der Öffentlichkeit basierend auf einem umfassenden Verständnis von Vorteilen und Gefahren verschiedener Reaktionsmöglichkeiten
Auflösung der Krise	Updates über Krisenentwicklung und -ende, Diskussion von Ursachen und möglicher neuer Risiken	Informationen über Sanierungs- und Wiederaufbaumaßnahmen Transparente Diskussion von Ursachen, Verantwortlichkeiten und Angemessenheit der Reaktionen auf die Krise Verständnis der Öffentlichkeit für neue Risiken und effektives Risikovermeidungsverhalten Reputationsaufbau oder Imagereparatur der beteiligten Organisationen, Unternehmen und Institutionen
Evaluation	Diskussionen über die Angemessenheit der Krisenreaktion; Konsens über den Unterricht und ein neues Verständnis von Risiken	Evaluierung und Bewertung des Krisenmanagements und der Kommunikationsaktivitäten Dokumentation der Erfahrungen und der abgeleiteten „lessons learned“

Festschreibung spezifischer Maßnahmen zur Verbesserung der Krisenkommunikation und der Reaktionsfähigkeit

Maßnahmen im Vorfeld neuer Krisen ergreifen, Verbindung zu Phase 1 herstellen

Abb. 1: Crisis and Emergency Risk Communication-Modell (CERC) Quelle: Eigene Darstellung nach Reynolds & Seeger (2005, S. 52-53)

Wie das CERC-Modell verdeutlicht, setzt eine erfolgreiche Kommunikationsstrategie im Kontext von gesundheitsbezogenen Krisenfällen voraus, dass vor dem Eintreten einer Gesundheitsgefahr Maßnahmen der Risikokommunikation und der Gesundheitsförderung kombiniert werden und während der Krise eine adäquate Krisenkommunikation geleistet wird. Durch die Risikokommunikation im Vorfeld können zentrale Handlungsempfehlungen und Präventionsbotschaften verbreitet und Risikogruppen über das mögliche Eintreten einer Gefahr informiert werden. Darüber hinaus müssen verantwortliche Institutionen stabile Beziehungen zu anderen Stakeholdern etablieren, den Informationsaustausch befördern und Maßnahmenpakete erarbeiten, die sie für den Krisenfall vorbereiten und somit Schaden begrenzen.

Insbesondere im Kontext von Gesundheitsrisiken werden die dargestellten Möglichkeiten in der Praxis nur selten in dieser idealtypischen Weise ausgeschöpft. Im Bereich der Gesundheitskommunikation kommt Risikokommunikation vor allem im Rahmen von Gesundheitskampagnen zum Tragen, die zum Ziel haben, einen gesunden Lebensstil zu bewerben oder die Öffentlichkeit auf Risiken aufmerksam zu machen. Die kommunizierten Inhalte sind für das Publikum oft furchteinflößend und die intendierten Verhaltensänderungen sind unangenehm. Dies stellt besondere Herausforderungen an die Kommunikatoren (z.B. verantwortliche Institutionen, Behörden oder Verbände), die den Spagat zwischen der Vermittlung von Risiken und Handlungsempfehlungen, Stärkung von Selbstwirksamkeit und Vermeidung von Panik oder Reaktanz schaffen müssen. Hinzu kommt, dass verantwortliche Kommunikatoren in einem thematischen Kontext Aufklärungsarbeit leisten, in dem - gerade vor Eintreten einer Krise - oftmals kein Risikobewusstsein vorhanden ist.

Massenmedien und Risikokommunikation: Massenmedien wie Fernsehen, Hörfunk und Tageszeitungen sind ein wichtiger Kanal für die Verbreitung von Risikoinformationen an die Bevölkerung. Angesichts ihrer hohen Nutzungsintensität und Reichweite haben sie grundsätzlich das Potential, das Wissen über und die Wahrnehmung von Gesundheitsrisiken zu beeinflussen. Hinzu kommt, dass die Medien bisweilen die erste und sogar einzige Informationsquelle sind, die über Risiken informiert. Gerade dort, wo Rezipienten - die Empfänger einer medialen Botschaft - Risiken nicht in ihrem direkten Umfeld wahrnehmen

bzw. die Risiken selbst unsichtbar sind (z.B. Radioaktivität), sind die Medien in der Lage, den Erfahrungshorizont der Rezipienten zu erweitern und die Risikowahrnehmung zu beeinflussen. Dieser Einfluss birgt Chancen wie Risiken gleichermaßen; er kann zugleich zur Aufklärung der Rezipienten beitragen und eine verzerrte Wahrnehmung kommunizierter Inhalte bedingen. Im Falle einer objektiven, ausgewogenen und fundierten Berichterstattung haben Massenmedien das Potential, die Öffentlichkeit zu informieren und auf Gefahren vorzubereiten. Allerdings birgt die Thematisierung von Risiken in den Medien ihrerseits Risiken, etwa wenn bestimmte Themen überbetont und andere, eigentlich wichtigere Themen vernachlässigt werden. In diesem Fall kann die Medienberichterstattung zu einer verzerrten Risikowahrnehmung führen, gerade dann, wenn der persönliche Erfahrungshorizont nicht ausreicht, die medial vermittelten Informationen zu prüfen.

Die Beziehung von Journalisten und Kommunikationsverantwortlichen in Gesundheitsorganisationen wird häufig als von gegenseitigem Unverständnis geprägt beschrieben. Die Berichterstattung wird als vereinfacht, inakkurat und sensationalistisch empfunden; Journalisten wiederum beklagen die unprofessionelle, arrogante, kontrollierende Arbeit der PR-Beauftragten. Um eine produktive Beziehung zu etablieren, ist es wichtig, Arbeitsweise und Beschränkungen der Medienorganisationen zu begreifen. Denn die Ziele von Gesundheitsorganisationen und Medien können gegenläufig sein, auch wenn das vordergründige Ziel beider Seiten in der Information der Öffentlichkeit besteht. Medien müssen ökonomisch bestehen und die Nachfrage der Rezipienten bedienen. Sie können daher zu anderen Auffassungen kommen, andere Schwerpunkte legen, nach Verantwortlichen suchen und Schuld zuweisen. Während Risikoberichterstattung a) diskret und nicht kontinuierlich, b) zustands- und nicht prozessorientiert, c) ereignis- und nicht problemorientiert ist, zeichnen wissenschaftliche Arbeiten oftmals einen noch nicht abgeschlossenen, komplexen Erkenntnisprozess nach. Sie geben einen Zwischenstand wieder und sind oft vor dem Hintergrund relativierender Einschränkungen zu interpretieren. Journalisten reduzieren die Komplexität von Risikozusammenhängen, bevorzugen monokausale Erklärungsmuster und dekontextualisieren Inhalte unabhängig von wissenschaftlichen Konzepten. Vor dem Hintergrund redaktioneller Organisationsprobleme, wie ungenügender Infrastruktur, unflexibler Produktionsroutinen oder eines fehlenden redaktionellen Gedächtnisses, wiegt auch die vielfach kritisierte fachliche Inkompetenz der Reporter schwer.

Unter dem Druck von Zeit- und Platzmangel sowie wirtschaftlichen Zwängen greifen Medien auf Selektionskriterien zurück, die in der Kommunikationswissenschaft im Rahmen der Nachrichtenwerttheorie erforscht und beschrieben wurden. Massenmedien berichten demnach eher über eingetretene Schäden und punktuelle Ereignisse als über krisenhafte Entwicklungen. Die Schadenfolgen unbekannter Risiken werden dramatisiert, die Folgen bekannter Risiken bagatellisiert oder ignoriert. Außergewöhnliche und überraschende Ereignisse, seltene Risiken sowie Konflikte und Kontroversen finden leichter ihren Weg in

die Medien, ebenso Themen die eine geographische, politische oder kulturelle Nähe aufweisen oder aber mit prominenten Personen in Verbindung gebracht werden können. Während Krisen, Gewalttaten und Katstrophen die Aufmerksamkeit der Medien erregen, haben es Themen der Gesundheitsförderung oftmals schwerer. So werden Risiken nicht entsprechend ihrer Eintrittswahrscheinlichkeit oder tatsächlichen Gefahr berichtet, so scheinen Herzerkrankungen und Raucherlungen oft weniger berichtenswert als Flugzeugabstürze oder Killerviren. Dies kann systematische Verzerrungen zugunsten bestimmter Nachrichten, Themen und Ereignisse zur Folge haben. Wird über Gesundheitsthemen berichtet, so werden die Inhalte oft personalisiert, reduziert, emotionalisiert oder vereinfacht dargestellt, mit dem Ziel, das Interesse des Publikums zu wecken und Inhalte allgemein verständlich aufzubereiten. Kontexte, Hintergründe, ausführliche Erklärungen und Vergleiche haben darüber hinaus häufig keinen Platz. Gesucht werden außerdem Verursacher und Täter, wodurch der Eindruck entstehen kann, dass Risiken zuordenbar und damit kontrollierbar sind.

Soziale Medien und Risikokommunikation: Risikoinformationen werden zunehmend nicht mehr nur über klassische Massenmedien verbreitet, sondern auch über moderne Kommunikationskanäle wie Webportale, Blogs, Foren oder soziale Netzwerkangebote. Dies eröffnet neue Potenziale, aber auch Grenzen für die Risikokommunikation. Leichter Zugang, kostengünstige und schnelle Verbreitung, Viralität, effektive Kommunikation durch Verknüpfung interpersonaler und massenmedialer Kommunikation, Interaktivität und Tailoring auf der einen Seite, mangelnde Qualitätskontrolle und Verbreitung von Falschinformationen auf der anderen. Vor allem soziale Medien wie Facebook und Twitter, die die Nutzer in die Lage versetzen „ohne große technische Barrieren eigene Inhalte zu publizieren oder fremde Beiträge zu kommentieren, und so die Grenze zwischen Rezeption und Produktion von Medieninhalten verschwimmen lassen“ (Trepte & Reinecke 2010 S. 217), werden zunehmend wichtiger. Zwei Faktoren sind ausschlaggebend dafür, dass sozialen Medien auch für die Risikokommunikation erhebliches Potenzial zugeschrieben wird: (1) Wenn Nutzer selbst kreativ werden, erhöht sich ihr persönliches Involvement, was potenzielle Effekte auf Einstellungen und Verhalten verstärken kann. (2) Durch die einfachen Möglichkeiten, sein Gefallen an Meldungen auszudrücken und Nachrichten an Freunde und Bekannte weiterzuleiten, können auch wenig involvierte Nutzer Meldungen weiterverbreiten, wodurch Anschlusskommunikation verstärkt und die Reichweite erhöht wird.

Wahrnehmung von Risiken: Auch im Falle einer ausgewogenen Berichterstattung über Gesundheitsrisiken ist nicht gewährleistet, dass diese zu einer adäquaten Risikoeinschätzung bei den Rezipienten führt. So folgt die Risikobeurteilung der Menschen nicht einem rational abwägenden Urteilsprozess, der sämtliche zur Verfügung stehenden Informationen objektiv beurteilt und daraus eine Wahrscheinlichkeitsschätzung ableitet. Die Risikowahrnehmung wird vielmehr von alltagstauglichen Heuristiken, d.h. verkürzten Entscheidungs-

regeln geleitet. Dadurch werden bestimmte Risiken über-, andere unterschätzt. Wie die Menschen Risiken wahrnehmen, lässt sich mit psychologischen Mechanismen der Informationsverarbeitung erklären. Dazu zählen Verzerrungsmechanismen wie die Unterschätzung des eigenen Risikos im Vergleich zum Risiko der anderen (Optimistic Bias), die Überschätzung positiver Wahrscheinlichkeiten, die Überschätzung kleiner Wahrscheinlichkeiten, die Unterschätzung von Risiken, die in weiter Entfernung liegen, sowie die Überschätzung von Risiken, die nur begrenzt kontrollierbar sind und denen man unfreiwillig aussetzt ist. Auch dies gilt es zu berücksichtigen, wenn es darum geht, Menschen durch kommunikative Maßnahmen über Risiken aufzuklären.

Konsequenz für die Gesundheitsförderung und Prävention: In einer Gesellschaft, in der Medien die zentrale Instanz bei der Vermittlung von Gesundheitsthemen darstellen und soziale Medien eine zunehmende Bedeutung einnehmen, müssen Gesundheitsorganisationen diese Kommunikationskanäle berücksichtigen und ihren Bedürfnissen entsprechen, wenn sie die Öffentlichkeit erreichen wollen. Gleichzeitig gilt es, die Bedürfnisse unterschiedlicher **Zielgruppen**, Wahrnehmungsverzerrungen seitens der Rezipienten sowie die Bedeutung unterschiedlicher Phasen in Krisensituationen zu berücksichtigen. Folgenden Herausforderungen muss im Rahmen des Risikokommunikationsprozesses begegnet werden:

- Um unterschiedliche Einschätzungen der Risikosituation und eine Verunsicherung der Bevölkerung zu vermeiden, müssen Organisationen möglichst offen und transparent auftreten. Unsicherheiten müssen ebenso kommuniziert werden wie Wissenslücken oder fehlende Informationen. Um die Rezipienten nicht zu verunsichern, müssen Botschaften und Inhalte organisationsintern abgestimmt und einheitlich kommuniziert werden.
- Für Journalisten ist nicht zwangsläufig verkaufsfördernd, was dem öffentlichen Interesse am besten dient. Um eigenen Inhalten Aufmerksamkeit verschaffen zu können, sollten möglichst langfristige und tragbare Beziehungen zu relevanten Medienvertretern aufgebaut werden. Kommunikationsbeauftragte sollten ihr kooperatives Verhältnis zu Journalisten dabei auch außerhalb akuter Krisensituationen pflegen - ein Mehraufwand, der sich durch höhere Qualität der Berichterstattung auszahlt und die Chance auf angemessene Berichterstattung steigert.
- Da sich Medien als unabhängige „Watchdogs“ verstehen, die der Objektivität verpflichtet sind, wollen sie als unabhängige Gatekeeper, nicht als bloße Informationsüberbringer betrachtet werden. Für verantwortliche Institutionen ist es daher wichtig, gut vorbereitete Botschaften zu kommunizieren, als vertrauenswürdige Informationsquelle bereit zu stehen, erreichbar zu sein und Deadlines zu respektieren.

- Voraussetzung für eine effektive Risikokommunikation ist das Feststecken von gemeinsamen Kommunikationszielen und Zielgruppen. Kanäle, Inhalte, Sprache und Bilder können entsprechend angepasst und so die Chance erhöht werden, die gewünschte Resonanz in der Bevölkerung zu erzielen.
- Die Bedürfnisse der unterschiedlichen Mediengattungen sollten ausreichend bedient werden, etwa mit Presse-, Video- und Audiomaterial, aktuellen Zahlen und Statistiken, Beispielen mit lokalem Bezug, Zusammenfassungen der zentralen Punkte oder Namen potentieller Quellen.
- Um die Expertise in einem Gebiet glaubwürdig herauszustellen, sollten Gesundheitsorganisationen Risiken in einen größeren Zusammenhang stellen, Hintergrundwissen präsentieren, um so die Risikoeinschätzung zu erleichtern. Dafür ist es hilfreich, Ergebnisse und Statistiken schon im Vorfeld anschaulich zu interpretieren und aufzubereiten, Anknüpfungspunkte an kürzlich relevante Medienthemen zu suchen oder einen lokalen Bezug herzustellen.
- Um diese Professionalität gewährleisten und langfristig Reputation aufbauen zu können, muss das Verständnis der Bedeutung von Risikokommunikation in den Organisationen und der Stellenwert der Kommunikationsabteilungen wachsen. Fehlende Ressourcen, schlechte ausgebildetes Personal, ungeklärte interne Zuständigkeiten und lange Entscheidungswege verhindern zu oft ein schnelles Reagieren auf Interesse und Bedarf seitens der Medien.
- Web 2.0-Tools und soziale Medien ermöglichen es, mit relevanten Stakeholdern und der Öffentlichkeit direkt in Kontakt zu treten. Gesundheitsorganisationen sollten sich in diesem Bereich Kompetenzen aneignen, um die Möglichkeiten der interaktiven Kommunikationskanäle in Zukunft stärker ausschöpfen zu können. Dies erfordert Aufwand und verursacht Kosten, die nicht zu unterschätzen sind. Angesichts der Tatsache, dass die Nutzung sozialer Medien weiter zunimmt, und man die Nutzer auf diese Weise dort abholt, wo sie sich selbst bewegen, dürfte sich dieser Aufwand auf lange Sicht lohnen.
- Guidelines und vorbereitete Kommunikationskits können helfen, Risikokommunikation systematisch zu gestalten und zu verbessern.

Literatur:

Aven T/Renn O, Risk Management and Governance: Concepts, Guidelines and Applications, Berlin 2010

Bonfadelli H, Medienwirkungsforschung II: Anwendungen in Politik, Wirtschaft und Kultur, Konstanz 2000

Brosius HB/Rossmann C, Aufklärer und Risikofaktor. Die Rolle der Massenmedien in der Gesund- heitskommunikation, in: Prävention. Zeitschrift für Gesundheitsförderung, 32, 2009, 99-102

Covello VT, Best Practices in Public Health Risk and Crisis Communication, in: Journal of Health Communication, 8, 2003, 5-8

Günther L et al., Pandemie: Wahrnehmung der gesundheitlichen Risiken durch die Bevölkerung und Konsequenzen für die Risiko- und Krisenkommunikation, in: Schriftenreihe Forschungsforum Öffentliche Sicherheit, 7, 2011

Lundgren RE/McMakin AH, Risk communication. A handbook for communicating environmental, safety, and health risks, Hoboken 2009

Reynolds B/Seeger MW, Crisis and Emergency Risk Communication as an Integrative Model, in: Journal of Health Communication, 10(1), 2005, 43-55

Rossmann C/Brosius HB, Die Risiken der Risikokommunikation und die Rolle der Massenmedien, in: Bundesgesundheitsblatt, 56(1), 2012, 118-123

Seeger MW/Reynolds B, Crisis Communication and the Public Health. Integrated Approaches and New Imperatives, in: Seeger MW et al. (Hg.), Crisis Communication and the Public Health, Cresskill 2008, 3-20

Trepte S/Reinecke L, Unterhaltung online - Motive, Erleben, Effekte, in: Schweiger W (Hg.), Handbuch Online-Kommunikation, Wiesbaden 2010, 211-233

Weaver JB et al., Risk communication, in: Heggenhougen K/Quah S (Hg.), International encyclopedia of public health, San Diego 2008, 601-606

Internetadressen:

https://emergency.cdc.gov/cerc/index.asp
www.cricorm.eu
www.healthc-project.eu

Verweise:

Zielgruppen, Multiplikatorinnen und Multiplikatoren

Rural health/Gesundheit im ländlichen Raum

Esther Rind, Birgit Reime, Christian Weidmann

(letzte Aktualisierung am 27.06.2017)

Abgrenzung/theoretischer Hintergrund

Rural health / Gesundheit im ländlichen Raum (in Abgrenzung zu **UrbanHealth / Stadtgesundheit**) beschäftigt sich mit dem Gesundheitszustand, der Gesundheitsversorgung und der Gesundheitsförderung der Bevölkerung im ländlichen Raum. Studien zur Gesundheit im ländlichen Raum haben vor allem den Zugang zu Gesundheitsinstitutionen, die Qualität und die Kosten der Gesundheitsversorgung herausgearbeitet. Außerdem wurden Besonderheiten hinsichtlich physischer, sozioökonomischer und kultureller Einflussgrößen von Gesundheit im ländlichen Raum beschrieben und Konsequenzen für die Gesundheitsförderung formuliert. In diesen Studien kommen eine **Gemeindeorientierung** und die damit verbundene Überzeugung zum Ausdruck, dass Gesundheitsförderung den unmittelbaren Kontext und die Lebenszusammenhänge jedes Einzelnen berücksichtigen sollte. Obwohl die Gesundheit im ländlichen Raum in den letzten Jahren eine größere Aufmerksamkeit erhalten hat, gibt es bislang international keine einheitliche Definition des ländlichen Raums, wodurch Forschungsergebnisse oft nur schwer vergleichbar sind. Auch in Deutschland existierte bis vor kurzem in der amtlichen Statistik keine Ausweisung des ländlichen Raums. Inzwischen hat das Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung eine Einteilung vorgelegt, in der 60% der Fläche und rund 30% der deutschen Bevölkerung zum ländlichen Raum zählen. Dabei bilden alle kreisfreien Großstädte sowie die städtischen Kreise den städtischen Raum, alle ländlichen Kreise bilden den ländlichen Raum.

Wird der Gesundheitszustand der Bevölkerung im ländlichen Raum betrachtet und mit der urbanen Bevölkerung verglichen, ist zu berücksichtigen, dass in vielen ländlichen Gebieten bedingt durch die Abwanderung junger Bevölkerungsgruppen ein höheres Durchschnittsalter vorliegt. Bei vielen chronischen Erkrankungen zeigte sich daher im ländlichen Raum eine erhöhte Prävalenz. Entsprechend lag auch die Lebenserwartung im ländlichen Raum auf Basis der Sterbetafel 2012-2014 um 0,5 Jahre (Frauen) bzw. 0,9 Jahre (Männer) unter der Lebenserwartung im städtischen Raum, auch wenn es vereinzelt ländliche Regionen mit hoher Lebenserwartung gab. Selbst unter Berücksichtigung der Altersstruktur finden sich in Deutschland bspw. bei Adipositas und Diabetes mellitus markante Unterschiede zu Ungunsten eher ländlicher und weniger privilegierter Regionen, wodurch der Bedarf einer

regionalisierten **Gesundheitsberichterstattung** betont wird. In einigen Bundesländern wurden vor diesem Hintergrund Gesundheitsregionen gegründet - etwa die Gesundheitsregionen Niedersachsen oder die Gesundheitsregionen^{plus} in Bayern - um die regionalen Akteure der Gesundheitsversorgung stärker zu vernetzen und den Gesundheitszustand der Menschen in den Regionen zu verbessern. Erste Evaluationen belegen, dass die Netzwerkbildung in den teilnehmenden Regionen erfolgreich war. Viele der beteiligten Stadt- und Landkreise stammen aus dem ländlichen Raum und konnten von der verbesserten Koordination profitieren (Hollederer 2016).

Der ländliche Kontext

Physisches Umfeld. - In Bezug auf das physische Umfeld spielen Luftverschmutzung, Feinstaubbelastungen, Lärm oder hohe Kriminalitätsraten auf dem Land meistens eine deutliche geringere Rolle als in der Stadt. Besonders hervorzuheben sind potenziell gesundheitsförderliche Ressourcen auf dem Land wie unverbaute Landschaften oder größere Gärten, die sich positiv auf körperliche Aktivitäten (z.B. Radfahren, Wandern) oder auch die Ernährung (Gemüse-, Obstanbau) auswirken können. Allerdings beschäftigen sich aktuelle Forschungsansätze mit den Auswirkungen des allgemeinen Rückgangs infrastruktureller Ressourcen auf die Gesundheit der ländlichen Bevölkerung (z.B. Rückbau des öffentlichen Nahverkehrs und des Einzelhandels, Zentralisierung von Gesundheitseinrichtungen). Des Weiteren haben Studien gezeigt, dass mangelnde Straßenbeleuchtung, fehlende Bürgersteige, hohe Verkehrsgeschwindigkeiten und Autoabhängigkeit sowie Umweltbelastungen (z.B. Nitrat-, Pestizid-, Trinkwasserbelastung durch intensive Landwirtschaft, Infraschall und Windkraftanlagen, Autobahnen und Eisenbahnlinien) einen negativen Einfluss auf die Gesundheit sowie gesundheitsrelevante Verhaltensweisen (z.B. physische Aktivität) der ländlichen Bevölkerung haben können.

Zugang zur Gesundheitsversorgung. - Die zunehmende Peripherisierung des ländlichen Raumes spielt in der Gestaltung der Gesundheitsversorgung eine zentrale Rolle. Von politischer und gesundheitswissenschaftlicher Seite wird v.a. die Aufrechterhaltung der medizinischen Versorgung im ländlichen Raum diskutiert. Die drohende Unterversorgung als auch die Qualität hausärztlicher Leistungen stehen dabei häufig im Mittelpunkt des Interesses. Die Gründe für die mangelnde Bereitschaft, sich als Hausarzt oder Hausärztin im ländlichen Raum niederzulassen, sind vielfältig. Nach Angaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) verhindern v.a. Budgetierung, zunehmende Bürokratisierung und eine schwache ländliche Infrastruktur eine flächendeckende hausärztliche Versorgung. Zusammenfassend kann eine unzureichende ländliche Gesundheitsversorgung in folgende Kategorien eingeteilt werden (Weinhold & Gurtner 2014): mangelnde Angebote bezüglich Quantität und Qualität, Fehlverteilung, eingeschränkter Zugang durch z.B. Mobilitätsproblematik auf dem Land (Autoabhängigkeit, eingeschränkter ÖPNV), und ineffiziente Nut-

zung vorhandener Angebote (z.B. mangelhafte Breitbandinfrastruktur verhindert Nutzung telemedizinischer Versorgungsangebote).

Weniger diskutiert werden Stadt-Land-Unterschiede in der Versorgung mit Beratungsstellen oder approbierten Psychotherapeuten, sowie der Versorgung mit Hebammenleistungen oder Angeboten zur Gesundheitsförderung. Bezüglich der psychotherapeutischen Versorgung wartet die ländliche Bevölkerung durchschnittlich doppelt so lange auf einen Behandlungsplatz (ca. 4 Monate) wie die städtische Bevölkerung, obwohl psychische Krankheiten mit Ausnahme von Psychosen und affektiven Störungen auf dem Land kaum seltener auftreten als in der Stadt (Jacobi et al. 2014). Inwieweit sich dieser Mangel an professionellen Anlaufstellen unterschiedlich auf verschiedene Zielgruppen auswirkt, wurde bisher nicht systematisch untersucht. Zum Beispiel sind Kinder und Jugendliche in psychischen Krisen durch weite Distanzen zu Hilfsangeboten, das Angewiesen-Sein auf schlecht ausgebaute öffentliche Verkehrsmittel und die gegenüber Gleichaltrigen in der Stadt geringeren „Abtauchmöglichkeiten" in die Anonymität gegebenenfalls in besonderem Maße beeinträchtigt. Hier bleibt dann oft nur der Rückgriff auf eine online-Beratung, wie sie beispielsweise von der Bundeskonferenz für Erziehungsberatung e.V. (**https://jugend.bke-beratung.de**) angeboten wird.

Die unzureichende Versorgung mit Hebammenleistungen hängt z.B. auch mit der Erreichbarkeit des nächsten Krankenhauses zusammen, welche im ländlichen Umland bei > 9 km liegt (Kernstädte: ca. 2 km). Stadt-Land Unterschiede finden sich ebenfalls hinsichtlich der Angebote zur Gesundheitsförderung: z.B. findet eine Beratung zur Aufnahme körperlich-sportlicher Aktivitäten in ländlichen Regionen deutlich seltener statt als in dichter besiedelten Gebieten (Göring et al. 2016).

Soziokulturelles Umfeld. - Viele Gesundheitsprobleme im ländlichen Raum sind weniger mit dem physischen Umfeld oder dem Zugang zur medizinischen Versorgung assoziiert, sondern hängen enger mit der Lebensführung zusammen. Forschungsergebnisse aus dem internationalen Kontext zeigen zum Beispiel, dass im Gegensatz zum städtischen Raum auf dem Land häufiger geraucht wird (für Deutschland wurde ein entgegengesetzter Trend dokumentiert). Des Weiteren ist der Anteil sportlicher Aktivitäten und von Alltagsbewegung (Laufen, Radfahren) niedriger (van Dyk et al. 2011), die Ernährungsgewohnheiten sind ungesünder (Unite for Sight 2015) und die Lebensqualität (bezüglich Bildung, Kultur, medizinischer Versorgung, Warenangebot) wird als geringer eingestuft (BBSR 2011). Dieser Trend kann nicht (nur) auf Unterschiede in Angeboten aus der Prävention oder Gesundheitsförderung zurückgeführt werden. Die soziokulturellen Ursachen dieser Unterschiede sind wenig erforscht, werden aber auf unterschiedliche sozioökonomische Bedingungen (Einkommen, Erwerbslosigkeit, Bildung) und die zunehmende Peripherisierung des ländlichen Raumes (Rückgang der Infrastruktur, soziostrukturelle Abkoppelung) zurückgeführt.

Soziokulturelle Aspekte des ländlichen Lebens können sich aber auch positiv auf die Gesundheit auswirken. Sozialkapital, soziale Netzwerke und die Reziprozität sozialer Beziehungen haben auf dem Land eine besondere Bedeutung. Obwohl die soziale Verbundenheit auch im ländlichen Raum in den letzten Jahren abgenommen hat (z.B. Familienleben, Nachbarschaftshilfe, Bereitschaft zum Ehrenamt, Vereinszugehörigkeit), gewinnt das kulturelle Gemeindeleben an Bedeutung. Aspekte der **Gemeindeorientierung** sind wichtige Faktoren hinsichtlich gesundheitlicher Ressourcen, **Prävention und Krankheitsprävention** sowie der **Gesundheitsförderung** im ländlichen Raum.

Ein besseres Verständnis der Interaktionen zwischen dem soziokulturellen Umfeld und Gesundheit spielt insbesondere im Rahmen der Entwicklung kultursensibler Präventions- und Gesundheitsförderungsprogramme für Menschen mit Migrationshintergrund eine wichtige Rolle. Internationale und deutschsprachige Studien zu Migrantenpopulationen basieren überwiegend auf Erhebungen im städtischen Kontext, weshalb über die gesundheitliche Lage von Migranten im ländlichen Raum und deren spezielle Bedürfnisse wenig bekannt ist. Gesundheitssoziologische Ansätze aus der Lebensstilforschung (**Lebensweisen / Lebensstile**) sowie der Setting-Ansatz (**Settingansatz / Lebensweltansatz**) bieten einen konzeptionellen Rahmen, um gesundheitsrelevante Verhaltensmuster im ländlichen Raum in ihren sozialen, ökonomischen und soziokulturellen Zusammenhängen besser zu verstehen.

Gesundheitsförderung im ländlichen Raum

Best Practice Interventionen für den ländlichen Raum sind in der Literatur kaum zu finden. Internationale Studien zu Gesundheitsförderung im ländlichen Raum beziehen sich beispielweise auf die Implementierung von E-Health Angeboten, den Umgang mit psychotischen Erkrankungen oder die Schulungen von ärztlichem und Gesundheitsfachpersonal zum Umsetzen von evidenzbasierten Empfehlungen. Hier handelt es sich in der Regel um isolierte Pilotprojekte und nicht um Interventionen, die bereits erfolgreich evaluiert wurden. Dabei zeigte sich zum Beispiel, dass Workshops für Haus- und Fachärzte verschiedener Spezialisierungen im ländlichen Nova Scotia (Kanada) die Kommunikation, das Sozialkapital und daraus folgend den Zugang von Schlaganfall-Betroffenen zu spezialisierter Versorgung verbesserten. Ein weiteres Beispiel betrifft die Versorgung von Diabeteserkrankten im ländlichen Australien. Dort waren speziell ausgebildete Pflegekräfte im Einsatz, um Patienten im Wechsel mit Hausärzten beim Management des Diabetes und mit Lebensstiländerungen zu unterstützen. Das Wissen der Diabeteserkrankten über ihre Erkrankung und das Zutrauen in ihre Fähigkeiten, mit der Krankheit umzugehen, lag in der Gruppe der von beiden Berufsgruppen Betreuten höher als in der nur von Hausärzten und Hausärztinnen betreuten Gruppe. Dieses Modellprojekt geht über das vom deutschen Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen im Gutachten des Jahres 2014 vorgeschlagene Modell der mobilen Praxen zur Deckung der Versor-

gungsbedarfe im ländlichen Raum hinaus. Infolge der unterschiedlichen soziokulturellen, akademischen und rechtlichen Kontexte, in denen Beschäftigte in Gesundheitsfachberufen im westlichen Ausland und im deutschen Rahmen tätig sind, können solche Modelle in Deutschland nicht einfach kopiert werden.

Best Practice Beispiele für Gesundheitsförderung im ländlichen Raum fehlen insbesondere dann, wenn es sich nicht um die Mehrheitsbevölkerung, sondern um vulnerable Zielgruppen wie beispielsweise Migrantenpopulationen handelt. Im Schwarzwald wurde daher im Jahr 2014 mit Hilfe eines partizipativen, empowerment-basierten Ansatzes eine gesundheitsbezogene Bedarfsanalyse in türkischen Gemeinden aus Südbaden durchgeführt (Reime et al. 2016). Dabei stellte sich die häusliche Pflege als das Thema mit dem höchsten Informationsbedarf heraus. Zu den Themen Depression, Demenz und Ernährung wurden ebenfalls Informationen gewünscht. Die partizipativ erarbeiteten Maßnahmen beinhalteten zweisprachige Informationsveranstaltungen in den Gemeinden und die Erstellung zweisprachiger Flyer zu den Themen Pflege und Depression mit Hinweisen zu Anlaufstellen. Basierend auf diesen Vorarbeiten stellte das Land Baden-Württemberg im Rahmen des Innovationsprogramms Pflege 2016 eine Anschubförderung zur Etablierung einer Vernetzungsstelle für kultursensible Pflege im ländlichen Raum zur Verfügung. An der Hochschule Furtwangen werden kultursensible Schulungen für Beschäftigte in der häuslichen Pflege angeboten und im angeschlossenen Pflegelabor werden Skills an pflegende Angehörige mit Migrationshintergrund vermittelt. Des Weiteren wird die Vernetzung zwischen den Pflegestützpunkten und den türkischen und russischen Gemeinden in der Region von zweisprachigen Gesundheitswissenschaftlerinnen in der Vernetzungsstelle gefördert. Die Herausforderung besteht auch hier in der Verstetigung und Ausdehnung der Angebote.

Internationale Perspektive

Während in Deutschland Stadt-Land-Unterschiede in Gesundheit, Gesundheitsverhalten und Gesundheitsversorgung bislang nur unsystematisch untersucht wurden, liegen vor allem aus den Vereinigten Staaten, Kanada und Australien zahlreiche Studien zur Gesundheit im ländlichen Raum vor. In diesen Ländern zeigte sich, dass die Krankheitslast der Bevölkerung im ländlichen Raum bei fast allen Indikatoren höher ist als bei der städtischen Bevölkerung. Der erschwerte Zugang zu medizinischer Versorgung insbesondere in sehr entlegenen Gegenden wird hierbei als wichtigste Ursache diskutiert. Aber auch die vergleichsweise schwierigen sozioökonomischen Bedingungen der ländlichen Gebiete und der Lebensstil der ländlichen Bevölkerung werden als Gründe genannt. Darüber hinaus wird auf die erhöhten Morbiditäts- und Mortalitätsraten der indigenen Bevölkerung (z.B. der American Indians, der Alaska Natives oder der Aboriginal Australians) und der ethnischen Minderheiten in ländlichen Gebieten (z.B. Rural Black Americans) hingewiesen. Die Ursachen der unterschiedlichen Raten werden kontrovers diskutiert.

Der große Stellenwert, den die Gesundheit und die Sicherstellung der Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum in diesen Ländern genießt, drückt sich unter anderem in eigenen Fachzeitschriften zu diesen Themen aus (z.B. The Journal of Rural Health, Australian Journal of Rural Health). Des Weiteren finden sich für die Bevölkerung im ländlichen Raum ebenso wie für Entscheidungsträger zahlreiche Internetplattformen mit Informationen zu den Herausforderungen in ländlichen Gebieten sowie zu Ansätzen der Prävention und Gesundheitsförderung speziell im ländlichen Kontext. Die Entwicklung eines vergleichbaren Informationsangebotes in Deutschland steht noch aus.

Kritische Würdigung und Ausblick

Stadt-Land-Unterschiede in Gesundheit und Gesundheitsverhalten betonen die Bedeutung der unmittelbaren Lebenszusammenhänge und erfordern eine kontextspezifische Gesundheitsförderung. Durch die sich abzeichnenden demografischen Veränderungen wird sich die Bedeutung des Kontextes vermutlich noch weiter verschärfen. Herausforderungen für den ländlichen Raum bestehen vor allem in der Sicherung eines angemessenen und kultursensiblen Angebots an Gesundheitsförderung und medizinischer Versorgung. Telemedizin und E-Health-Angebote können hierbei eine bedeutsame Rolle einnehmen, indem sie den Rückgang klassischer Infrastruktur kompensieren und neue Technologien für Maßnahmen der Gesundheitsförderung nutzen.

Literatur:

BBSR, Lebensqualität in kleinen Städten und Landgemeinden. Aktuelle Befunde der BBSR-Umfrage. BBSR-Berichte KOMPAKT 5, 2011, Bonn.

Görig T et al., Stadt-Land-Unterschiede im Angebot von Lebensstilberatung zur Prävention kardiovaskulärer Erkrankungen in der Hausarztpraxis. Ergebnisse einer bundesweiten Hausärztebefragung, in: Das Gesundheitswesen, 78 (08/09), 2016, 533-538.

Hollederer A. Regionale Gesundheitskonferenzen und Gesundheitsregionen^{plus} in Deutschland: Struktur-, Prozess-und Ergebnisqualitäten, in: Public Health Forum 24 (1), 2016, 22-25.

Jacobi F et al., Twelve-month prevalence, comorbidity and correlates of mental disorders in Germany: the Mental Health Module of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1-MH), in: International Journal of Methods in Psychiatric Research, 23 (3), 2014, 304-319.

Kroll LE / Lampert T, Regionalisierung von Gesundheitsindikatoren, in: Bundesgesundheitsblatt -Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 55 (1), 2012, 129-140.

Reime B et al., Gesundheitsbezogene Bedürfnisse von Migrantinnen und Migranten im ländlichen Raum, in: Gesundheitswesen, 2016, 78 - A4.

Weinhold I / Gurtner S, Understanding shortages of sufficient health care in rural areas, in: Health Policy, 118 (2), 2014, 201-214.

Van Dyck D et al., Urban-Rural Differences in Physical Activity in Belgian Adults and the Importance of Psychosocial Factors, in: Journal of Urban Health, 88 (1), 2011, 154 - 167.

Internetadressen:

http://www.bbsr.bund.de/nn_1067638/BBSR/DE/Raumbeobachtung/Raumabgrenzungen/Kreistypen2/kreistypen.html(Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung)
http://www.inkar.de/ (Indikatoren und Karten zur Raum- und Stadtentwicklung)
https://www.ruralhealthinfo.org/about (Rural Health Information Hub)
http://ruralhealth.org.au/ (National Rural Health Alliance)
http://www.uniteforsight.org/global-health-university/urban-rural-health (Unite for Sight: Urban Versus Rural Health)

Verweise:

Gemeindeorientierung, Gesundheitsberichterstattung, Gesundheitsförderung 1: Grundlagen, Lebensweisen / Lebensstile, Prävention und Krankheitsprävention, Settingansatz / Lebensweltansatz, Urban health / StadtGesundheit

Salutogenetische Perspektive

Alexa Franke

(letzte Aktualisierung am 12.05.2015)

Der Begriff „Salutogenese“ wurde von Aaron Antonovsky, einem amerikanisch-israelischen Medizinsoziologen, als Gegenbegriff zu dem der „Pathogenese“ geprägt: Während sich pathogenetische Ansätze primär um die Entstehung von Erkrankungen, das Verständnis pathogener Prozesse bemühen, wendet sich Salutogenese der Erforschung der Prozesse zu, die Gesundheit erhalten und fördern.

Pathogenese fokussiert somit darauf, warum und woran Menschen krank werden, Salutogenese hingegen darauf, was sie gesund erhält. Ihre Grundfrage lautet, warum Menschen trotz oftmals zahlreicher alltäglicher Belastungen und krankheitserregender Risikokonstellationen sowie kritischer Lebensereignisse gesund bleiben.

Pathogenetisches und salutogenetisches Modell unterscheiden sich grundsätzlich hinsichtlich ihrer Annahmen über das Verhältnis von Gesundheit und Krankheit zueinander: Pathogenese betrachtet Gesundheit als den Normalfall und Krankheit als davon abweichenden alternativen Zustand. Salutogenese hingegen nimmt Gesundheit und Krankheit als Pole eines gemeinsamen multifaktoriellen Kontinuums (**Gesundheits-Krankheits-Kontinuum**) an. Im pathogenetischen Modell ist man somit entweder gesund oder krank, im salutogenetischen Modell eher krank oder eher gesund - je nachdem, ob man sich näher am einen oder am anderen Pol befindet. Antonovsky beschreibt den Unterschied in einer Metapher: Der Fluss des Lebens, in dem wir uns alle befinden, fließt nicht stetig und gerade, sondern er hat Biegungen und unterschiedliche Fließgeschwindigkeiten, Stromschnellen und Strudel. Alle müssen Energie aufwenden, um den Kopf über Wasser halten zu können, und je nach Beschaffenheit des Flusses und den individuellen Fähigkeiten und Fertigkeiten kommen die Menschen mehr oder weniger gut voran. Niemand aber geht - so wie es das pathogenetische Modell mit seiner Dichotomie von gesund und krank vorgibt - trockenen Fußes am Ufer entlang und macht sich nur in Ausnahmefällen die Füße nass. Die Endpunkte des Kontinuums bezeichnet Antonovsky als *Health-ease* und *Dis-ease* und das Kontinuum entsprechend als *HEDE-Kontinuum*. Auf diesem HEDE-Kontinuum lässt sich für jede Person ihr gesundheitlicher Status auf den für sie relevanten Dimensionen bestimmen. Die Relevanz der Dimensionen ergibt sich aus der gesundheitlichen und sozialen Situation einer Person - für eine Schülerin mit juvenilem Diabetes etwa sind andere Dimensionen wichtig als für einen adipösen Busfahrer. Grundsätzlich gilt jedoch, dass die

Lokalisation durch zwei Ebenen beeinflusst wird: durch objektive Parameter des Befunds und durch subjektive des individuellen Befindens.

Als zentrale Faktoren, die entscheiden, ob die Bewegung zum positiven Pol des Kontinuums gelingt, gelten die *generalisierten Widerstandsressourcen* (GRRs **Schutzfaktoren**). Diese ermöglichen das konstruktive Umgehen mit den allgegenwärtigen Stressoren. Stehen einer Person ausreichend Widerstandsressourcen zur Verfügung, so können die Stressoren ihr gesundheitsschädigendes Potenzial nicht entfalten, da die Person immer wieder die Erfahrung macht, dass sie Stressoren meistern kann und ihnen nicht hilflos ausgeliefert ist. Generalisierte Widerstandsressourcen sind sowohl im Individuum als auch in dessen Umfeld und in der Gesellschaft zu finden.

Zu den individuellen Widerstandsressourcen gehören z.B.:

» gute körperliche Konstitution, ausreichende Immunpotenziale,
kognitive Ressourcen wie Wissen, Intelligenz und Problemlösefähigkeit,
psychische Ressourcen wie Optimismus, Selbstvertrauen, Ich-Identität,
Gesundheitswissen und Vertrautheit mit dem Versorgungssystem,
interpersonale Ressourcen wie soziale Unterstützung, soziale Integration und aktive Teilnahme an individuell bedeutsamen Entscheidungs- und Kontrollprozessen, soziokulturelle Ressourcen wie Einbindung in stabile Kulturen, Orientierung an Werten und Überzeugungen,
materielle Sicherheit, sicherer Arbeitsplatz, Verfügbarkeit über Dienstleistungen.

Wichtige gesellschaftliche Widerstandsfaktoren sind:

» Frieden, intakte Sozialstrukturen und funktionierende gesellschaftliche Netze,
Sicherheit der sozialen Systeme, z.B. der Kranken- und Rentenversicherung.

Je mehr generalisierte Widerstandsressourcen einer Person zur Verfügung stehen, desto stabiler bildet sich eine Überzeugung heraus, die Antonovsky das *Kohärenzgefühl* (sense of coherence, SOC) genannt hat: eine Grundüberzeugung, dass das Leben sinnvoll ist und dass man es meistern kann, auch wenn es manchmal schwierig ist. Das Kohärenzgefühl setzt sich aus drei Teilkomponenten zusammen:

» dem Gefühl der Verstehbarkeit der eigenen Person und der Umwelt (comprehensibility),
dem Gefühl der Handhabbarkeit und Bewältigbarkeit (manageability),
dem Gefühl der Bedeutsamkeit und Sinnhaftigkeit (meaningfulness).

Das Kohärenzgefühl ist ein dynamisches Verständnis der eigenen Person, dass man mit den Anforderungen zurechtkommen kann, dass man in der Lage ist, sich selbst und die eigenen Lebensbedingungen steuern und gestalten zu können. Menschen mit einem stark ausgeprägten Kohärenzgefühl fühlen sich den Anforderungen gewachsen, erleben sich

nicht als ausgeliefert oder fremdbestimmt und sind bereit, Verantwortung für sich und andere zu übernehmen. Sie erleben Stressoren als weniger angstauslösend, können sie häufig sogar als Herausforderung bewerten, an deren Bewältigung sie wachsen.

In einer Erweiterung des Modells gehen Franke et al. davon aus, dass das Kohärenzgefühl nicht nur zu einer besseren Stressbewältigung befähigt, sondern auch dazu, sich mehr gesundheitsförderliche Ressourcen zu erschließen bzw. diese besser zu nutzen: Humor, Optimismus, Genussfähigkeit und die Fähigkeit zu verzeihen sind beispielsweise Variablen, die nachweislich nicht nur als Puffer gegen Stress wirken, sondern aktiv direkt zu einem größeren Maß an Gesundheit beitragen. Menschen mit einem hohen Kohärenzgefühl profitieren diesem Modell zufolge somit doppelt: Sie bewältigen Stress erfolgreicher und nutzen ihre Ressourcen besser.

Abbildung 1 verdeutlicht die Annahmen über die Relevanz des Kohärenzgefühls als Grundlage der positiven Stressbewältigung und der Ressourcennutzung.

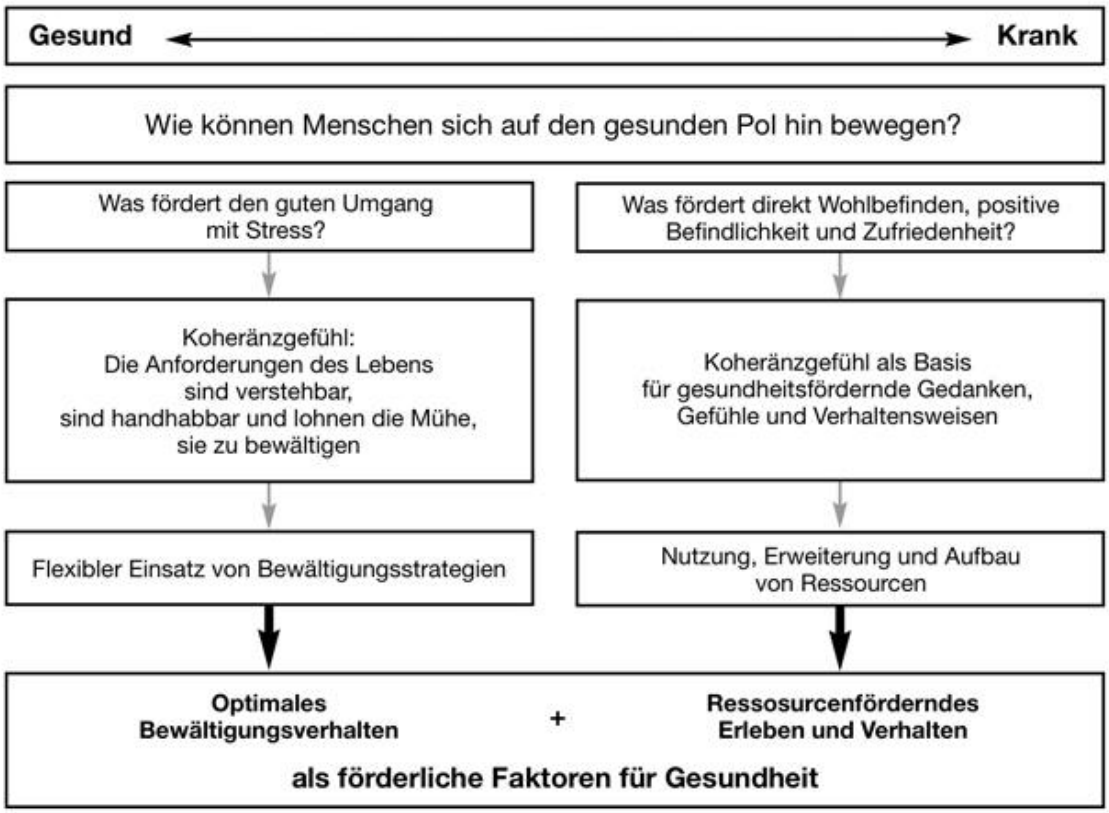


Abb. 1: Einfluss des Kohärenzgefühls (nach Franke 2010)

Antonovskys Annahme, dass das Kohärenzgefühl mit einem positiven Gesundheitszustand korreliert, konnte inzwischen in zahlreichen Studien insbesondere für die psychische und psychosomatische Gesundheit bestätigt werden. Dass es jedoch ursächlich der entschei-

dende Parameter für die Platzierung auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum ist, kann nach aktuellem Erkenntnisstand nicht als eindeutig belegt gelten.

Im Hinblick auf die Gesundheitsförderung bedeuten die unterschiedlichen Perspektiven von Pathogenese und Salutogenese, dass pathogenetische Ansätze primär versuchen, Krankheitsauslöser zu vermeiden, wohingegen die salutogenetische Perspektive auf eine Stärkung der Bewältigungspotenziale abzielt und darauf, sozialökologische Rahmenbedingungen zu fördern, die Menschen helfen, ihre Gesundheit zu bewahren. Das salutogenetische Modell korrespondiert daher gut mit den in der Ottawa-Charta der Gesundheitsförderung formulierten Handlungsebenen. In der Sprache der Salutogenese geht es darum, Bedingungen zu fördern, die Menschen helfen, ein hohes Ausmaß des Kohärenzgefühls aufbauen und erhalten zu können. Denn je stärker das Kohärenzgefühl ausgeprägt ist, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit, die Anforderungen des Lebens erfolgreich und mit positiven Auswirkungen auf die Gesundheit zu bewältigen.

Antonovskys Modell der Salutogenese ist derzeit eines der wichtigsten interdisziplinären, integrierenden Gesundheitskonzepte. Es hat die Gesundheitsforschung international enorm stimuliert und dazu beigetragen, dass die wissenschaftliche und praktische Aufmerksamkeit sich verlagert hat: weg von der Verhinderung von Krankheit hin zur Förderung von Gesundheit und den für sie notwendigen gesellschaftlichen und individuellen Bedingungen. Manche Aussagen des Modells warten noch auf ihre empirische Überprüfung, wobei es insbesondere notwendig ist, dass die bisherigen Querschnittsuntersuchungen durch Forschungen ergänzt werden, die die längerfristige Entwicklung des Kohärenzgefühls in Abhängigkeit von sozialen, ökonomischen und Umgebungsbedingungen untersuchen.

Der Begriff hat inzwischen eine Erweiterung insofern erfahren, als unter salutogenetischen Ansätzen verschiedene Konzepte zusammengefasst werden, die es sich zur Aufgabe gemacht haben, herauszufinden, was Gesundheit anderes ist als die Abwesenheit von Krankheit und wie man ihr näher kommen kann. Damit geht die Gefahr einher, dass der Begriff Salutogenese - vergleichbar dem der „Ganzheitlichkeit“ - für beliebige präventive Interventionen als Leerformel oder modische Umetikettierung vereinnahmt wird. Es steht daher aktuell die Aufgabe an, die verschiedenen Modelle daraufhin zu überprüfen, welches Modell am überzeugendsten seine Modellannahmen und -zusammenhänge empirisch absichern kann.

Literatur:

Antonovsky A, Meine Odyssee als Streßforscher, in: Jahrbuch für kritische Medizin 17, Berlin 1991, 112-130;

Antonovsky A, Salutogenese, Tübingen (dgvt) 1997; Bengel J. et al, Was erhält Menschen gesund? Köln (BZgA) 1999;

Franke, A., Modelle von Gesundheit und Krankheit, 3. Aufl., Bern (Huber) 2012,170-185;

Wydler H. et al, Salutogenese und Kohärenzgefühl, 4. Aufl., Weinheim (Juventa), 2010.

Verweise:

Gesundheits-/Krankheits-Kontinuum, Resilienz und Schutzfaktoren

Selbsthilfe, Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeförderung

Christopher Kofahl, Alf Trojan

(letzte Aktualisierung am 29.06.2016)

Selbsthilfe dient der Bedarfsdeckung, Bedürfnisbefriedigung oder Beseitigung von Defiziten jenseits der durch staatliche oder marktwirtschaftliche Aktivitäten vermittelten Fremdhilfe. Historisch betrachtet war Selbsthilfe vor allem die Selbstversorgung in vorurbanen und vorindustriellen Zeiten. Mit Beginn des industriellen Zeitalters galt es vor allem, sich gegen materielle Not zu helfen. Aus diesem Motiv entstanden beispielsweise die Vorläufer der heutigen Krankenkassen, die Arbeiterselbsthilfekassen. In manchen Bereichen hat sich die Selbsthilfe über lange Zeit als unspektakuläres selbstverständliches Prinzip behauptet, so z.B. im Bereich der Wohnungsversorgung. Hier hat es immer ein starkes Element der selbstorganisierten Errichtung von neuen Bauten und der Instandsetzung von Altbauten gegeben. Dies geschah und geschieht immer noch vor allem im Rahmen von Wohnbau-Genossenschaften oder besonderen Förderprogrammen, die Selbsttätigkeit in bestimmtem Umfang zur Voraussetzung für billige staatliche Kredite machen.

Etwa seit Mitte der 1970er-Jahre hat das Prinzip der Selbsthilfe in der Gesundheits- und Sozialpolitik zunehmend größere Bedeutung bekommen. Ursachen hierfür waren:

- die Knappheit öffentlicher Mittel für die Versorgung mit professionell organisierten Dienstleistungen,
- die zunehmende Kritik an der „Entmündigung“ der Bürgerinnen und Bürger durch vielfältige Formen professioneller Hilfe,
- die zunehmende Verrechtlichung, Monetarisierung und Bürokratisierung der staatlich organisierten Hilfen in der Sozialpolitik,
- Versorgungsmängel, Vernachlässigung der psychosozialen Dimension in der Medizin, neue Erkrankungen.

In der Sozialpolitikforschung wurde daraufhin dem System der professionellen Versorgung das zwar weniger sichtbare, aber kaum weniger bedeutungsvolle „Laiensystem“ gegenübergestellt, das im Wesentlichen auf dem Prinzip der Selbsthilfe beruht. Der Begriff Laie hat von der Herkunft aus dem Griechischen lediglich die Bedeutung „zum Volk gehörig“. Heutzutage wird jemand - eigentlich wertneutral - damit benannt, der keine Fachkenntnisse hat. Im Kontext der Selbsthilfe unterscheiden die Protagonisten deshalb

auch zwischen den „Fachkundigen“ als Bezeichnung für entsprechend qualifizierte Experten (Ärzte, Therapeuten, Sozialrechtler etc.) und den „Sachkundigen“ als Bezeichnung für die Betroffenen und ihre Angehörigen ohne formale Qualifikation in einem Indikationsgebiet oder Themenfeld, die dann auch unter dem Namen „Experten in eigener Sache“ auftreten. Diese Rolle ist auch die wesentliche Legitimation für den Großteil der Patientenvertreterinnen und -vertreter im Gemeinsamen Bundesausschuss und anderen Gremien des Gesundheitswesens.

Untersuchungen zur Inanspruchnahme des Systems der gesundheitlichen Versorgung zeigen weltweit ein beachtliches, jedoch kaum genutztes Potenzial von geäußerter Hilfebereitschaft in der Bevölkerung. Eine überragende Rolle spielt die *familiäre* Selbsthilfe, vor allem in der Pflege von chronisch kranken und alten Menschen. Frauen sind europaweit mit ca. 80 Prozent die wesentlichen Träger der familiären Selbsthilfe. Im weit verstandenen Sinne werden der Selbsthilfe auch die unentgeltlichen „ehrenamtlich“ erbrachten Hilfeleistungen im Rahmen von *Nachbarschaftshilfe* oder im Rahmen der *Aktivitäten von Wohlfahrtsverbänden* zugerechnet.

Gesundheits-Selbsthilfe wird als Grundlage für neue Ansätze in der besseren Bewältigung von Krankheiten, der Selbstbestimmung des Individuums und der aktiven Beteiligung am Gemeinwesen sowie in der Humanisierung der medizinischen Versorgung betrachtet. Selbsthilfe kann individuell oder in sozial organisierter Weise, d.h. kollektiv, erbracht werden. Für die Gesundheitsförderung haben sich besonders die kollektiv organisierten Formen der Selbsthilfe als bedeutungsvoll erwiesen. Hier ist eine starke Expansion insbesondere der Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeorganisationen zu verzeichnen. Die formelle Anerkennung des gesamten Bereichs zeigt sich u.a. darin, dass in den beiden Gesundheitsberichten für Deutschland von 1998 und 2006 der Laien- und Selbsthilfe mehrere Seiten gewidmet wurden. Die wachsende Bedeutung der Laien- und Selbsthilfe wurde auch im Gutachten 2000/2001 des Sachverständigenrats für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen deutlich. Der Band 1 stellt die Nutzerinnen und Nutzer, ihre **Kompetenz** und **Partizipation** im Gesundheitswesen heraus und betont insbesondere die hohe Relevanz, die die Nutzerinnen und Nutzer für die Prozess- und Ergebnisqualität des Gesundheitssystems haben (**Qualitätssicherung**).

Selbsthilfe ist nicht voraussetzungslos. Sie bedarf gewisser Kompetenzen, wie z.B. Artikulations- und Kommunikationsfähigkeit. Daher findet sich Selbsthilfe tendenziell seltener bei den „sozial Schwächsten“ unserer Gesellschaft. Für sozial Benachteiligte sind also oft Befähigung und Aktivierung zur Selbsthilfe notwendige Unterstützungsleistungen (**Empowerment**, **Gesundheitsbezogene Gemeinwesenarbeit**, **Kompetenzförderung**). Einzelne aktive „Selbsthelfer/-innen“ und auch Selbsthilfegruppen vertreten jedoch zumeist nicht nur ihre persönlichen Belange, sondern darüber hinaus die Interessen aller vom jeweiligen Problem Betroffenen. Sie sind auf diese Weise oft eine Lobby benachteilig-

ter Menschen und helfen so, in Formen des bürgerschaftlichen Engagements die soziale Ungleichheit in der Gesellschaft zu verringern (**Anwaltschaft**).

Selbsthilfegruppen und -organisationen

Selbsthilfegruppen (SHG) und Selbsthilfeorganisationen (SHO) werden unter den Oberbegriffen Selbsthilfezusammenschlüsse oder Selbsthilfevereinigungen zusammengefasst.

Selbsthilfezusammenschlüsse haben nicht nur für die individuelle Bewältigung von Problemen und Krankheit eine große Bedeutung, sondern auch für die multisektorale Politik der Gesundheitsförderung. Selbsthilfezusammenschlüsse unterschiedlichster Art sind an vielen Programmen insbesondere auf lokaler Ebene beteiligt. Sie treten z.B. ein für eine Neuorientierung und Verbesserung von Gesundheitsdiensten, engagieren sich in der sozialen Beratung, kämpfen für eine bessere Lebensqualität im Stadtteil und setzen sich an vielen Stellen für ökologische und Umweltbelange ein. In den Strukturen der Gesundheitsförderung verkörpern sie das Element von Bürgerbeteiligung und **Partizipation**. Insbesondere Letztere gewinnt zunehmend an Bedeutung, nicht zuletzt sichtbar an den Ausschreibungsbedingungen der EU und der Bundesministerien in der Gesundheitsforschung, - Betroffene sind wo immer möglich grundsätzlich zu beteiligen.

Im Allgemeinen wird heute mit dem Begriff Selbsthilfegruppen ein weites Feld von selbstorganisierten Zusammenschlüssen bezeichnet. SHG sind freiwillige, meist lose Zusammenschlüsse von Menschen, deren Aktivitäten sich auf gemeinsame Bewältigung von Krankheiten, psychischen oder sozialen Problemen richten, von denen sie - entweder selbst oder als Angehörige - betroffen sind. Sie wollen mit ihrer Arbeit keinen Gewinn erwirtschaften. Im Rahmen der Fördermöglichkeiten z.B. durch die gesetzliche Krankenversicherung nach SGB V § 20 h ist ihnen eine Gewinnorientierung sogar untersagt wie auch durch das Vereinsrecht bei den überwiegend als gemeinnützig anerkannten Selbsthilfezusammenschlüssen. Ihr Ziel ist neben der Problembewältigung i. e. S. eine Veränderung ihrer persönlichen Lebensumstände und häufig auch ein Hineinwirken in ihr soziales und politisches Umfeld. In der regelmäßigen Gruppenarbeit betonen sie Authentizität, Gleichberechtigung, gemeinsames Gespräch und gegenseitige Hilfe.

Ein enges Verständnis der SHG begreift diese als „psychologisch-therapeutische Gesprächsgruppen“. Wichtigste Merkmale solcher Gesprächsgruppen sind:

- alle Gruppenmitglieder sind gleichgestellt,
- jede/r bestimmt über sich selbst,
- die Gruppe entscheidet selbstverantwortlich,
- jede/r geht um ihrer/seiner selbst willen in die Gruppe,

- Gruppenschweigepflicht,
- kostenlose Teilnahme.

Die SHG werden nicht von professionellen Helferinnen oder Helfern geleitet; manche greifen jedoch auf (kommunikations-)psychologische Hilfe bei ihrer Gruppengründung zurück oder ziehen gelegentlich Expertinnen und Experten zu bestimmten Fragestellungen hinzu (Selbsthilfeförderung und Unterstützung). Insbesondere die Selbsthilfeunterstützungseinrichtungen (Selbsthilfekontaktstellen und -büros) nehmen hier eine zentrale Rolle ein. Einer Umfrage zufolge von 2013 mit knapp 1200 SHG sind die Selbsthilfekontaktstellen mit fast 90 Prozent der am häufigsten genannte Kooperationspartner. Von den SHG gibt es fließende Übergänge zu Bürgerinitiativen, zu alternativen (Selbsthilfe-)Projekten und zu bestimmten Formen von Laienhelfergruppen, die häufig aus SHG entstanden sind. Die Zahl der SHG in der Bundesrepublik wird auf bis zu 100000 mit ca. 3 bis 3,5 Mio. Mitgliedern geschätzt. Diese Hochrechnungen sind trotz sich abzeichnender rückläufiger Tendenzen in einigen **Selbsthilfeorganisationen** seit 2 Jahrzehnten stabil. Laut den telefonischen Gesundheitssurveys 2003 und 2004 des Robert-Koch-Instituts sind oder waren zwischen 7 und 9 Prozent aller Menschen in Deutschland im Laufe ihres Lebens schon einmal Mitglied einer SHG, etwa die Hälfte von ihnen in ihrer Rolle als Angehörige/r eines betroffenen Familienmitglieds.

Von *Selbsthilfeorganisationen* spricht man, wenn diese Gruppen einen höheren Grad an organisatorischer Komplexität haben. Am ältesten und bekanntesten sind die SHO bzw. Selbsthilfeverbände von Behinderten und chronisch Erkrankten, von denen einige bereits Ende des 19. Jahrhunderts gegründet wurden und manche heute über 100000 Mitglieder ausweisen. Inzwischen gibt es nicht nur für fast alle chronischen Krankheiten wie z.B. Diabetes, Rheuma, Multiple Sklerose oder Zöliakie solche Organisationen bzw. Verbände, sondern insbesondere seit den 1990er-Jahren zunehmend mehr, meist kleinere SHO für seltene Erkrankungen sowohl auf Bundes- wie auch auf Landesebene. Ein weiterer großer Bereich mit langjähriger Tradition ist das Gebiet der psychischen Erkrankungen und der Suchterkrankungen. Letztere haben durch die Ende des 19. Jhts. in den USA entstandenen und nach Europa hinübergewanderten Suchthilfebewegungen geschichtlich sogar die längsten Traditionslinien. Obgleich diese Bewegungen mehr oder weniger professionelle fürsorgliche Fremdhilfe waren, hatten sie schon von Anfang an das Prinzip der gemeinschaftlichen Selbsthilfe von Betroffenen integriert.

Auf Bundesebene existieren heute über 300 gesundheitsbezogene SHO. Der größte Teil von ihnen ist in Dachverbänden wie der Bundesarbeitsgemeinschaft SELBSTHILFE e.V., beim PARITÄTISCHEN oder in der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e.V. organisiert. Für den Bereich der seltenen Erkrankungen ist hier die ACHSE (Allianz chronischer selte-

ner Erkrankungen e.V.) hervorzuheben, für den Bereich chronisch kranker und behinderter Kinder und den entsprechenden Eltern-Initiativen das Kindernetzwerk e.V..

Zu den Kernaufgaben zählen die SHO Informations- und Aufklärungsarbeit, Gruppeninitiierung und -betreuung, Beratung und Schulung der Mitglieder sowie Lobbyarbeit bis hin zur Patienteninteressenvertretung, u.a. im Gemeinsamen Bundesausschuss und seinen Unterausschüssen (nach § 140 SGB V).

Die neuen Aufgaben des Selbsthilfesystems spiegeln sich in der Neugestaltung der §§ 20 c und 140 im Sozialgesetzbuch V im Rahmen des im Jahr 2004 in Kraft getretenen GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG) wider: Seitdem haben von Patienten- und Selbsthilfeorganisationen entsandte Patientenvertreter und -vertreterinnen auf Basis des § 140 f Rede- und Antragsrecht im Gemeinsamen Bundesausschuss. Im Rahmen des am 1. Januar 2016 in Kraft getretenen Präventionsgesetzes sind die Rechte und Ansprüche von SHG und SHO nochmals gestärkt worden. Der bis dahin gültige § 20 c SGB V fand einen neuen Platz im § 20 h SGB V, die Selbsthilfeförderung durch die gesetzliche Krankenversicherung wurde von 0,64 Euro pro Versicherten in 2015 auf 1,05 € pro Versicherten in 2016 angehoben.

Darüber hinaus wurde mit dem § 140 h die Institution eines Patientenbeauftragten bzw. einer Patientenbeauftragen zur Wahrung der Rechte von Patientinnen und Patienten besonders auf umfassende und unabhängige Beratung und objektive Information durch Leistungserbringer, Kostenträger und Behörden im Gesundheitswesen und auf die Beteiligung bei Fragen der Sicherstellung und qualitativen Verbesserung der medizinischen Versorgung geschaffen (**Partizipation**).

Mit der größeren Bedeutung als Akteur im Gesundheitswesen sind auch Versuche anderer Akteure (insbesondere der Pharmaindustrie) gewachsen, SHG und SHO für ihre Interessen einzuspannen. Die Dachverbände der organisierten Selbsthilfe haben aus diesem Grund Leitsätze für die Zusammenarbeit mit Wirtschaftsunternehmen mit Selbstverpflichtungscharakter erarbeitet. Während für die SHG Kontakte zur Industrie mit knapp 5 Prozent nur von untergeordneter Bedeutung sind, unterhalten 26 Prozent der SHO Kooperationsbeziehungen mit Unternehmen der Privatwirtschaft.

Kontrovers wird die Bedeutung der neuen Medien (Web 2.0; virtuelle Selbsthilfe) diskutiert. Sie schaffen einerseits neue Formen und zusätzliche Zugänge zu Selbsthilfe und Laienpotenzial, werden andererseits aber auch als Bedrohung für die Aktivierung von Selbsthilfepotenzialen gesehen („Konsumentenhaltung“, Passivität, soziale Isolation).

Selbsthilfeförderung und -unterstützung

Selbsthilfeaktivitäten und bürgerschaftliches Engagement brauchen gewisse unterstützende Rahmenbedingungen, um sich entfalten und entwickeln zu können. Für die Förde-

rung von individueller und kollektiver Selbsthilfe sind rechtliche Regeln, Informationen und Entlastungsleistungen für die Betroffenen und ihre Angehörigen von besonderer Bedeutung. Für SHG und SHO existieren in Deutschland verschiedene Unterstützungsinstrumente. Direkte finanzielle Unterstützungsmaßnahmen werden unter dem Begriff *Selbsthilfeförderung* zusammengefasst, fachliche und indirekte Hilfen unter dem Begriff *Selbsthilfeunterstützung*.

Selbsthilfeförderung existiert zum einen durch die öffentliche Hand (Bund und Länder), zum anderen durch die Träger der Sozialversicherung.

Der *Bund* fördert erstmals seit 2006 mit 2,5 Mio. Euro/Jahr, seitdem jedoch rückläufig - in 2014 waren es 1,76 Mio; die Förderung durch die *Länder* ist seit 1999 ebenfalls rückläufig, - von 15 Mio. Euro/Jahr auf 11,4 Mio. Euro in 2007 (aktuellere Daten liegen nicht vor!), wobei es deutliche Unterschiede zwischen den jeweiligen Ländern gibt. Die Deutsche Rentenversicherung fördert stetig mit ca. 3,2 bis 3,5 Mio. Euro/Jahr (§ 29 SGB IX).

Seit 1993 existiert eine gesundheitsbezogene Selbsthilfeförderung durch die gesetzlichen Krankenkassen auf der Basis des SGB V § 20 Abs. 4. Voraussetzung für die Förderfähigkeit ist die direkte oder indirekte (d.h. von Angehörigen) Betroffenheit durch eine chronische Erkrankung oder Behinderung entsprechend dem Verzeichnis der Krankheitsbilder der GKV. Im Jahre 2004 wurde dieser Paragraf vom Gesetzgeber von einer Kann- in eine Soll-Regelung umformuliert und am 1.1.2008 stringenter in einen eigenständigen Unterparagrafen gefasst (§ 20 c) und somit aufgewertet. Aus der ursprünglichen Kann- wurde hier nach Protesten der Vertreterinnen und Vertreter der Selbsthilfe wegen der zu geringen Mittelweitergabe durch die Krankenkassen eine Muss-Regelung. Pro Versichertem und Jahr werden seitdem von den Krankenkassen 0,55 Euro (jährlich steigend bis auf 0,64 Euro in 2015) ausgegeben bzw. bei Nichtausgabe im darauffolgenden Jahr zusätzlich an die Institutionen der Selbsthilfe ausgeschüttet. Die Jahresfördersumme lag 2014 bei 43,2 Mio. Euro. Das bereits oben erwähnte neue Präventionsgesetz seit dem 1.1.2016 bringt der gesundheitsbezogenen (!) Selbsthilfe einen Förderanstieg um fast 28 Mio. Euro auf ca. 71 Mio Euro. Die Gesamtförderung der Selbsthilfe durch Bund, Länder und Sozialversicherungen (ohne Leistungen der Pflegeversicherung, siehe unten) hat somit an den Gesamtausgaben des Gesundheitssystems (ca. 300 Mrd. Euro/Jahr) einen Anteil von ca. 0,03 Prozent. Weitere Zuwendungen an die Selbsthilfezusammenschlüsse speisen sich im Wesentlichen aus Mitgliedsbeiträgen, Spenden und Stiftungen. Allein die Summe der Mitgliedsbeiträge tragen bei den SHO zu 36 Prozent und bei den SHG zu 22 Prozent zur Finanzierung der Kosten der Selbsthilfezusammenschlüsse bei.

Ein Beispiel für eine *implizite* Selbsthilfeförderung ist die 1995 in Kraft getretene Soziale Pflegeversicherung (SGB XI), die den Versicherern Beratungspflichten für Betroffene auferlegt, finanzielle Entlastung, Unfallversicherungsschutz und Rentenansprüche für pfle-

gende Angehörige vorsieht und die Nutzung bestimmter entlastender Dienste wie Tages- oder Kurzzeitpflege ermöglicht. Darüber hinaus besteht seit dem 1. Juli 2008 durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz im SGB XI die Möglichkeit einer Förderung „von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen, die sich die Unterstützung von Pflegebedürftigen, von Personen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf sowie deren Angehörigen zum Ziel gesetzt haben." (§ 45d SGB XI) Dieser Paragraf schließt sich an § 45 c an, der die Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen in Form niedrigschwelliger Betreuungsangebote oder Modellvorhaben regelt.

Die Selbsthilfeförderung ist auch ein Kernelement anderer komplexer Strategien der Gesundheitsförderung, wie z.B. der **gesundheitsbezogenen Gemeinwesenarbeit**, des **Empowerments** oder der **Netzwerkförderung**.

Die SHG haben sich als ein Schlüsselelement für eine gezielte lokale und manchmal auch überregionale Gesundheitsförderungspolitik herausgestellt. Eine wichtige Basis der *Selbsthilfeunterstützung* sind die insgesamt 296 Selbsthilfeunterstützungseinrichtungen mit zusätzlichen 46 Zweigstellen in 342 Orten in Deutschland (Stand: 2015). Diese haben sich seit Mitte der 1980er-Jahre zu einem wesentlichen Infrastrukturelement entwickelt. Ca. 40000 SHG sind bei den Selbsthilfekontaktstellen angesiedelt.

In der Begleitforschung von Modellprogrammen für solche Kontaktstellen hat sich gezeigt, dass die Selbsthilfeunterstützung in Städten und Gemeinden auf drei Säulen beruht:

- direkte SHG-Förderung durch Geld und Sachmittel (wie die Bereitstellung von geeigneten Räumlichkeiten bzw. Treffpunkten),
- Information, Beratung und Kontaktvermittlung durch die Selbsthilfekontaktstellen, abgekürzt als KISS („Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfegruppen") oder mit ähnlichen Kürzeln wie SEKIS, KIBIS, IKOS u. a. m.),
- einem Beirat bzw. einem Kuratorium für die Schaffung eines selbsthilfefreundlichen Klimas.

Für die inhaltliche und fachliche Ausgestaltung und Weiterentwicklung der Selbsthilfeunterstützung sind in besonderem Maße verantwortlich die Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. (DAG SHG) als Fachverband der Selbsthilfeunterstützung und -förderung sowie die Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (NAKOS) als nationales Zentrum. Selbsthilfekontaktstellen sind ein unverzichtbares Element lokaler Gesundheitsförderungspolitik, weil das Prinzip der Bürgerbeteiligung mit Hilfe der Kontaktstellen einfach und umfassend verwirklicht werden kann (**Kommunalpolitische Perspektive**, **Partizipation**, **Gesundheitskonferenzen**).

Literatur:

Braun J et al, Selbsthilfe und Selbsthilfeunterstützung in der Bundesrepublik, Stuttgart 1997;

Dierks ML/Seidel G/Horch K/Schwartz FW, Bürger- und Patientenorientierung im Gesundheitswesen, in: RKI (Hg.), Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 32, 2006;

Forschungsverbund Laienpotential, Patientenaktivierung und Gesundheitsselbsthilfe (Hg.), Gesundheitsselbsthilfe und professionelle Dienstleistungen, Berlin 1987;

Gaber E/Hundermark-Mayser J, Gesundheitsbezogene Selbsthilfegruppen - Beteiligung und Informiertheit in Deutschland. Ergebnisse des Telefonischen Gesundheitssurveys 2003, Gesundheitswesen 67, 2005, 620-629;

Hundertmark-Mayser J/Möller B/Balke K/Thiel W, Selbsthilfe im Gesundheitsbereich, in: RKI (Hg.), Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 23, Berlin 2004;

Kaufmann FX (Hg.), Staat, intermediäre Instanzen und Selbsthilfe, München 1987;

Kofahl C/Schulz-Nieswandt F/Dierks M-L (Hg.), Selbsthilfe und Selbsthilfeunterstützung in Deutschland. Reihe Medizin-Soziologie, Band 24, Münster 2016;

NAKOS (Hg.)/Hundertmark-Mayser J (Red.), NAKOS Studien. Selbsthilfe im Überblick 5. Zahlen und Fakten 2015, NAKOS, Berlin 2015;

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (Hg.), Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Band I, Gutachten 2000/2001, Baden-Baden 2001;

Trojan A/Kofahl C, Der Patient im Versorgungsgeschehen: Laienpotenzial und Gesundheitsselbsthilfe, in: Schwartz FW et al (Hg.), Das Public Health Buch - Gesundheit und Gesundheitswesen (3. Auflage), München 2012, 359-373.

Internetadressen:

www.achse-online.de/ (Allianz chronischer seltener Erkrankungen)
www.bag-selbsthilfe.de (Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe)
www.dag-shg.de (Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V.)
www.dhs.de (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. [DHS])
www.kindernetzwerk.de/ (Dachverband von Eltern-Initiativen und chronisch kranken und behinderten Kindern und Jugendlichen)
www.nakos.de (Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen, umfassendste Quelle für weitere Materialien und aktuelle Daten)
www.patientenbeauftragter.de (Beauftragter der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten)
www.selbsthilfefreundlichkeit.de (Netzwerk Selbsthilfefreundlichkeit und Patientenorientierung im Gesundheitswesen)

Verweise:

Anwaltschaft - Vertretung und Durchsetzung gesundheitlicher Interessen, Empowerment/Befähigung, Gesundheitsbezogene Gemeinwesenarbeit, Gesundheitsförderung und Gesunde / Soziale Stadt / Kommunalpolitische Perspektive, Gesundheitskonferenzen, Lebenskompetenzen und Kompetenzförderung, Partizipation: Mitentscheidung der Bürgerinnen und Bürger, Qualitätssicherung, Qualitätsentwicklung, Qualitätsmanagement, Soziale Netzwerke und Netzwerkförderung

Settingansatz–Lebensweltansatz

Susanne Hartung, Rolf Rosenbrock

(letzte Aktualisierung am 05.08.2015)

Ein Setting ist ein Sozialzusammenhang, in dem Menschen sich in ihrem Alltag aufhalten und der Einfluss auf ihre Gesundheit hat.

Dieser soziale Zusammenhang ist relativ dauerhaft und seinen Mitgliedern auch subjektiv bewusst ist. Er drückt sich aus durch formale Organisation (z.B. Betrieb, Schule, Kita), regionale Situation (z.B. Kommune, Stadtteil, Quartier), gleiche Lebenslage (z.B. Rentner/Rentnerinnen), gemeinsame Werte bzw. Präferenzen (z.B. Religion, sexuelle Orientierung) bzw. durch eine Kombination dieser Merkmale.

Gesundheitlich interessant sind Settings, von denen wichtige Impulse für bzw. Einflüsse auf die Wahrnehmung von Gesundheit, auf Gesundheitsbelastungen und/oder Gesundheitsressourcen sowie auf alle Formen der Bewältigung von Gesundheitsrisiken (Balance zwischen Belastungen und Ressourcen) ausgehen. Settinginterventionen sind umso leichter zu organisieren, je klarer die „Mitgliedschaft" definiert und je geringer die Fluktuation ist, je klarere Strukturen und Regeln sind und je besser sich die - formellen und informellen - Interessenträger am Setting und seiner Veränderung (stakeholder) in Planung und Ablauf integrieren lassen. Sind wichtige Partnerinnen oder Partner nicht einbezogen, kann dies zum Misserfolg führen. Den gleichen Effekt kann eine zu offene Definition des Settings haben, wenn dort keine klaren und verbindlichen Kooperationsstrukturen zustande kommen. Ein Setting bezeichnet daher immer auch ein abgegrenztes soziales System, das zum Zwecke einer Intervention der Gesundheitsförderung definiert wird und in dem die für die konkreten Maßnahmen der Gesundheitsförderung notwendigen Entscheidungen und fachlichen Maßnahmen gesetzt werden.

Der Settingansatz fokussiert die Lebenswelt von Menschen und damit die Rahmenbedingungen, unter denen Menschen leben, lernen, arbeiten und konsumieren. Er ist eine Antwort auf die beschränkten Erfolge traditioneller Gesundheitserziehungsaktivitäten, die sich mit Information und Appellen an Einzelpersonen wenden. Es wird der Erkenntnis Rechnung getragen, dass Gesundheitsprobleme einer Bevölkerungsgruppe das Resultat einer wechselseitigen Beziehung zwischen ökonomischer, sozialer und organisatorischer Umwelt so wie persönlicher **Lebensweise** sind. Settings sind soziale Systeme und daher von technischen Systemen im Sinne „trivialer Maschinen" (**Organisationsentwicklung als Methode der Gesundheitsförderung**) zu unterscheiden.

Für die Entwicklung der Gesundheitsförderung war die Formulierung des Settingansatzes ein bedeutender Schritt. An ihm orientieren sich einige sehr bekannte, meist von der WHO initiierte, Gesundheitsförderungsprogramme. Im WHO-Programm Gesundheit 21 wurde der Settingansatz als zentrale Strategie bestätigt. Seine relativ größte Verbreitung findet der Settingansatz in Deutschland bislang in der **Betrieblichen Gesundheitsförderung** und - unter Übernahme und Weiterentwicklung der dort gesammelten Erfahrungen - heute auch in Bildungsstätten (Hochschulen, Schulen, Kitas) sowie Kommunen, Stadtteilen bzw. Quartieren.

Die Akzeptanz des Settingansatzes zeigt sich nicht zuletzt durch seine ausdrückliche Verwendung im Präventionsgesetz, das im Juli 2015 im Bundestag verabschiedet wurde und durch das die Gesundheitsförderung und Primärprävention in Settings gestärkt werden. Auch der Leitfaden für Prävention des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung der §§ 20 und 20a im SGB V .bezieht sich ausdrücklich auf den Settingansatz.

Grundsätzlich lässt sich Primärprävention/Gesundheitsförderung im Setting auf zwei - nicht völlig trennscharfe - verschiedene Arten betreiben: Bei der Primärprävention und Gesundheitsförderung *im Setting* Ansatz wird v.a. die Erreichbarkeit von Zielgruppen im Setting genutzt, um dort Angebote der verhaltensbezogenen Prävention, z.B. im Hinblick auf die Großrisiken Ernährung, Bewegung, Stress und Drogen zu platzieren. Ein Beispiel für die Intervention im Setting ist das Auslegen von Ernährungsratgebern an einem Elternabend in der Schule. Die Spannweite von Interventionen reicht von der Benutzung eines Settings als Ablegeplatz für Informationen, die für eine bestimmte Zielgruppe gedacht sind, bis hin zu speziell für eine oder mehrere Gruppen im Setting partizipativ gestalteten Programmen. Grundsätzlich bleiben Strukturen und Abläufe im Setting bei diesem Ansatz aber unverändert und bilden den Rahmen der Intervention.

Im Gegensatz dazu stehen bei Projekten zur *Schaffung eines gesundheitsförderlichen Settings* die Partizipation der Mitglieder des Settings und der Prozess der systemischen Organisationsentwicklung konzeptionell im Mittelpunkt. Beispielhaft hierbei ist die betriebliche Gesundheitsförderung mit ihren Instrumenten der aktivierenden Belegschaftsbefragungen, Betriebsversammlungen und v.a. der Gesundheitszirkel.

Die möglichst direkte und kontinuierliche Teilhabe der Zielgruppen und Stakeholders in der Schaffung gesundheitsförderlicher Settings bezieht sich auf alle vier Phasen des **Public Health Action Cycle**: die Definition und Abschätzung der zu bearbeitenden Probleme, die Konzipierung und Festlegung der Intervention, die Durchführung der Intervention sowie auch die Entwicklung und Sicherung der Qualität. Settinginterventionen dieses Typus sind komplex und erfordern in der Regel professionelle Qualifikation in **systemischer Organisationsentwicklung** und **partizipativer Forschung**. Im Kern steht der Gedanke, durch ermöglichende, initiierende, unterstützende und begleitende Intervention von außen Pro-

zesse im Setting auszulösen, mit denen die Nutzer und Nutzerinnen die physischen und sozialen Strukturen und Anreize des Settings nach ihren Bedürfnissen mitgestalten und diesen Einfluss auch subjektiv erleben (**Empowerment**). Projekte der Entwicklung eines gesundheitsförderlichen Settings sind eine Art sozialer Reformbewegung für das jeweilige Setting, die allerdings zumeist von außen und damit „synthetisch" induziert wird. Auch in solchen Settingprojekten kommt es häufig zu Angeboten zur Unterstützung von Verhaltensmodifikationen. Der grundsätzliche Unterschied zu ähnlichen oder sogar gleichen Verhaltensinterventionen beim Ansatz „Gesundheitsförderung im Setting" besteht darin, dass solche Interventionen im Rahmen eines partizipativ gestalteten Prozesses der organisatorischen, sozialklimatischen etc. Veränderung des Settings von den Nutzerinnen und Nutzern des Settings selbst identifiziert, angefordert und meist auch (mit-)gestaltet werden. Sie flankieren dann die partizipative Organisationsentwicklung und sind ein Bestandteil von ihr.

	Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte	Gesunde Städte	Gesundheitsfördernde Schulen	Gesundheitsfördernde Betriebe	Gesundheitsfördernde Krankenhäuser	Gesunde Regionen	Gesundheitsfördernde Hochschulen
Grundsatzprogrammatik	Kooperationserklärung „Nationale Kooperation für Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten	Mailänder Erklärung	Europarat-Empfehlung (1988), Resolution von Thessaloniki	Luxemburger Deklaration	Budapester Erklärung	Regions for Health in Europe	Health Promotion Universities
Jahr der Herausgeberschaft	2003	1990	1997	1997	1991	1992	1998
Herausgeber-Grundsatzproblematik	Kooperationsverbund (BZgA, Bundes- und Landesvereinigungen für Gesundheit u. a.)	WHO	WHO, Europarat	WHO, Europäisches Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung	WHO	WHO	WHO
Netzwerk	53 Kooperationspartner (Organisationen)	Gesunde-Städte-Netzwerk	Kein deutsches Netzwerk von gesundheitsförderlichen Schulen	Deutsches Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung	Deutsches Netz Gesundheitsfördernder Krankenhäuser		Kein formales Netzwerk, Arbeitskreis Gesundheitsfördernde Hochschule
Reichweite in Deutschland	Ca. 2000 Praxisprojekte	60 Mitgliedsstädte	Ca. 500 Schulen im letzten BLK-Modellversuch OPUS	1000 Einzelpersonen (vertreten Organisationen und Netzwerke)	65 Krankenhäuser	2 Regionen: NRW und Niedersachsen	250 interessierte Mitglieder aus 80 Hochschulen
Koordiniert durch	Gesundheit Berlin e. V. Geschäftsstelle	Gesunde-Städte-Sekretariat; Gesundheitsamt Münster	Keine formale Koordination in Deutschland	Geschäftsstelle des Netzwerks beim BKK Bundesverband Essen	Netzwerksekretariat Berlin	Region for Health Network, Sekretariat in Sizilien; Geschäftsstellen in Deutschland	Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen

Abb. 1: Überblick über etablierte Settingansätze in Deutschland, eigene erweiterte und aktualisierte Darstellung nach Altgeld (2004)

Im (idealen) Ergebnis soll ein gesundheitsförderliches Setting den Prozess der Organisationsentwicklung derart verstetigen, dass die dezentralen Erneuerungsprozesse durch die verschiedenen Bereiche des Settings wandern bzw. rotieren. Das Setting „erfindet sich" in partizipativ gestalteten Diskursen auf diese Weise kontinuierlich und stückweise „neu". Im Ergebnis sollen die formellen und informellen, die materiellen wie die immateriellen Anreize und Sanktionen eine Steigerung der Aktivierung und sozialen Unterstützung sowie den Abbau von physischen und psychosozial vermittelten Gesundheitsbelastungen nahe

legen bzw. belohnen oder unterstützen. Auf diese Weise sollen Veränderungen bewirkt werden, die gut sind für Wohlbefinden und Gesundheit Menschen im Setting.

Bei solchen Interventionen bleibt die enge Koppelung zwischen Verhaltens- und Verhältnisprävention nicht nur Programm. Da sich die Intervention auf das gesamte Setting bezieht, kann die Diskriminierung von Teilgruppen vermieden werden. Auch erleichtert der Settingansatz hierarchie- und gruppenübergreifende Kooperation und Kommunikation. Durch vermehrte Transparenz, Partizipation und Aktivierung werden gesundheitsrelevante Kompetenzen entwickelt. Darüber hinaus erfüllt das Setting besser als alle bekannten Ansätze der Verhaltensprävention Voraussetzungen für Lernen bei geringer formaler Bildung: Informationen und Aktivitäten knüpfen am Alltag und an den vorhandenen Ressourcen an, gemeinsam werden eigene Vorstellungen zum Belastungsabbau und zur Ressourcenmehrung entwickelt und in einem gemeinsamen Lernprozess so weit wie möglich umgesetzt. Zudem scheinen gesundheitliche Erfolge bei Settinginterventionen zumindest über mehrere Jahre relativ stabil bleiben zu können (Nachhaltigkeit).

Literatur:

Altgeld T, Expertise. Gesundheitsfördernde Settingansätze in benachteiligten städtischen Quartieren. Im Auftrag der Regiestelle des E&C der Stiftung SPI, 2004;

Baric L/Conrad G, Gesundheitsförderung in Settings, Gamburg 1999;

Freire P, Pädagogik der Unterdrückten, Stuttgart 1984;

Grossmann R/Scala K, Gesundheit durch Projekte fördern, Weinheim München 2001;

Rosenbrock R/Michel C, Primäre Prävention. Bausteine für eine systematische Gesundheitssicherung, Berlin 2007;

Trojan A/Legewie H, Nachhaltige Gesundheit und Entwicklung. Leitbilder, Politik und Praxis der Gestaltung gesundheitsförderlicher Lebens- und Umweltbedingungen, Frankfurt am Main 2001;

Wright MT (Hg.), Partizipative Qualitätsentwicklung, Bern 2010

Internetadressen:

www.gesunde-staedte-netzwerk.de (Gesunde Städte Netzwerk der Bundesrepublik Deutschland)
www.dnbgf.de (Deutsches Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung)
www.dngfk.de (Deutsches Netz Gesundheitsfördernder Krankenhäuser)
www.fgoe.org (Fonds Gesundes Österreich)

Verweise:

Empowerment/Befähigung, Forschung zur Gesundheitsförderung, Gesundheitsförderung und Betrieb, Lebensweisen / Lebensstile, Organisationsentwicklung als Methode der Gesundheitsförderung, Public Health Action Cycle / Gesundheitspolitischer Aktionszyklus

Social Media/ Gesundheitsförderung mit digitalen Medien

Stefan Ludwigs, Guido Nöcker

(letzte Aktualisierung am 28.12.2015)

Digitale Medien und Kommunikationskanäle sind in unserer modernen Wissens- und Informationsgesellschaft nicht mehr Zusatz, sondern konstituierender Bestandteil vieler Lebensbereiche - von Unterhaltung über Lernen und Arbeiten bis hin zu Gesundheit. Sie beeinflussen, strukturieren und formen die Wahrnehmung der Menschen, schaffen neue Erfahrungs- und Interaktionsräume und werden zu einem wichtigen Sozialisationsfaktor.

Seit der Einführung von Internettechnologien in den 1990er-Jahren hat sich eine rasante technische Entwicklung (digitale Revolution) vollzogen, deren Auswirkun-gen über veränderte Wissens- und Informationsprozesse hinaus als gesellschaftlicher Strukturwandel in nahezu allen Lebensbereichen spürbar werden. Ein solcher Wandel deutet sich derzeit auch im Gesundheitswesen an, gestützt von der Digita-len Agenda 2020 und dem Aktionsplan der EU-Kommission zu eHealth (Innovative healthcare for the 21st century).

Ausgangspunkt der politischen Initiative ist die Erkenntnis, dass in diesem Feld ein enormes Entwicklungspotenzial der Gesundheitswirtschaft liegt, jedoch die Imple-mentation von IT-Lösungen in der Gesundheitsversorgung im Mittel mehr als zehn Jahre hinter der Einführung in anderen Bereichen zurückfällt. Als besonders förde-rungswürdig erscheint derzeit die Unterstützung von digitalen medizinischen Ver-fahren und Praktiken, den (mobilen) mHealth-Diensten (siehe Bundesrat Drucksa-che 167/14). Ihre Erprobung und Entwicklung fördert die EU-Kommission im Kon-text des Forschungsprogramms „Horizon 2020“ allein im Jahr 2014 mit fast 60 Mil-lionen Euro. Die Erwartungen der Politik richten sich dabei nicht nur auf die Besei-tigung von Barrieren im Gesundheitsmarkt unter einer ökonomischen Prämisse, sondern auch auf die Verbesserung der Versorgungsdichte und Behandlungsqualität sowie der Früherkennung und Vorsorge.

Im Hinblick auf die Praxis von Prävention und Gesundheitsförderung ist deshalb davon auszugehen, dass dem Einsatz digitaler Medien künftig eine zentralere Rolle in der **Gesundheitskommunikation** zukommen wird.

Die Einführung und Anwendung von neuen digitalen Medien wird jedoch nicht uneingeschränkt befürwortet. Kulturkritisch angelegte, auf neurowissenschaftlicher Basis verfasste Bestsellerpublikationen sprechen zugespitzt von „digitaler Demenz“ (Spitzer 2011) und weisen damit auf mögliche gesundheitliche Folgeschäden durch intensive digitale Mediennutzung hin.

Ungeachtet dieser Kritik entwickeln sich die konkreten Angebote und Anwendungsformen sowie Nutzerzahlen, insbesondere internetbasierter Applikationen (Apps), mit rasanter Geschwindigkeit. Nach einer Schätzung der EU waren im Juni 2014 bereits 97.000 mHealth-Applikationen verfügbar. Die hohe Verbreitung und Akzeptanz dieser neuen Medien ist u.a. mit den darin enthaltenen erweiterten Austausch-, Kooperations- und Gestaltungsmöglichkeiten erklärbar, die als spezifische Merkmale sog. Social Media gelten.

Unter dem Begriff Social Media wird eine Gruppe von Internetanwendungen verstanden, „die auf den technologischen und ideologischen Grundlagen des web 2.0 aufbauen und die Herstellung und den Austausch von User Generated Content (s. Kasten) ermöglichen“ (Kaplan und Haenlein 2010). Austausch, Herstellung und Verbreitung erfolgen dabei mithilfe von Social-Media-Technologien, zu denen Soziale Netzwerkseiten (SNS), Foren, Weblogs, Wikis, mobile Apps, Podcasts, Bookmarking und Social-News-Dienste gezählt werden.

Kurz und knapp

Daphne	*ist eine EU-geförderte Kooperation von Wirtschaft und Gesundheitsforschung zum Aufbau einer Webplattform zum Monitoring individueller Bewegungs- und Ernährungsgewohnheiten zur Gewichtsregulation. Internet: www.daphne-fp7.eu.*
Digitale Agenda 2020	*ist die Strategie der Europäischen Union, mit der digitale Technologien einschließlich des Internets zur Stimulierung der europäischen Wirtschaft genutzt werden sollen. Bürger/-innen und Wirtschaft sollen gleichermaßen einen maximalen Nutzen aus der Anwendung erzielen. Die Agenda ist die erste von insgesamt sieben Initiativen im Rahmen der „EUROPA 2020“-Strategie zur Förderung von intelligentem, nachhaltigem und inklusivem Wachstum.*
eHealth	*bezeichnet den Gebrauch elektronischer, digitaler Informations- und Kommunikationstechnologien (IKT) und Dienste für die Gesundheit. Dazu zählen die Interaktion von Patientinnen und Patienten mit Gesundheitsinstitutionen, der Datenaustausch zwischen Institutionen und der Austausch unter Patientinnen und Patienten bzw. zwischen Gesundheitsexpertinnen und -experten. eHealth umfasst ein breites Spektrum von IKT-gestützten Anwendungen, z.B. der Telemedizin und mHealth-Dienste.*

e-Health Literacy	*bezeichnet die Fähigkeit, eHealth-Angebote optimal nutzen zu können. Computer literacy wird dabei als eine von sechs erforderlichen Teilkompetenzen aufgefasst.*
Social Web	*besteht nach Ebersbach et al. (2008) aus webbasierten Anwendungen, die Menschen bei Informationsaustausch, Beziehungsaufbau und -pflege, Kommunikation sowie kollaborativer Zusammenarbeit in einem gesellschaftlichen oder gemeinschaftlichen Kontext unterstützen, sowie den Daten, die dabei entstehen, und den Beziehungen zwischen den Menschen, die diese Anwendungen nutzen*
Horizon 2020	*ist das Forschungsrahmenprogramm der EU. Ein Schwerpunkt fokussiert PHC (personalised health and care) und insbesondere mHealth-Anwendungen. Diese werden als Beitrag zur Befähigung der Bürgerinnen und Bürger zum Selbstmanagement in den Bereichen Gesundheit, Krankheit, Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention verstanden. Für PHC stand 2014 ein Budget von 549,3 Millionen Euro zur Verfügung.*
mHealth	*ist eine Komponente von eHealth. Der Begriff umfasst den Einsatz diverser mobiler Endgeräte wie z.B. Smartphone, Tablet oder Patientenüberwachungsgeräte. Dazu zählen auch Lifestyle- und Gesundheits-Apps, die eine Vielzahl von Vitalwerten (z.B. Puls, Temperatur, Blutdruck) und Daten (Informationen) übertragen.*
Telemedizin	*bezeichnet die Diagnostik und Therapie unter Überbrückung einer räumlichen oder auch zeitlichen Distanz zwischen Arzt/Ärztin, Therapeut/-in, Apotheker/-in und Patienten/Patientinnen oder zwischen zwei sich konsultierenden Ärztinnen bzw. Ärzten mittels Telekommunikation. Sie umfasst die gesicherte Datenübertragung durch Text, Ton, Bild oder andere Formate, die für Prävention, Diagnostik, Behandlung und Nachsorge benötigt werden.*
User Generated Content (UGC)	*bezeichnet von Nutzerinnen und Nutzern generierte Inhalte und Formate, die nicht vom Betreiber bzw. der Betreiberin einer Webseite, sondern den Besucherinnen und Besuchern erstellt wurden. Kommentare, Blogeinträge, Videoclips. Audiopodcasts und Fotos sowie Textbeiträge in Wikis sind die verbreitetsten Formate.*

Dabei handelt es sich um ein sehr breites Spektrum digitaler Anwendungsformen mit unterschiedlichen Funktionalitäten. Kietzmann (2011) unterscheidet sieben verschiedene Elemente (Identität, Gespräche, Austausch, Präsenz, Beziehung, Gruppe und Reputation), die bei Konstruktion von Social-Media-Angeboten berücksichtigt und auf die jeweiligen Nutzerbedürfnisse ausgerichtet werden können. Diese Systematik ist allerdings von einer kommerziellen Perspektive der Nutzung geleitet. Der Einsatz von Social Media und die darin angelegten Teilhabe-, Vernetzungs- und Ausdrucksmöglichkeiten der jeweiligen Adressatinnen und Adressaten eröffnen aber auch aus einer vom Leitgedanken der Gesundheitsförderung ausgehenden Perspektive durchaus neue, bisher nicht vorhandene Chan-

cen, „ein Mehr an Kontrolle über die eigene Gesundheit“ (**Gesundheitsförderung 1: Grundlagen**) zu erlangen.

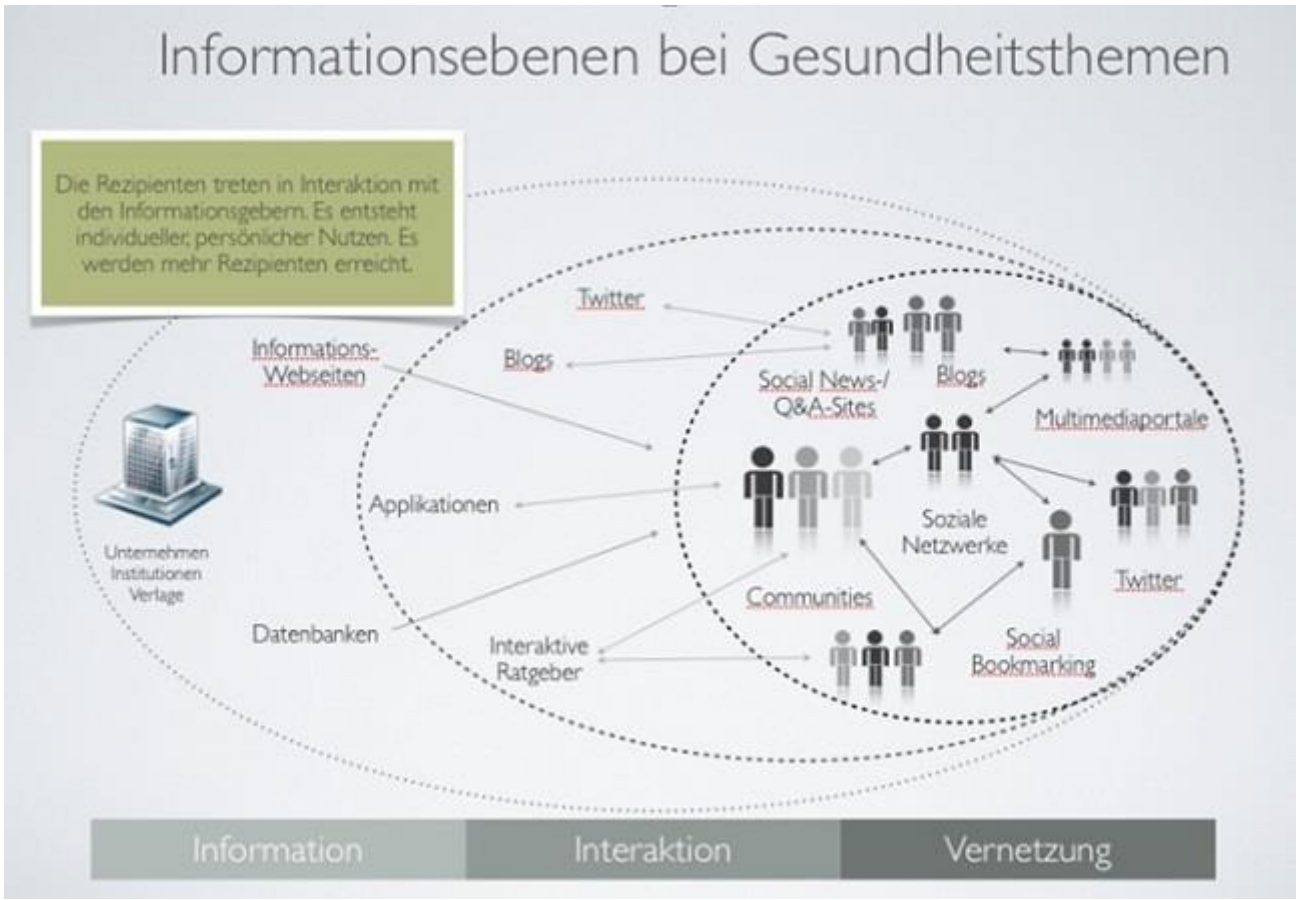
Eine Vorreiterrolle bei Erprobung von Social Media im Gesundheitsbereich hat vor allem die amerikanische Gesundheitsbehörde CDC (Centers for Disease Control and Prevention), die insbesondere die Vorteile von *„Social Media“*-Anwendungen für die Gesundheitskommunikation betont (Centers for Disease Control and Prevention 2011). Als Vorzüge gelten die Personalisierung von Information, d.h. der Zuschnitt von Inhalten unter Berücksichtigung individueller Bedürfnisse, die rasche Präsentation relevanter Inhalte in verschiedensten Formaten und die direkte Beteiligung der Zielgruppen bei der Auswahl und Zusammenstellung von Inhalten.

Auf Seiten der Gesundheitswirtschaft wird die Entwicklung von Großunternehmen geprägt, die mit ihren Produkten und Initiativen die Nutzung dieser Technologien jenseits von Überlegungen öffentlicher Gesundheitsvorsorge (**Gesundheitswissenschaften/ Public Health**) vorantreiben. So wendet sich z.B. ein Pharmakonzern (Pfizer) mit einer Handreichung zum Einsatz von Social Media an Patientenorganisationen, und Apple integriert im September 2014 erstmalig eine Gesundheits-App als Standardanwendung in sein Betriebssystem iOS 8.0 mit dem Ziel, Fitness- und Health-Tracking zu ermöglichen (siehe *Mobile Anwendungen*).

Im Hinblick auf die technischen Voraussetzungen, Zugänge und das reale Nutzungsverhalten der digitalen Technologien ist es kaum möglich, einen gültigen, aktuellen Status quo wiederzugeben, weil die Entwicklung auch hier rasant fortschreitet. Dennoch geben die Werte des Statistischen Jahrbuchs von 2014 Anhaltspunkte zur Einschätzung der Entwicklung. Danach verfügten im Jahr 2013 83% aller Haushalte über einen PC und 82% über einen Internetzugang. In Haushalten mit mindestens einem Kind gab es bereits 97% PC-Besitzer. Während die älteren Jahrgänge (65+) von sozialen Netzwerken, Foren etc. noch wenig Gebrauch machen (19%), war die Gruppe der 16- bis 24-Jährigen hier bereits zu 91% selbst aktiv. Insgesamt kann somit von einer guten Erreichbarkeit vieler Zielgruppen ausgegangen werden. Unterschiede nach Alter und insbesondere in höherem Lebensalter nach Geschlecht sowie nach sozioökonomischem Status sind allerdings zu beachten. Für die Verbreitung und Nutzung mobiler Endgeräte dürfte dies vermehrt zutreffen.

Der Einsatz von Social-Media-Technologien für Aufgaben der Gesundheitsförderung und Gesundheitskommunikation erfordert allerdings weit mehr als die bloße Auswahl der passenden Technologien zur jeweiligen Zielgruppenansprache. Er erfordert vor allem ein vertieftes Verständnis der kommunikativen Prozesse und der damit einhergehenden Veränderungen im Verhältnis von Adressatinnen bzw. Adressaten und Anbietern.

Die kommunikationswissenschaftliche Perspektive. Aus kommunikationswissenschaftlicher Perspektive bedeutet die Entwicklung hin zum Einsatz von Social Media einen Paradigmenwechsel vom klassischen Sender-Empfänger-Modell hin zu systemtheoretisch geprägten Netzwerktheorien. Die Abbildung 1 verdeutlicht dies.



(Quelle: Ludwigs 2011, S. 36)

Die erste Stufe *(Information)* zeigt die Ebene statischer Informationsübermittlung, z.B. in Gestalt von Print-, Bild- und Filmmaterialien oder auch entsprechenden Webseiten. Sie entspricht dem tradierten, von Massenmedien geprägten Verständnis der Sender-Empfänger-Logik, bei der nur in eine Richtung kommuniziert wird. Hierbei wird das Internet allenfalls als eine permanent erreichbare Bibliothek verstanden, in der eine Vielzahl von (gesundheitsrelevanten) Informationen abgelegt und in virtuellen Schubladen und Regalen für verschiedene Zielgruppen auf Abruf bereitgehalten wird. Der Anspruch, gesundheitsförderliches Verhalten zu initiieren oder gesundheitsgefährdende Verhaltensweisen zu modifizieren, konzentriert sich dabei auf die Vermittlung von Wissen bzw. eine appellhafte Ansprache durch Botschaften (z.B. „Keine Macht den Drogen“, „(Krebs-)Vorsorge schützt!“). Die Sender generieren ein kommunikatives Angebot, das von Rezipientinnen und Rezipienten möglichst im Sinne der Absicht aufgenommen und interpretiert werden soll (Persuasionsmodell).

Auf der zweiten Stufe *(Interaktion)* nutzen Anbieter von Gesundheitsdiensten die Chancen von Interaktion und Dialog, die das Medium Internet bietet. Sie offerieren z.B. Kalorienrechner oder Selbstbewertungstests und stellen Zielgruppenvertreterinnen und -vertreter und deren Meinungen vor. Aus Sicht der Gesundheitsagenturen geht es darum, ein sich zunehmend fragmentierendes Publikum zu erreichen, zu involvieren und persönliche Motivation zu generieren, indem man den sog. Nutzen- und Erlebniswert des Angebots steigert. Die Möglichkeiten für eine dialogische Kommunikation werden nur vereinzelt genutzt. Letztlich verbindet sich auch mit dieser zweiten Ebene noch die Vorstellung von Kommunikation als einem Transaktionsprozess von Information, der weitgehend vom Sender dominiert ist. Allerdings gestattet diese Form der zweiseitigen Kommunikation mit ihren rekursiven Antwortmöglichkeiten eine bessere Abstimmung und damit Passgenauigkeit der Angebote. Dies wiederum kann die Akzeptanz der angebotenen Inhalte erhöhen und damit die Chancen verbessern, ein erwünschtes Verhalten anzustoßen.

Auf der dritten Stufe schließlich findet die *Vernetzung* der Menschen untereinander statt - unabhängig von Sendern wie Unternehmen oder Institutionen. Das klassische Sender-Empfänger-Schema ist aufgelöst, jeder kann beide Positionen zugleich besetzen und die Kommunikation wird von den Teilnehmenden als reziprok wahrgenommen (z.B. Facebook, Frage-Antwort-Foren, Communitys). Die zuvor noch als Nutzerinnen und Nutzer angesehenen Zielgruppen haben nun die Möglichkeit, Informationen selbst zu produzieren, Vorgefundenes zu kommentieren und zu bewerten. Das geschieht in jeder Qualitätsstufe - vom einfachen Foreneintrag bis hin zum anspruchsvollen Fachartikel oder Blogbeitrag. Damit entstehen zusätzliche Kommunikationseffekte. So kennzeichnet der Begriff „virale Kommunikation“ eine sich blitzartig ausbreitende Information (z.B. durch einen Videoclip) in Netzwerken, bei dem die Nutzerinnen und Nutzer eine Information weitergeben, darauf hinweisen oder gar empfehlen. Dabei kann die Empfehlung in ihrer Bedeutung und Relevanz zusätzlich „aufgeladen“ werden.

Als weiterer Effekt entsteht eine indirekte Kommunikation mit Zuschauerinnen und Zuschauern, die einen Diskurs im Netz z.B. in einem Blog beobachtend verfolgen und so als erweiterte Adressatengruppe relevant werden. Damit verändern sich die klassischen Informationswege und in Folge zunehmend auch das „Gravitationsfeld“ der Anbieter von Gesundheitsinformationen, deren Wissen Teil eines globalen, sich kontinuierlich verändernden Informationsmarktes wird.

Die konkreten Optionen für die Gesundheitskommunikation, die sich aus dem Einsatz „sozialer Medien“ ergeben, sind abhängig von den jeweils eingesetzten Technologien, die bei einer großen Vielzahl unterschiedlicher Funktionalitäten und einer ständigen technischen Weiterentwicklung auch der Veränderung von Nutzerpräferenzen unterworfen sind. Die folgenden Beschreibungen aktueller Anwendungen sollten deshalb als exemplarischer Ausschnitt und Momentaufnahme verstanden werden.

Soziale Netzwerke (Social Network Sites, SNS). Soziale Netzwerke wie Facebook oder Google+ bieten Nutzerinnen und Nutzern die Möglichkeit, untereinander Inhalte auszutauschen und diese gegenseitig zu verlinken oder zu „liken". Dazu verfügt jede Nutzerin bzw. jeder Nutzer auf Facebook über eine Profilseite, auf der sie bzw. er sich vorstellt und Fotos oder Videos hochladen kann. Besucherinnen und Besucher des Profils können öffentlich sichtbare Nachrichten auf der Pinnwand des Profils hinterlassen oder Beiträge der Profilinhaberin bzw. des Profilinhabers kommentieren. Wichtiges Instrument dabei ist der „Like"- bzw. „Gefällt mir"-Button, der mit nur einem Klick den Nutzerinnen und Nutzern ermöglicht, Zustimmung bzw. Sympathie zu bekunden. Neben einer für alle Nutzenden sichtbaren Kommunikation können persönliche Nachrichten verschickt oder gezielt Freundinnen und Freunde eingeladen werden. So entsteht ein Interaktionsraum mit hoher persönlicher Relevanz für die Nutzenden.

Auch Marken oder Institutionen können „Freundesstatus" erreichen und so Zugang zum Kreis eines persönlichen Netzwerks finden. Dies geschieht beispielsweise bei den sog. „Love Brands", das sind Marken mit hoher Identifikation und emotionaler Kundenbindung (wie Apple oder Nike), bei denen Besucherinnen und Besucher durch das Aktivieren des „Gefällt mir"-Buttons eine Interessensbekundung (für neue Produktinformationen) oder eine bestimmte Gesinnung (Fan sein) zum Ausdruck bringen wollen. Der Klick auf den „Like"-Button kann als soziale Markierung verstanden werden, mit der die eigene Haltung zum Ausdruck gebracht wird und die auch darauf zielt, eine soziale Resonanz im Freundeskreis zu erzeugen.

Anbieter von Gesundheitsinformation können durch Einrichtung eines eigenen Profils auf den SNS einen direkten Zugang zu ihren Zielgruppen anbahnen. Dabei reicht das definierte Profil meist nicht über die Funktion einer Visitenkarte hinaus, da die wesentlichen Inhalte auf der Homepage des Anbieters präsentiert werden müssen. Der Transfer auf die eigene Webseite („landing page") und die damit erhofften höheren Reichweiten durch virale Kommunikationsausbreitung sind jedoch nur dann zu erzielen, wenn die angebotene Information für die Besucherinnen und Besucher besonders bedeutsam, aktuell oder höchst unterhaltsam ist. Das mit den SNS in Verbindung gebrachte Dialogpotenzial, das Organisationen näher an ihre Zielgruppen bringen soll, existiert im Fall des „Gefällt mir"-Buttons nicht. „Fans" sind aber an zusätzlicher Information interessiert und können über die Verlinkung legitim angesprochen werden. Dialogische Kommunikation kann dagegen eher über die nachfolgend beschriebenen Medien erzeugt werden.

Mobile Anwendungen (Apps). Smartphones übernehmen zunehmend die Rolle eines „Lebensbegleiters", der als kommunikatives Interface die reale mit der virtuellen Welt verbindet. Sie sind fast immer dabei und halten insbesondere Jugendliche „always on", wenn sie mitunter minütlich ihren Freundesstatus auf einer SNS prüfen, Zerstreuung und Unterhaltung mit kleinen Spielen und lustigen Videos suchen oder sich auf die ortsgebundene

Informationssuche nach Eventtipps, Einkaufsgelegenheiten und anderem begeben. Die technischen Voraussetzungen dazu werden durch auf dem Gerät installierte Applikationen (Apps) bereitgestellt. Das sind kleine Softwareprogramme, die spezifische Aufgaben organisieren. Sie reichen von einfachsten Werkzeugen mit nur einer Funktion (z.B. Wecker) bis hin zu Programmpaketen mit umfangreichen Funktionalitäten (z.B. Jogging-App) und sozialen Austauschfunktionen. Die Eignung mobiler Applikationen für die Gesundheitskommunikation beruht auf mehreren Faktoren:

- Sie können ortsunabhängig ergänzendes, interessantes Hintergrundwissen z.B. über Körperfunktionen, Wirkungen von Substanzen etc. bereitstellen.
- Sie bieten individuell konfigurierbare Rechner, die die Informationsaufnahme zu einem persönlichen Erlebnis machen (BMI, Alkohol-, Kalorienrechner etc.) und damit besondere Relevanz erzeugen.
- Smartphones erlauben mit ihrer Hardware auch den Einsatz von Augmented-Reality-Anwendungen (AR), die eine nächste Stufe digitaler Vernetzung anzeigen. Darunter versteht man die computergestützte Erweiterung der Realitätswahrnehmung wie sie z.B. durch in Brillen integrierte Monitore möglich wird („Google Glass“). Als erweiterte Realität wird dabei die visuelle Darstellung von Informationen durch Bilder oder Videos mit computergenerierten Zusatzinformationen oder virtuellen Objekten mittels Einblendung/Überlagerung verstanden. So können beispielweise beim Betrachten von Objekten zusätzliche Informationen eingeblendet oder Handlungsalternativen angezeigt werden.
- Eine aktuelle Entwicklung in diesem Kontext ist der Trend des „Self-Trackings“ (ST), bei dem neben dem Smartphone auch andere mobile Geräte (Uhr oder Armreif) eingesetzt werden. Diese Applikationen sammeln personenspezifische Daten im Hinblick auf Gesundheit, Fitness oder die alltägliche Lebensorganisation (Pulsmesser, Schrittzähler, Kalorienzähler etc.). Damit wird das eigene Verhalten quantifizierbar, transparent und vergleichbar. Auf Basis dieser Information soll die Motivation für eigene Verhaltensänderung gestärkt und das Einüben neuer Routinen erleichtert werden. Die Apps übernehmen dabei - wissenschaftlich fundiert - die Interpretation der Daten und bieten individuell zugeschnittene Handlungsempfehlungen. Dabei geht es häufig um mehr als das Beobachten des eigenen Handelns. Erst der soziale Vergleich mit anderen schafft das Gefühl, Mitglied einer Gruppe Gleichgesinnter zu sein, die bedeutsame Ziele haben. Dies kann positive Auswirkungen auf die Motivation des bzw. der Einzelnen haben.

Sowohl AR-Anwendungen als auch ST-Apps sind innovative Entwicklungen, die bereits Marktreife erlangt haben und auf breite Konsumentenschichten zielen (z.B. Ernährung, Fitness/Sport). Ihre Verbreitungsgeschwindigkeit wird durch die eingangs erwähnte mHealth-Strategie der EU-Kommission bereits nachhaltig gefördert. Innovative Koopera-

tionsprojekte wie DAPHNE (**www.daphne-fp7.eu**), eine Web-Plattform zum Monitoring individueller Bewegungs- und Ernährungsgewohnheiten zur Gewichtsregulation, geben schon jetzt die Richtung vor.

Video- und Fotoportale. Video- und Fotoportale wie *YouTube*, *Vimeo, Flickr* oder *Instagram* erlauben Nutzerinnen und Nutzern, Videos und Fotos hochzuladen und - sofern sie registriert sind - andere Inhalte zu kommentieren, zu bewerten, in Hitlisten aufzunehmen oder in die eigene Website einzubinden. Diese Portale haben nicht nur enorme und permanent wachsende Nutzungszahlen, sondern sie entwickeln sich immer mehr zu Suchmaschinen und Werkzeugen der Vernetzung. Inzwischen ist YouTube die weltweit zweitgrößte Suchmaschine nach Google. Mehr als eine Milliarde Menschen nutzten das Portal im Jahr 2013 und schauten monatlich 6 Milliarden Stunden Videomaterial an. Dabei überwog die Suche nach Zerstreuung und Anleitung.

Den Anbietern von Gesundheitsinformationen bieten diese Portale zusätzliche Möglichkeiten, ihre Themen und Inhalte über kleine Clips oder Filme einem breiten Publikum kostengünstig zu präsentieren. Darüber hinaus kann dort durch die Einbindung von Vernetzungs- und Kommentierungselementen ein direkter Austausch mit den Zielgruppen geführt werden, die sonst über die eigenen Webseiten nicht erreicht würden. Die Kommentierungs- und Vernetzungsfunktionen sind dabei auch geeignet, Fragen der Akzeptanz und Verständlichkeit der eigenen medialen Angebote (Clips) bei den Zielgruppen zu überprüfen sowie den erreichten Verbreitungsgrad genau zu bestimmen. Dies stellt im Interesse einer qualitätsgesicherten Medienentwicklung eine neue Option dar. Gleichzeitig verlieren mit dieser Entwicklung alte Formate (CD, DVD) und Verteiler (Filmdienste etc.) immer mehr an Bedeutung.

Blogs und Mikroblogging. Ein Weblog (kurz: Blog) ist eine Art Tagebuch (Logbuch), das von einer Autorin bzw. einem Autor oder mehreren Autorinnen/Autoren (Bloggerinnen/Bloggern) im Internet geführt wird. Typisch für einen Blog sind periodische Einträge, die historisch absteigend sortiert sind. Eine Kategorisierung mittels Themen und Tags (Schlagwörtern) sowie eine Kommentierungsfunktion sind ebenso wichtig. Es gibt mittlerweile Blogs in sehr unterschiedlichen Größenordnungen. Sie reichen von Angeboten, die quasi Fachzeitschriftenstatus haben (**www.automobil-blog.de**), bis hin zu stark nischenorientierten Spezialangeboten (**https://socialmedia-blog.net/**). Aufgrund der großen und ständig wachsenden Zahl von Blogs existieren inzwischen eigene Blog-Suchmaschinen, mit denen die Blogs auf Inhalte gescannt werden können. Ebenso existiert im Netz eine unbestimmte Zahl von Rankinglisten, die nach Nutzerzahlen sortiert Blog-Hitlisten unter spezifischen Themen (z.B. Gesundheit) aufführen. Über die Quantität und Qualität dieser Blogs zum Themenfeld Gesundheit sind hier keine Aussagen möglich. Bei der Suche nach dem Stichwort Gesundheitsförderung konnten mit der Google-Blogsuche 57.000 Einträge (17.7.2014) identifiziert werden.

Für Akteurinnen und Akteure der Gesundheitsförderung bieten sich vor allem Blogs an, die sich an andere Expertinnen und Experten sowie Fachleute richten. Ähnlich wie ein Social-News-Dienst können relevante Beiträge aus diversen Medien für die fachinteressierte Nutzerschaft zusammengestellt (Alert-Funktion) bzw. zur Diskussion gestellt werden (z.B. **http://scienceblogs.de/gesundheits-check//** **http://medizin-und-neue-medien.de**). Auf diese Weise ist ein Meinungsaustausch unter Fachkolleginnen und -kollegen sowie Interessierten jenseits bestehender Organisationsgrenzen und Arbeitsformen möglich. Das Betreiben eines Fachblogs erfordert erheblichen Zeitaufwand und setzt regelmäßige und dauerhafte Publikationstätigkeiten voraus.

Foren, Communitys und Frage- und Antwortseiten (FAS). Während Soziale Netzwerke (SNS) den persönlichen Freundeskreis digital organisieren, sind Foren, Communitys und Frage- und Antwortseiten themenzentriert. Das Spektrum reicht von Gesundheitsplattformen (**www.onmeda.de**, **www.gesundheit.de**) und Suchttreffs (Forum Alkoholiker) über geschlechtsspezifische Communitys (**www.gofeminin.de**) bis hin zu reinen Frage- und Antwortseiten (z.B. **www.gutefrage.net**). Während die Communitys zumeist eine sehr leistungsstarke redaktionelle Basis haben, generieren Foren und Q&A-Sites (Questions & Answers) ihre Inhalte ausschließlich aus Nutzerbeiträgen und -diskussionen. Die Qualität der Antworten kann vom Fragesteller bzw. der Fragestellerin bewertet werden, sodass sich sukzessive Antwortexperten bzw. -expertinnen herauskristallisieren, deren Aussagen immer mehr Gewicht bekommen.

Im April 2014 erreichte die größte deutsche Q&A-Plattform, gutefrage.net, mit rund 17,5 Mio. „Unique Usern“ (= Besucher wird nur einmal registriert) fast ein Drittel aller deutschen Internetnutzerinnen und -nutzer (AGOF internet facts 2014-4). Auf 13 Millionen Fragen, die dort insgesamt bis Juli 2014 gestellt wurden, ist knapp über 50 Millionen Mal geantwortet worden. Allein zum Stichwort „Drogen“ fanden sich zu diesem Zeitpunkt über 100.000 Fragen. Die starke Nutzung ist u.a. darauf zurückzuführen, dass die Anliegen häufig nicht nur allgemein, sondern unter Wahrnehmung der persönlichen Situation, spezifisch und vor allem verständnisvoll behandelt werden („Das kenne ich, bei mir ist das so und so“). So kann aus zunächst sachbezogenem Austausch (Forum) durch emotionale Bindung ein System Gleichgesinnter mit Communitycharakter entstehen. Gleichwohl ist die Antwortqualität häufig als heterogen, mitunter sogar als problematisch zu bezeichnen. Die aktive Beteiligung von Akteurinnen und Akteuren der gesundheitlichen Aufklärung an solchen Foren und FAS ist deshalb ein sinnvoller Ansatz, der bei den Betroffenen durchaus auf Akzeptanz stößt. Da die in den Foren gesammelten Inhalte (posts) über Jahre abrufbar bleiben, besteht an dieser Stelle eine besondere Form der Nachhaltigkeit, weil spätere Suchanfragen automatisch auf die alten Antworten verweisen. Die Beteiligung an der Diskussion besonders heikler, brisanter Themen kann so als eine neue Art von virtueller

Streetwork genutzt werden. Dabei ist eine explizite Absenderkennzeichnung unverzichtbar.

Games / Serious Games / Social Games / Gamification.

Computerspiele finden seit einigen Jahren als Serious Games und als Social Games neue Anwendungsfelder in Gesundheitsversorgung und -erziehung (s.a. internationale Konferenz **www.gamesforhealth.com**). Mit ihnen verbinden sich vielfältige Erwartungen der Verhaltensbeeinflussung. Diese stützen sich auf eine zunehmend besser werdende Studienlage, die vielfältige positive Wirkungen in Bezug auf Wissen, Einstellungen, Verhalten sowie direkte Gesundheitsoutcomes und gesundheitsbezogenes Selbstmanagement belegen (Übersicht bei Dadaczynski, Schiemann & Paulus, 2016). So zeigte ein Spiel (ReMission), in dem Kinder virtuelle Krebszellen bekämpfen (*www.re-mission2.org*), positive Effekte in Bezug auf die Therapieadhärenz, das krankheitsbezogene Wissen und die Selbstwirksamkeit. Ähnliche positive Effekte konnten mit anderen Spielen bei an Diabetes erkrankten Kindern nachgewiesen werden. Besondere Aufmerksamkeit erzielte in der Fachwelt die Nachricht neuseeländischer Forscher, dass ein Computerspiel helfen kann, Depressionen bei Jugendlichen zu lindern (**https://www.sparx.org.nz***)*.

Charakteristisch für diese Spiele ist, dass sie ein Bildungs- oder Verhaltensthema als authentisches, glaubwürdiges Spielerlebnis inszenieren und dabei definierte Lern- bzw. Gesundheitsziele verfolgen. Damit machen sie sich die aktivierende, motivierende Wirkung von Spielen zunutze, um eine hochinvolvierte Beschäftigungssituation (Flow) zu erzeugen. Klare Aufgabenstellungen, kontinuierlicher Fortschritt und direkte Belohnungen generieren dabei Selbstwirksamkeitserfahrungen, die - so die Vermutung - neben allgemeinen motivationalen Effekten, zu kognitiven, affektiven und verhaltensbezogenen Transfers führen können (Fritz 2011). So werden, neben motorischen Fertigkeiten, in Studien immer wieder positive Stimmungen, prosoziale Verhaltensweisen oder auch allgemeine Problemlösefähigkeiten nach Spielekonsum gemessen (Granic et.al. 2014).

Dieses Potenzial ist wiederum Grundlage für den allgemeinen Trend der Gamification (auch: Gamifizierung) in vielen Lebensbereichen. Der Begriff bedeutet, spieltypische Elemente in spielfremden Kontexten anzuwenden. Arbeits-, vor allem aber Lerntätigkeiten werden dabei mit Erfahrungspunkten, Highscores, Fortschrittsanzeigen, Ranglisten oder Auszeichnungen kombiniert. So können auch kleine Erfolge sichtbar werden und helfen, die Motivation, z.B. ein neues Verhalten einzuüben, aufrecht zu erhalten. Es erscheint naheliegend, dass spielerisches Engagement zunehmend auch in sozialen Netzwerken wie z.B. Facebook eingebettet wird. Beim Social Gaming geht es häufig um Minisimulationen (**www.farmville.com**) oder um kooperative Rätselspiele (**https://apps.facebook.com/candycrush**), bei denen die Aktivitäten der Spieler im Freundeskreis sichtbar und untereinander vernetzt werden. So gesellt sich zu dem Gefühl

der Selbstwirksamkeit noch das der sozialen Einbindung und findet eine Verstärkung durch Peers.

Aus diesem Grund werden Social Games auch für den Gesundheitsbereich produziert. Sie werden zunehmend in der Prävention (bspw. gesunde Ernährung: **www.spaplay.com**), Therapie (**ayogo.com/blog/case-study-healthseeker**) und Rehabilitation sowie bei Patientenschulungen und Trainings von medizinischem Fachpersonal (z.B. junge Ärtze) eingesetzt.

Relevanz und Anschlussfähigkeit für die Gesundheitsförderung. Ob, in welchem Umfang und mit welchem Erfolg die hier beschriebenen Technologien im Kontext gesundheitskommunikativer Maßnahmen eingesetzt werden können, ist derzeit unklar und sollte deshalb Gegenstand künftiger Forschung sein. Bislang gibt es erst wenige gesicherte Erkenntnisse darüber, wie Institutionen und Akteurinnen bzw. Akteure der Gesundheitsförderung digitale Medien und Kanäle im Social Web nutzen. Insgesamt sind ihr Verbreitungsgrad und die Nutzung dieser Medien noch vergleichsweise gering. Dem steht andererseits die positive Einschätzung ihrer Potenziale zur verbesserten Kommunikation mit den Zielgruppen gegenüber, die als gesichert angesehen wird. Es fällt auf, dass alle diese Potenziale, wie das Ermöglichen aktiver Teilhabe (**Partizipation**), die Vernetzung (**Vermitteln und Vernetzen**) und das Erleben sozialer Unterstützung, die Förderung von Selbstwirksamkeitserfahrungen, die adressatengerechte Information (Personalisierung) und Nutzung von viralen Effekten (Mobilisierung) gut vereinbar mit den Strategien und Handlungsfeldern der Ottawa-Charta sind.

So ist z.B. die Forderung, *gesunde Lebenswelten (**Settingansatz/Lebensweltansatz**)* zu schaffen, auch von erheblicher Relevanz für die virtuellen Lebenswelten. Der Begriff des Settings, der als zentraler Ansatzpunkt für Maßnahmen der Gesundheitsförderung in der Lebenswelt gilt, ist um eine virtuelle Komponente zu ergänzen bzw. zu erweitern. Das Arbeiten, Lernen oder die Gestaltung von Freizeit und sozialen Beziehungen findet zunehmend online statt. Damit muss sich die Forderung nach gesundheitsfördernden Lebenswelten auch auf unser digitales Umfeld beziehen. Denn die Wegbereiter und Entwickler expandierender digitaler Umwelten sind vor allem kommerzielle Anbieter, die zuerst auf Kundenbindung, Absatz und Produktplatzierung zielen und dabei die Belange von Gesundheit selten berücksichtigen. Es scheint allerdings, als würde es den Produzentinnen und Produzenten kommerzieller Dienstleistungen und Angebote besser gelingen, sich den neuen Kommunikationsformen und damit verändernden Partizipationsansprüchen der Adressatinnen und Adressaten anzupassen. Darauf weist insbesondere die rapide steigende Zahl digitaler Applikationen im Fitnessbereich hin.

Auch für das Handlungsfeld *„Gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen stärken“* (**Gemeindorientierung**) erscheint das Social Web in besonderer Weise geeignet. Denn im

Sinne des Konzepts des „Sozialen Kapitals“ (Bourdieu) können die Social Media soziale Verknüpfungen wie Freundschaften und Nachbarschaften für die Gesundheit der Menschen organisieren helfen. Netzwerke, die auf gegenseitige Unterstützung zielen, haben nachgewiesenermaßen einen zentralen Stellenwert für die Gesundheitsförderung. Die Chance, zur Vernetzung der Zielgruppen untereinander beizutragen - z.B. durch das Anbieten von themenspezifischen Foren oder Portalen, auf denen Wissen, Erfahrungen und Tipps ausgetauscht werden können, und die damit verbundene für alle sichtbare Kommunikation -, stellen die Anbieter solcher Dienste vor neue Herausforderungen. Dies gilt für öffentliche wie nichtstaatliche Organisationen in gleichem Maße. Unsicherheiten, die im Umgang mit diesen Anforderungen entstehen, können durch die Entwicklung von Handlungsanleitungen für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zur Kommunikation in sozialen Medien (social media policy) gemildert werden. Die Entwicklung einer solchen Strategie (policy) führt zu zentralen konzeptionellen und strategischen Fragen beim Anbieter und erfordert die Prüfung des eigenen Auftrags (Ziele) und der Haltung (Augenhöhe) gegenüber den Adressatinnen und Adressaten. Angesichts der zentralen Zielstellung von Gesundheitsförderung, Menschen ein höheres Maße an Selbstbestimmung (Kontrolle) über ihre Gesundheit zu ermöglichen, sollten diese Chancen mutig genutzt werden, auch wenn dies in der Kommunikation bisweilen mit unvorhersehbaren Schwierigkeiten verbunden sein kann. Hartnäckige, destruktive Besucherinnen und Besucher (Trolle) oder eine massenhafte negative Resonanz (Shit Storm) sind Erscheinungen, auf die man vorbereitet sein sollte.

Weiterhin kann mit den o.a. Medien eine Vielzahl neuer Impulse im Handlungsfeld *„persönliche Kompetenzen stärken“* gesetzt werden, z.B. durch die Entwicklung gezielter, individuell zugeschnittener Lern- und Trainingsangebote.

Ausgehend von der Erkenntnis, dass nichts die Gesundheit so nachhaltig positiv fördert wie die Kompetenz, das eigene Leben selbstbestimmt führen zu können, verweisen gesundheitspsychologische Konzepte auf die Bedeutung von Selbstwirksamkeitserfahrungen, die Menschen in ihrer biografischen Entwicklung durchlaufen. Eine hohe Selbstwirksamkeitsüberzeugung (interne Verhaltenskontrolle) hat danach erhebliche Bedeutung für das Gesundheitshandeln. Die Vorstellung persönlicher Selbstwirksamkeit beruht dabei auf vorhergehenden, positiv bestätigenden Erfolgserfahrungen.

Mit den Werkzeugen der Selbstbeobachtung (Self-Tracking) sind effektive Möglichkeiten gegeben, gesundheitsbezogene Kompetenzerfahrungen zu machen und so das Selbstwirksamkeitserleben zu stärken. Zwei Faktoren sind hierbei entscheidend: Erstens lassen sich Ziele und Anforderungen hochindividuell einstellen, sodass Entmutigung aus Über- oder Unterforderung vermieden werden kann. Zweitens können die Programme vielfach in den sozialen Resonanzraum einer Community eingebunden werden, die überwiegend positive

Aufmerksamkeit und motivierenden Zuspruch erzeugt. Dieser soziale Zuspruch ist eine wichtige, verstärkende Variable im Entstehen von Selbstwirksamkeitserleben.

Gegenwärtig wird persönlichen Kompetenzen mit dem Begriff der „**Health Literacy**“ (Gesundheitskompetenz) eine andere, zum Teil im Anspruch eingeschränkte Bedeutung zugeschrieben. Im Mittelpunkt dieses Konzepts von „Gesundheitskompetenz“ stehen jetzt die Fähigkeiten, Gesundheitsinformationen beschaffen, verstehen und kritisch bewerten zu können. Der Begriff der Gesundheitskompetenz wird dabei sowohl auf Personen (z.B. Patientinnen und Patienten) als auch Anbieter von Gesundheitsinformationen (z.B. Ärzteschaft, Gesundheitsförderungsfachleute) bezogen und nimmt damit beide Seiten in die Verantwortung. Geringe bzw. unzureichende Health literacy ist damit im Ergebnis auch Ausdruck einer nicht gelingenden Kommunikation. Soziale Medien erscheinen hier gut geeignet, eine Brücke zwischen den Nutzerinnen und Nutzern (Laien, Patientinnen/Patienten) und Anbietern (Expertinnen/Experten, Klinikerinnen/Klinikern) zu schlagen. Sie können für alle drei Funktionen (suchen, verstehen, bewerten) und darüber hinaus wertvolle Unterstützung leisten. So illustriert de Bronkhardt im ePatienten-Handbuch (Belliger und Krieger 2014) eindrucksvoll den Nutzen der Kommunikation in sozialen Medien auch für medizinische Behandlungszwecke. Es ist ein Plädoyer für ein (systemisch) erweitertes Gesundheits- und Krankheitsverständnis, bei dem die normative Unterscheidung von Laien und Expertinnen/Experten (Patient/-in - Ärztin/Arzt) aufgegeben bzw. erweitert wird zugunsten eines komplexen Netzwerks unterschiedlicher Akteurinnen und Akteure. Dies zeigt auch das Beispiel des Pharmaherstellers Pfizer, der 2014 zusammen mit zwei Patienten-Selbsthilfeorganisationen (AMSEL, Leukämie) ein Praxismanual entwickelte, das Patientenorganisationen auf den Umgang mit und die Verwendung von Social Media im Web 2.0 vorbereiten soll. In diesem Zusammenhang fällt zunehmend auch das Schlagwort einer „participatory medicine“. Das „Salzburg Statement on Shared Decision Making“ (**http://e-patients.net/u/2011/03/Salzburg-Statement.pdf**) proklamiert hier die - technologisch unterfütterte - Vision von Gesundheit als Gemeinschaftsleistung von Patientinnen/Patienten und Klinikerinnen/Klinikern. Klinische oder epidemiologische Evidenzen sowie belastbare und übertragbare Studienergebnisse in diesem Feld stehen allerdings noch aus.

Dieser Gedanke berührt unmittelbarer den fünften Handlungsbereich der Ottawa-Charta, der fordert, die *„gesundheitlichen Dienste neu zu orientieren*“. In diesem Handlungsbereich sind in den letzten 30 Jahren in Deutschland kaum strukturelle Veränderungen in Richtung auf ein stärker präventiv und auf Empowerment ausgerichtetes Gesundheitswesen erfolgt. Das überall präsente Internet hat jedoch begonnen, das Leben tiefgreifender als irgendeine andere Technologie zuvor zu verändern. Damit entstehen neue Rahmenbedingungen für das zukünftige Handeln von Akteurinnen und Akteuren sowie Institutionen im Gesundheitswesen und damit einhergehend erhebliche Veränderungen im Zusammenspiel

der Akteurinnen und Akteure, wie der Bericht der EU Task Force on eHealth (Redesigning health in Europe 2020) nachdrücklich belegt.

Änderungsbedarfe und mögliche Konsequenzen für das Feld der Prävention und Gesundheitsförderung werden hier abschließend thesenartig zusammengefasst:

- Die Auflösung des Sender-Empfänger-Prinzips erfordert ein Denken und Handeln unter Berücksichtigung systemischer Theorien und Netzwerkstrukturen.
- Mit dem Wegfall der eindeutigen Vorherrschaft der Massenkommunikation müssen Aufklärungsinstitutionen ihr Handeln vom sendergetriebenen „one to many"-Instrumentarium auf „one to one"-Werkzeuge, wie personalisierte Newsletter oder individuelle Reaktionen in Internetforen, anpassen. Letztlich geht es darum, die vorhandene Kommunikationskompetenz auf die inhaltlich-dramaturgischen Bedingungen der multimedial vernetzten Welt zu übertragen. Das bedeutet, die unterschiedlichen Medienformate zu kennen und in ihrer spezifischen Wirksamkeit einschätzen sowie herstellen zu können und die dramaturgisch sinnvolle Vernetzung der Formate zu überblicken.
- Diese Kompetenz muss den Aspekt der technisch-funktionalen Zusammenhänge der Medien beinhalten. Nur ein tiefes Verständnis auch der technischen Möglichkeiten von Nutzungs- und Nutzeranalyse, um eine verhaltens- und interessenbasierte Platzierung von Botschaften zu befördern, sichert effektives und effizientes Handeln in den neuen Medien.
- Perspektivisch werden sich die Handlungsfelder von Informationsanbietern um die Komponenten „Zuhören" und „Befähigen" erweitern. Eine zentrale Aufgabe wird die Beteiligung an öffentlichen Diskussionen, das Initiieren von Austauschplattformen oder auch die Unterstützung vorhandener Strukturen und Initiativen (Bloggerinnen/Blogger, lokale Plattformen) sein, statt der Produktion und Publikation von Gesundheitsinformationen. Um dies authentisch betreiben zu können, müssen Vertreterinnen und Vertreter dieser Institutionen als lebendige Personen auftreten und den Menschen direkt und auf Augenhöhe begegnen können.
- Wesentliche Teile der Kommunikation werden mit der Unterstützung handelnder Akteurinnen und Akteure (Bloggerinnen/Blogger) und sozialer Strukturen (Communitys) ausgeführt werden. Das Empowerment wichtiger Meinungsführerinnen und -führer sowie Initiativen, die die Förderung gesunder Lebensweisen unterstützen, wird eine wichtige Aufgabe der Zukunft sein.
- Die Bedeutung von Information als Impuls zur Verhaltensänderung erscheint relativiert. Ziel der Gesundheitskommunikation über soziale Medien ist es, in dem „individuellen, digitalen Lebensstrom" (Gelernter) der Menschen wenigstens

sporadisch eine Rolle zu spielen und Interaktionen auszulösen (im Sinne von Interessensbekundung, Meinungsäußerung oder Anzeigen einer Haltung). Das Ziel ist damit weniger, einen Überzeugungsimpuls zu setzen, als durch dezente Teilnahme an Gesprächen kritische Reflexionen zu stimulieren.

» Die sich verändernde Medienwelt mit ihren neuen Kommunikationsmechanismen bringt neben technischen und strategischen Fragen auch ethische Fragestellungen mit sich. So kann die Ansprache in sozialen Netzwerken als Eindringen in die Privatsphäre verstanden werden. Umgekehrt können bei unbedachter Veröffentlichung von vermeintlich privaten Inhalten aus dem Arbeits- oder Privatleben (z.B. mit Fotos) leicht persönliche und institutionelle Grenzen verletzt werden. Ebenso sollte bei der Mitwirkung an Gemeinschaftsaktionen sorgfältig geprüft werden, wer mit welchen Interessen daran mitwirkt (z.B. Industrie). Hier müssen die Akteurinnen und Akteure eine klare Haltung entwickeln und diese in ihrer Kommunikation berücksichtigen.

Literatur:

Belliger A/Krieger DJ (Hg.), Gesundheit 2.0. Das ePatienten-Handbuch, Bielefeld 2014;

Bundesrat Drucksache 167/14, Grünbuch der Kommission über Mobile-Health-Dienste („mHealth“) 2014. Download unter https://www.umwelt-online.de/PDFBR/2014/0167_2D14.pdf

Centers for Disease Control and Prevention (CDC), Social media toolkit 2011. Download unter http://www.cdc.gov/socialmedia/tools/guidelines

Dadaczynski K/Schiemann S/Paulus P(Hg.), Gesundheit spielend fördern. Potenziale und Herausforderungen von digitalen Spieleanwendungen für die Gesundheitsförderung und Prävention. Weinheim 2016 , Beltz Juventa

Ebersbach A/Glaser M/Heigl R, Social web. Konstanz: UTB 2008;

Europäische Kommission, eHealth Action Plan, 2012. Download unter http://europa.eu/rapid/press-release_MEMO-12-959_en.htm

EU Task Force on eHealth, Redesigning health in Europe (2020), 2012. Download unter http://www.eu-patient.eu/News/News-Archive/Report-Redesigning-health-in-Europe-for-2020-/

Fritz J, Wie Computerspieler ins Spiel kommen, Theorien und Modelle zur Nutzung und Wirkung virtueller Spielewelten, Berlin 2011, Vistas Verlag (Schriftenreihe Medienforschung der Landesanstalt für Medien NRW).

Granic I/Lobel, A/Engels RCME, The Benefits of Playing Video Games, in: American Psychologist 2014, 69 (1), S. 66-78. download un terhttps://www.apa.org/pubs/journals/releases/amp-a0034857.pdf

Kaplan AM/Haenlein M, Users of the world, unite! The challenges and opportuni-ties of Social Media. Business Horizons 53 (1), 2010, 59-68;

Kickbusch I/Pelikan JM/Apfel F/Tsouros AD, Health literacy. The solid facts, WHO 2013. Download u ter http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf

Kietzmann JH/Hermkens K/McCarthy IP/Silvestre BS, Social media? Get serious! Understanding the functional building blocks of social medi, in: Business Horizons 54, Nr. 3, 2011, 241-251. DOI:10.1016/j.bushor.2011.01.005;

Ludwigs S, Potenziale von Web 2.0 und Social Media für die gesundheitliche Auf-klärung, in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.), Gesundheitsför-derung konkret, Bd. 16, Köln 2011, 33-68;

Schmidt JH/Paus-HasebrinkI I/Hasebrink U (Hg.), Heranwachsen mit dem Social Web. Zur Rolle von Web 2.0-Angeboten im Alltag von Jugendlichen und jungen Erwachsenen, LfM, Bd. 62, 2009. Download unter http://www.lfm-nrw.de/fileadmin/lfm-nrw/Forschung/LfM-Band-62.pdf

Spitzer M, Digitale Demenz. Wie wir uns und unsere Kinder um den Verstand bringen, Droemer Verlag, München 2011;

Statistisches Bundesamt, Fachserie 15, Reihe 4, IKT 2014.

Internetadressen:

http://medizin-und-neue-medien.de
http://scienceblogs.de/gesundheits-check/
http://www.daphne-fp7.eu/
www.gesundheit.de
www.onmeda.de
http://www.socialmedia-blog.de/
www.gamesforhealth.com
www.sparx.org.nz
www.re-mission2.org/

Verweise:

Gemeindeorientierung, Gesundheitsförderung 1: Grundlagen, Gesundheitskommunikation und Kampagnen, Gesundheitswissenschaften / Public Health, Health Literacy / Gesundheitskompetenz, Partizipation: Mitentscheidung der Bürgerinnen und Bürger, Settingansatz / Lebensweltansatz, Sozial-kognitive Theorie (Erklärungs- und Veränderungsmodelle I), Vermitteln und Vernetzen

Soziale Netzwerke und Netzwerkförderung

Waldemar Süß, Alf Trojan

(letzte Aktualisierung am 27.02.2015)

Soziale Netzwerke sind relativ dauerhafte, jedoch nur gering oder gar nicht formalisierte Beziehungsstrukturen zwischen Individuen und Gruppen. In Abgrenzung zum allgemeinen Sprachgebrauch werden mit dem Begriff „Soziale Netzwerke" vor allem informelle Beziehungsstrukturen angesprochen - im Unterschied zu formellen und funktionalen Verknüpfungen von Organisationen und Institutionen. Die Bedeutung der sozialen Netzwerke liegt vor allem darin, dass sie je nach Bedarf **soziale Unterstützung** für die Einzelnen leisten und aus ihnen soziale Aktionen entstehen können. Auf diese Weise haben Netzwerke eine wesentliche Bedeutung bei der besseren Bewältigung von Krankheiten (kurative und rehabilitative Wirkungen) und bei der Förderung von Gesundheit auf individueller Ebene und in lokalen Lebenszusammenhängen (präventive und gesundheitserhaltende Funktionen: **Belastung und Bewältigung**, **Protektivfaktoren**, **Soziales Kapital**).

Gelegentlich werden die „natürlichen" Netzwerke (z.B. Familie, Haushaltsmitglieder, Nachbarschaft, Freundes- und Kollegenkreis, etc.) den „organisierten" Netzwerken (z.B. Vereinen, Selbsthilfezusammenschlüssen, Bürgerinitiativen und ähnlichen sozialen Gebilden) gegenübergestellt. Systematisch unterscheidet man drei Formen (Abb. 1).

primäre Netzwerke	**Familie, Verwandte, Haushaltsangehörige und Freunde des Einzelnen**
sekundäre Netzwerke	Vor allem selbstorganisierte soziale Gebilde im eigenen Lebensraum (wie Selbsthilfegruppen), aber auch höhergradig organisierte Vereinigungen und Verbände, wie Pro Familia u.a.
tertiäre Netzwerke	Professionelle Hilfssysteme, d.h. Beratungsstellen, Arztpraxen, Sozialstationen, Krankenhäuser, Pflegeheime u. a. m.

Abb. 1: Systematik sozialer Netzwerke (eigene Darstellung)

Die sozialpolitische Bedeutung der sozialen Netze als Schutz-, Bewältigungs-, Entlastungs- und Unterstützungssysteme hat zu einer rapide gewachsenen Forschung über soziale Netzwerke seit Beginn der 1970er-Jahre geführt. Insbesondere in der Sozialpsychiatrie

und in der Gemeindepsychologie sind *persönliche Netzwerke* untersucht worden. Hierbei geht man aus von den Beziehungen, die ein Not leidendes Individuum zu einzelnen Personen und Gruppen hat. Es werden nicht nur Schwächen des individuellen Netzwerkes zu identifizieren versucht, sondern auch die Stärken, d.h. die möglichen Anknüpfungspunkte für die aktive Hilfesuche des Individuums in seiner unmittelbaren Umgebung. Netzwerkförderung in diesem Kontext wird gelegentlich auch als Netzwerkberatung oder auch Netzwerktherapie bezeichnet. Dieser Ansatz ist eine wesentliche Erweiterung angesichts der traditionellen Einengung professioneller Helferdisziplinen auf den Einzelnen und seine Krankheit.

Epidemiologische Untersuchungen haben bestätigt, dass eine gelungene Einbindung in primäre und soziale Netzwerke mit geringerer Krankheitshäufigkeit und höherer Lebenserwartung einhergeht. Die klassische amerikanische Studie von Berkman und Syme (1979) bei einer Zufallsauswahl von fast 7000 Erwachsenen zeigte, dass Personen mit geringen sozialen Bindungen („social and community ties“) in einem 9-Jahres-Zeitraum nach der Untersuchung ein zwei- bis dreimal so großes Sterberisiko hatten wie die Personengruppen mit den intensivsten sozialen Kontakten.

Daneben sollen auch *aufgabenbezogene soziale Netzwerke* im Sinne selbstorganisierter Zusammenschlüsse auf Gemeindeebene gefördert werden. Im Zentrum solcher Netzwerke steht im Gegensatz zu den um eine Person herum gruppierten Netzwerken eine gemeinsame Betroffenheit oder ein gemeinsames Ziel als verbindendes Element, z.B. eine Krankheit oder das Ziel Umweltschutz. Sie sind häufig Teil der „neuen sozialen Bewegungen“. Untersuchungen auf Gemeindeebene haben gezeigt, dass solche sozialen Netzwerke große Bedeutung haben für die Organisation sozialer Unterstützung und sozialer Aktionen im Sinne besserer Lebensbedingungen und größeren Wohlbefindens. Besonders in diesem Bereich kann Netzwerkförderung als allgemeiner (krankheitsunspezifischer) Ansatz der Gesundheitsförderung und Prävention bezeichnet werden.

Als *Netzwerkförderung* wird die Gesamtheit aller Aktivitäten bezeichnet, die

- der Erhaltung, Befähigung und Weiterentwicklung vorhandener aufgabenbezogener, gesundheitsrelevanter Netzwerke in Arbeits- und Lebenswelt dienen,
- der Anregung neuer aufgabenbezogener, gesundheitsrelevanter Netzwerke in Arbeits- und Lebenswelt dienen,
- der Entlastung und „Pflege“, Erweiterung, Aktivierung, Stärkung und Qualifizierung persönlicher Netzwerke (z.B. Familie, Nachbarschaft, Freunde u. a. m.) dienen.

Diese Definition zeigt, dass der Begriff so weit gefasst ist, dass er Selbsthilfe-Förderung (**Selbsthilfe**) einschließt. Er entstand im Anschluss an die epidemiologische Forschung zur

sozialen Unterstützung sowie zu sozialen Netzwerken und schließt konzeptionell und argumentativ an diese Forschung an. Das Konzept hat sich praktisch und politisch jedoch bisher kaum durchgesetzt. Stattdessen werden in unterschiedlichen sozialpolitischen Kontexten einzelne Elemente der Netzwerk-Förderung unter spezifischeren Überschriften aufgegriffen, z.B. Unterstützung von Angehörigen (im Bereich der Pflege), Selbsthilfe-Förderung (im Gesundheitswesen), „Netzwerkarbeit" oder „Gemeinwesen-Arbeit" (im Bereich der sozialen Arbeit), „Netzwerkintervention" (in der Gemeindepsychologie). Allen diesen Formen ist jedoch gemeinsam, dass sie darauf abzielen, „Laien" zu Beteiligten und möglichst kompetenten „Leistungserbringern" zu machen.

Netzwerk-Förderung ist von besonders großer sozialpolitischer Bedeutung *für die Pflege alter Menschen und chronisch Kranker*. Das Sozialgesetzbuch XI verfolgt das Ziel, Pflegebedürftigen so lange wie möglich eine Pflege zu Hause zu ermöglichen. Dies ist nur möglich, wenn pflegende Angehörige ausdrücklich ermutigt und in die Lage versetzt werden, diese Aufgabe auf sich zu nehmen. Das Gesetz sieht daher in den Paragrafen 36 bis 45 eine Reihe von Leistungen vor, die pflegende Angehörige finanziell unterstützen, materielle Hilfen gewähren, Entlastungsinstitutionen und Unterstützungsleistungen schaffen. Seit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz von 2008 besteht auch die Möglichkeit einer Förderung „von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen, die sich die Unterstützung von Pflegebedürftigen, von Personen mit erheblichem Betreuungsbedarf sowie deren Angehörigen zum Ziel gesetzt haben" (§ 45d, SGB XI; Förderung ehrenamtlicher Strukturen sowie der Selbsthilfe). Case-und-Care-Management enthält im Prinzip auch regelhaft Elemente von Netzwerkförderung.

Die zunehmende Bedeutung der Netzwerkförderung lässt sich auch daraus erklären, dass traditionelle Netzwerke wie insbesondere die Familie wegen erhöhter beruflicher und sozialer Mobilität, der wachsenden Zahl von Ein-Personen-Haushalten und ähnlichen gesamtgesellschaftlichen Entwicklungen der „Individualisierung" bzw. „Pluralisierung" von **Lebenslagen** und **Lebensweisen** immer weniger ihren traditionellen Aufgaben im Sinne sozialer Unterstützung nachkommen können.

Im Zusammenhang von Gesundheitsförderung und in den **Gesundheitswissenschaften** wird neuerdings der Begriff der Netzwerkförderung häufiger benutzt für die Schaffung von örtlichen, regionalen oder nationalen Kooperationsnetzwerken. Angemessener für die Zusammenarbeit verschiedener Akteure ist jedoch der Ausdruck *Netzwerkbildung* oder **„Vermitteln und Vernetzen"**, was einem zentralen Handlungsprinzip der Ottawa-Charta der Gesundheitsförderung entspricht (**Gesundheitsförderung 3**).

In der Deklaration von Jakarta taucht erstmals die Feststellung auf, dass Gesundheitsförderung den Aufbau „sozialen Kapitals" benötigt. Die WHO definiert dies folgendermaßen: „Soziales Kapital beschreibt den Grad des sozialen Zusammenhalts, der innerhalb von Ge-

meinschaften zu finden ist. Soziales Kapital bezieht sich auf Prozesse zwischen Menschen, die Netzwerke, Normen und soziales Vertrauen hervorbringen sowie Koordination und Zusammenarbeit erleichtern." Die enge Verwandtschaft bzw. weitgehende Überlappung mit dem aus der sozialepidemiologischen Forschung stammenden Konzept „soziales Netzwerk" ist unübersehbar.

Literatur:

Berkman LF/Syme SL, Social Networks, Host Resistance, and Mortality - A Nine-Year Follop-up Study of Alameda County Residents, in: American Journal of Epidemiology, 2, 1979 (109), 186-196;

Fischer J, Kosellek T (Hg.), Netzwerke und Soziale Arbeit: Theorien, Methoden, Anwendungen, Weinheim 2013

Putnam RD, Niedergang sozialen Kapitals - Warum kleine Netzwerke wichtig sind für Staat, Wirtschaft und Gesellschaft, in: Dettling W (Hg.), Denken, Handeln, Gestalten, Frankfurt/M. 2000, S. 77-97; Geene R et al (Hg.), Gesundheit - Umwelt - Stadtentwicklung: Netzwerke für Lebensqualität, Berlin 2002;

Schuster H (Hg.), Lehrbuch: Netzwerkmanagement, Koordination von Professionellen Vernetzungen - Grundlagen und Praxisbeispiele, Wiesbaden 2008

Weyer J, Soziale Netzwerke: Konzepte und Methoden der sozialwissenschaftlichen Netzwerkforschung, München 2011

Wolfart, U, Netzwerkarbeit erfolgreich gestalten, Bielefeld 2006

Internetadressen:

www.sozialraum.de/methodenkoffer/ (Literatur und Methoden zur Netzwerkförderung)
www.familie-in-nrw.de/sozialenetzwerke.html (Beispiel für regionale und kommunale Netzwerke)
www.empowerment.de/ (Weiterbildungsbausteine zu Empowerment und Vernetzung)
www.socialnet.de (Informationsportal zu Methoden)

Verweise:

Gesundheitsförderung 3: Entwicklung nach Ottawa, Gesundheitswissenschaften / Public Health, Lebenslagen und Lebensphasen, Lebensweisen / Lebensstile, Resilienz und Schutzfaktoren, Selbsthilfe, Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeförderung, Soziale Unterstützung, Soziales Kapital, Stress und Stressbewältigung, Vermitteln und Vernetzen

Soziale Ungleichheit und Gesundheit – Krankheit

Siegfried Geyer

(letzte Aktualisierung am 10.03.2016)

Soziale Unterschiede im Gesundheitszustand finden sich in allen Ländern, so auch in vergleichsweise wohlhabenden Gesellschaften wie Deutschland. Die ungleiche Verteilung von Gesundheitschancen und Krankheitsrisiken ist durch Studien gut belegt: Personen mit niedrigen Einkommen, niedriger Bildung und Berufen, die mit wenig Entscheidungsspielräumen und geringer Verantwortung ausgestattet sind, weisen deutlich erhöhte Krankheits- und Sterblichkeitsrisiken auf (**Epidemiologie und Sozialepidemiologie**). Aus mehreren westeuropäischen Staaten wurde zudem wiederholt berichtet, dass sich diese gesundheitlichen Ungleichheiten in den letzten Jahren vergrößert haben.

In einer gewissen Vereinfachung kann man die vorliegenden Studienergebnisse folgendermaßen zusammenfassen:

- Gesundheitliche Ungleichheiten treten über die gesamte Lebensspanne hinweg auf. Die Erkrankungen, anhand derer sie sich manifesteren, verändern sich aber über den Lebensverlauf.
- Gesundheitliche Ungleichheiten manifestieren sich an fast allen Erkrankungen, sowohl körperlichen als auch psychischen. Dazu gehören insbesondere die am häufigsten auftretenden Krankheiten wie Herz- Kreislaufkrankheiten, Diabetes mellitus, Magen- und Lungenkrebs sowie Depression und Angststörungen, aber auch die Zahngesundheit.
- Gesundheitliche Ungleichheiten treten in allen Ländern auf, für die Daten. vorliegen.
- Gesundheitliche Ungleichheiten verstärken sich in Krisen- und Umbruchzeiten.

Hervorzuheben ist dabei, dass es sich nicht um Unterschiede zwischen den am stärksten benachteiligten Gruppen von Gesellschaften und allen anderen handelt, sondern dass es einen sozialen Gradienten gibt, der z.B. bei abnehmendem Einkommen mit graduell ansteigenden Erkrankungsrisiken einhergeht. Studien verwenden zur Einteilung meist Bildung, berufliche Position und Einkommen, und entsprechend sind die Erkrankungsrisiken bei Individuen am höchsten, die bei allen drei Merkmalen am stärksten benachteiligt sind. Es gibt damit eine Addition von Benachteiligungen und Privilegierungen. Mit den genann-

ten drei Merkmalen werden Positionen bezeichnet, die ein Oben und Unten bezeichnen, und obwohl soziale Unterschiede in heutiger Zeit weniger sichtbar sind als noch vor einigen Jahrzehnten, finden sich gesundheitliche Unterschiede entlang dieser vertikalen Gliederungen. Deutschland ist im Hinblick auf gesundheitliche Ungleichheiten kein Sonderfall, denn die Befunde von Studien unterscheiden sich nicht von denen, die z.B. in Großbritannien, Frankreich, Skandinavien oder in sogenannten Schwellenländern durchgeführt wurden.
Neben den genannten sozialstrukturellen Faktoren gibt es noch weitere, entlang derer sich gesundheitliche Unterschiede manifestieren, etwa Alter oder Geschlecht. Obwohl Studien gezeigt haben, dass die Unterschiede in der Lebenserwartung zwischen Männern und Frauen bei gleichen Umgebungsbedingungen nicht höher als ein bis zwei Jahre sein sollten, gibt es bei vielen Erkrankungen und bei der Lebenserwartung erhebliche **geschlechtsspezifische Unterschiede**. Dies betrifft z.B. den Herzinfarkt, der bei Frauen etwa 10 Jahre später auftritt als bei Männern, und das Statistische Bundesamt berichtet für Frauen höhere Lebenserwartungen als für Männer. Bei Depression werden für Frauen dagegen höhere Risiken als bei Männern berichtet, und es ist auch hier zu untersuchen, welche Anteile durch Unterschiede in Lebensbedingungen erklärt werden.

In den letzten Jahren ist die Migration mit ihren möglichen Auswirkungen auf die Gesundheit in den Blick geraten. Einwanderer haben nicht generell einen schlechteren Gesundheitszustand als Männer und Frauen der Ankunftsgesellschaften. Migranten der ersten Generation bringen das Erkrankungsspektrum ihrer Herkunftsländer mit, und innerhalb dieser Gruppen finden sich wiederum die bekannten gesundheitlichen Ungleichheiten nach Einkommen, Schulbildung und beruflicher Position. Über die Generationen hinweg finden gesundheitliche Angleichungsprozesse an die Ankunftsgesellschaft statt, die sich durch die Übernahme von Lebensgewohnheiten erklären. Bei illegalen Migranten sieht die Situation möglicherweise anders aus, es liegen jedoch lediglich anekdotische Berichte vor, zum gegenwärtigen Zeitpunkt gibt es dazu keine aussagekräftigen Daten.

Die Größenordnungen gesundheitlicher Ungleichheiten. - In den meisten Studien zu gesundheitlichen Ungleichheiten werden soziale Unterschiede nach Bildung, Einkommen oder beruflicher Position betrachtet. So sind die Erkrankungsraten der untersten Positionen im Vergleich zu den obersten bis um das Zwei- bis Dreifache erhöht. Unterschiede gibt es in Abhängigkeit von der betrachteten Erkrankung und in Abhängigkeit vom Alter. Generell sind gesundheitliche Ungleichheiten in den mittleren Altersgruppen zwischen dem 40. und dem 55. Lebensjahr am stärksten ausgeprägt und nehmen mit zunehmendem Alter ab. In einzelnen Studien wurden für die Altersgruppen jenseits des 65. Lebensjahrs auch keine sozialen Unterschiede mehr berichtet. Sie manifestieren sich nicht über die gesamte Lebensspanne hinweg an den gleichen Erkrankungen, sondern folgen den am häufigsten auftretenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen. Im Kindesalter sind dies z.B. Unfälle oder

Infektionskrankheiten, im mittleren und höheren Lebensalter sind es Herz- Kreislauferkrankungen, Diabetes und Krebskrankheiten.

In der internationalen Literatur gilt es als gut gesichertes Ergebnis, dass sich gesundheitliche Ungleichheiten parallel zu sozialen Ungleichheiten entwickeln. Dies bedeutet, dass soziale Umbrüche zur Zunahme sozialer Ungleichheiten führen, die auch Auswirkungen auf die Gesundheit haben können. Beispiele sind die Zusammenbrüche der kommunistischen Systeme in Osteuropa, wirtschaftliche Krisen, wie z.B. in Griechenland oder beschleunigter sozialer Wandel. Entscheidend für das Ausmaß der gesundheitlichen Konsequenzen ist die Ausgestaltung der Sozialsysteme und des Arbeitsmarkts. Werden soziale Wandlungsprozesse abgefedert, sind die gesundheitlichen Folgen schwächer als beim Fehlen oder beim Zusammenbruch sozialer Sicherungssysteme.

Soziale Mobilität bezeichnet soziale Auf- oder Abstiege innerhalb einer Generation (Aufstiege einer Person) oder zwischen den Generationen (Wechsel sozialer Positionen zwischen der Eltern- und der Kindergeneration). Zu diesem Thema gab es lange Zeit keine Literatur, erst in den letzten 10 Jahren wurden aussagekräftige Studien durchgeführt. Zusammengenommen zeigt sich, dass soziale Mobilität auch mit entsprechenden Veränderungen der Gesundheit einhergeht. Dies bedeutet, dass soziale Auf- und Abstiege dazu führen, dass die Gesundheit der sozial mobilen Individuen sich an die Gesundheit der Ankunftsgruppe annähert. Auch dies ist durch die Übernahme von Verhaltens- und Lebensweisen erklärbar. Besonders problematisch sind jedoch soziale Abstiege innerhalb einer Generation, denn sie können bei den Betroffenen mit deutlichen Verschlechterungen der Gesundheit einhergehen.

Unter dem Begriff "Drifthypothese" wurden soziale Abstiege infolge eines schlechten Gesundheitszustands untersucht. Dies bedeutet, dass Individuen durch eine Erkrankung entweder ihren Arbeitsplatz verlieren, dass sich ihre Aufstiegschancen verschlechtern oder dass sie überhaupt keine Berufstätigkeit aufnehmen können. Obwohl es derartige Prozesse gibt, sind sie im Vergleich eher selten und finden am häufigsten bei psychischen Erkrankungen statt. Bei körperlichen Krankheiten führt der Weg vor dem Hintergrund einer erreichten beruflichen Position eher zurück in den Beruf oder in die Berentung.

Die Erklärung gesundheitlicher Ungleichheiten. - Zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichheiten werden in der Literatur verschiedene Modelle diskutiert. Dabei treten die folgenden vier Elemente immer wieder auf:

- soziale Ungleichheit (Unterschiede nach Bildung, beruflichem Status, Einkommen),
- Lebensbedingungen (Arbeitsbedingungen, gesundheitliche Versorgung etc.),
- gesundheitsrelevantes Verhalten (Ernährung, Rauchen, Compliance etc.)
- Gesundheitszustand (Mortalität, Morbidität).

In diesen Zusammenhängen wird auch die Rolle erblicher Faktoren diskutiert, insbesondere die Frage, zu welchen Anteilen Intelligenz erblich bedingt ist und ob Vererbung auch bei der Erklärung gesundheitlicher Ungleichheiten eine Rolle spielen kann. Hatte man diese Option lange ausgeschlossen, stellen sich durch epigenetische Studien neue Fragen zur Interaktion sozialer, psychologischer und biologischer Faktoren.

Bisher ist es nicht gelungen, die verschiedenen Erklärungsansätze in einem umfassenden Modell zu spezifizieren. Die bisherigen Modelle zeigen entweder nur einen Ausschnitt aus dem komplexen Kausalgefüge oder sie bleiben auf einem relativ hohen Abstraktionsniveau.

In Abbildung 1 sollen die grundlegenden Zusammenhänge verdeutlicht werden. Die folgenden Aspekte sind dabei hervorzuheben:

- Für die Ausformung von Erkrankungsrisiken ist nicht die gesundheitliche Belastung von Bedeutung, sondern die Bilanz aus gesundheitlicher Belastung einerseits sowie Bewältigungsressourcen und Erholungsmöglichkeiten andererseits (**Anforderungen und Ressourcen**).
- Das Gesundheitsverhalten wird durch das Gleichgewicht zwischen gesundheitlichen Belastungen, Bewältigungsressourcen und Erholungsmöglichkeiten beeinflusst, aber auch durch die gesundheitliche Versorgung.

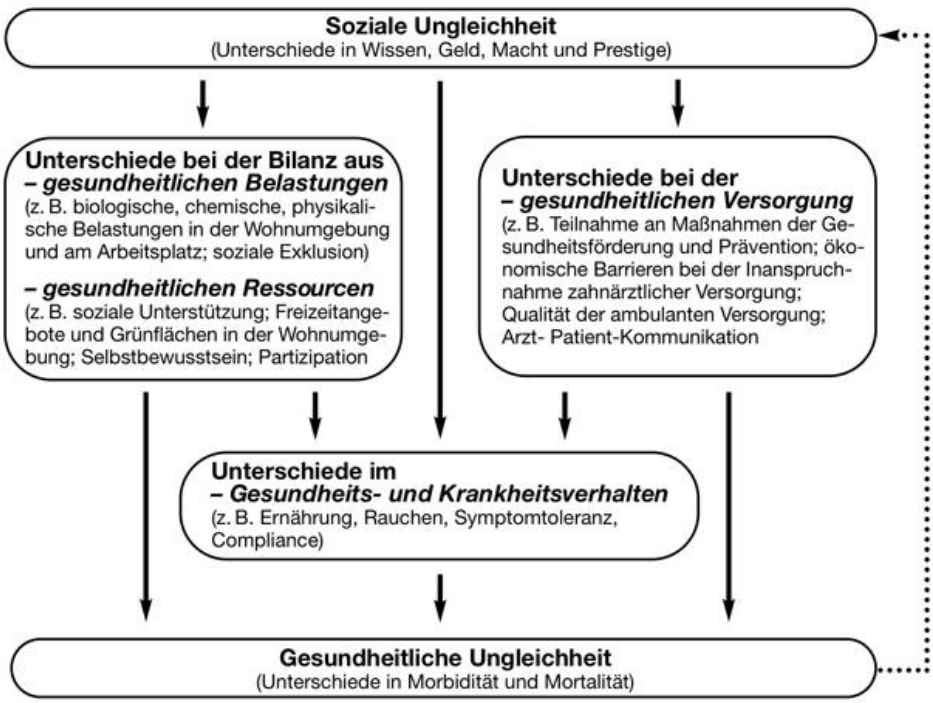


Abb. 1: Modell zur Erklärung der gesundheitlichen Ungleichheit (Quelle: Mielck 2005, überarbeitete Fassung)

- Der nach oben gerichtete Pfeil auf der rechten Seite der Abbildung soll darauf hinweisen, dass die Gefahr sozialer *Abstiege* bei kranken Personen erhöht ist.
- Abbildung 1 macht auch deutlich, dass eine **gesundheitsfördernde Gesamtpolitik** am Ursprung der gesundheitlichen Ungleichheit ansetzen sollte. Eine Verringerung von Unterschieden bei Bildung oder Einkommen ist auch aus gesundheitlicher Sicht von großer Bedeutung. In der Praxis bedeutet dies z.B., dass ein möglichst hohes mittleres Bildungsniveau angestrebt werden muss, und ein Mindestlohn ist aus gesundheitspolitischer Perspektive mehr als wünschbar, da die Zusammenhänge Einkommensgewinn und gesundheitlichen Veränderungen in den unteren Einkommensgruppen am stärksten sind.
- In den letzten Jahren wurde immer wieder betont, wie stark der Gesundheitszustand durch das Gesundheitsverhalten beeinflusst wird. Eine Verbesserung des Gesundheitsverhaltens in weniger privilegierten sozialen Gruppen sollte zu einer erheblichen Verringerung gesundheitlicher Ungleichheiten führen. Das Gesundheitsverhalten basiert jedoch häufig nicht nur auf freien Entscheidungen, sondern wird auch maßgeblich durch **Lebenslagen** geprägt.
- In der wissenschaftlichen Diskussion besteht Einigkeit darüber, dass gesundheitliche Ungleichheiten wesentlich durch Unterschiede in Lebensbedingungen erklärt werden können. Lebensbedingungen lassen unterschiedlich große Spielräume für individuelle Entscheidungen über gesundheitsförderliches oder -belastendes Verhalten. Sie setzen aber auch den Rahmen für individuelles Verhalten (**Determinanten der Gesundheit**). Bemühungen um eine Verbesserung der gesundheitlichen Lage sollten daher vorrangig an sozialen Bedingungen ansetzen.
- Die entscheidende Rolle der Lebensbedingungen führt auch dazu, dass Maßnahmen der Gesundheitsförderung und der Prävention auf jede **Zielgruppe** zugeschnitten werden müssen. Maßnahmen, die sich pauschal an alle Bevölkerungsgruppen richten, werden durch selektive Inanspruchnahme eher zu einer Vergrößerung als zu einer Verringerung gesundheitlicher Ungleichheiten beitragen, weil zumeist die mittleren und oberen Statusgruppen erreicht werden. Je stärker sich eine Maßnahme auf Mitglieder unterer Statusgruppen konzentriert, desto eher kann sie zur Verringerung gesundheitlicher Ungleichheiten beitragen.
- Die sozialepidemiologischen Ergebnisse zu gesundheitlichen Ungleichheiten sind von hoher gesellschaftspolitischer Brisanz. Von der breiten Mehrheit der Bevölkerung und von den politischen Entscheidungsträgern wird akzeptiert, dass es große Unterschiede im Einkommen gibt und dass sie sich in den letzten Jahren weiter vergrößert haben. Die Akzeptanz wird jedoch auf eine harte Probe gestellt,

wenn in Rechnung gestellt wird, dass diese Einkommensunterschiede auch mit großen Unterschieden in Morbidität und Mortalität verbunden sind.

» In Deutschland garantiert die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) auch bei geringem Einkommen eine umfassende gesundheitliche Versorgung. Der gesellschaftliche Konsens, dass bei gesundheitlichen Problemen die Mehr-Verdienenden den Weniger-Verdienenden helfen sollen, ist gut verankert. Große Einkommensunterschiede werden zumeist akzeptiert, große Unterschiede im Gesundheitszustand zwischen reichen und armen Personen aber nicht. Mit anderen Worten: Durch gesundheitliche Ungleichheiten wird soziale Ungleichheit als Problem deutlicher erkennbar.

» Die praktische Planung von neuen Interventionsprojekten kann erheblich gefördert werden durch eine systematische Erfassung bereits vorhandener Gesundheitsförderungsmaßnahmen, die sich vorranging an sozial Benachteiligte richten. Jeder Anbieter einer Gesundheitsförderungsmaßnahme sollte sich zudem die Frage stellen, ob und wie er zur Verbesserung des Gesundheitszustandes weniger privilegierter Personen beitragen kann. Schließlich ist zu betonen, dass Maßnahmen zur Verringerung gesundheitlicher Ungleichheiten nur dann erfolgreich sein können, wenn die aktive Einbindung derer gewährleistet ist, deren Gesundheitszustand verbessert werden soll. Ohne ihre **Partizipation** auf möglichst allen Ebenen der Planung und Entscheidungsfindung ist eine erfolgreiche Durchführung kaum möglich.

Die Bedeutung der Umwelt in der frühen Kindheit.- Die ersten Studien zu gesundheitlichen Ungleichheiten im 17. Jahrhundert wie auch die Untersuchungen, die seit der Wiederentdeckung des Themas in Großbritannien Ende der 1960er Jahre durchgeführt wurden, konzentrierten sich auf deren Beschreibung. Danach wurden Erklärungen und Möglichkeiten zur Reduzierung gesucht. Diese Studien beschrieben meist einen Zustand und hatten mangels geeigneter Daten zeitliche Entwicklungen nicht im Blick.

In den letzten 15 Jahren wurden zunehmend Studien durchgeführt, mit denen die Ursachen sozialer und gesundheitlicher Ungleichheiten in Einflüssen der frühen Kindheit erforscht wurden. Diese neuen Untersuchungen ermöglichen einen integrierenden Blick auf die Interaktion zwischen Umwelt, Psyche und Vererbung. Es hat sich gezeigt, dass Erfahrungen von Armut und Vernachlässigung insbesondere in den ersten Lebensmonaten zu dauerhaften Verhaltensprägungen führt. Sie sind nur sehr schwer zu verändern, weil es sich dabei nicht um einfache Lernprozesse handelt, sondern um dauerhaft etablierte hormonelle Muster, die in sogenannten sensiblen Phasen festgelegt werden. Kinder, die solchen Einflüssen ausgesetzt sind, haben in der Folge Defizite, sich zu konzentrieren, Defizite des Gedächtnisses, und sie haben Schwierigkeiten, zu planen und Handlungen zu Ende zu führen. Umgekehrt fördert eine anregungsreiche und stressarme Umgebung Fähigkeiten,

die in Schule und Beruf zu Erfolgen führen. Dies beeinflusst Chancen, Probleme zu lösen und Anforderungen erfolgreich zu meistern. Auf diesem Wege werden Lebenschancen gebahnt oder beeinträchtigt, und ebenso werden Vulnerabilitäten für Erkrankungen im frühen Lebensalter grundgelegt.

Literatur:

Für einen aktuellen Überblick siehe die Aufsätze des Sonderhefts "Soziale Ungleichheit und Gesundheit" des Bundesgesundheitsblatts Band 59, 2016,, Heft 2

Geyer S, Soziale Ungleichheiten beim Auftreten chronischer Krankheiten. Bundesgesundheitsblatt 59,2016, 181-187

Mielck A, Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Einführung in die aktuelle Diskussion, Verlag Hans Huber, Bern 2005

Richter M/Hurrelmann K (Hrsg.), Soziologie von Gesundheit und Krankheit. Springer VS, Wiesbaden 2016

Rosenbrock R, Gesundheit und Gerechtigkeit in Deutschland, Gesundheitswesen 69, 2007, 647-652

Internetadressen:

www.gesundheitliche-chancengleichheit.de
www.health-inequalities.eu
www.umweltgerechtigkeit.de

Verweise:

Determinanten von Gesundheit, Epidemiologie und Sozialepidemiologie, Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Gender Mainstreaming, Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik / Healthy Public Policy, Lebenslagen und Lebensphasen, Partizipation: Mitentscheidung der Bürgerinnen und Bürger, Systemisches Anforderungs-Ressourcen-Modell in der Gesundheitsförderung, Zielgruppen, Multiplikatorinnen und Multiplikatoren

Dieser Text ist eine revidierte Version der Vorgängerdarstellung von Andreas Mielck, der diesen Leitbegriff lange betreut hat. Ich danke Andreas Mielck für seine kontinuierliche Arbeit und für die Möglichkeit, einen Teil des Textes sowie die Abbildung übernehmen zu können.

Soziale Unterstützung

Peter Franzkowiak

(letzte Aktualisierung am 13.06.2018)

Begriff und Konzept der sozialen Unterstützung stammen aus der Belastungs- und Netzwerkforschung in der Sozialepidemiologie, Medizinsoziologie und Gemeindepsychologie. Seit den 1950er Jahren gibt es zahlreiche empirische Belege dafür, dass soziale Belastungssituationen, eingeschränkte oder fehlende soziale Integration und mangelnde soziale Unterstützung krankheitsförderlich wirken können. Umgekehrt wirken soziale Ressourcen, d.h., Hilfen und Unterstützung, die aus dem sozialen Netzwerk eines Menschen stammen, wie ein psychosoziales Immunsystem und können Gesundheit, positives Gesundheitsverhalten und Gesunderhaltung sowie verbesserte Krankheitsbewältigung fördern. Soziale Unterstützung (engl.: social support) ist ein Zentralbegriff aus den Modellen zu **Stress und Stressbewältigung** und bildet dort den Kern der „kollektiven Bewältigungsmöglichkeiten". Das Konzept ist elementar für das Verständnis sozialer Ressourcen für die seelische und körperliche Gesundheit.

Definition: Soziale Unterstützung ist eine Sammelbezeichnung. Sie umfasst das Erwarten und Erhalten von sozialen Leistungen der Hilfe und Unterstützung, die Menschen zur Bewältigung von herausfordernden und belastenden Situationen benötigen. Baduras wegweisende frühe Definition definiert soziale Unterstützung als diejenigen „Fremdhilfen, die dem einzelnen durch Beziehungen und Kontakte mit seiner sozialen Umwelt zugänglich sind und die dazu beitragen, dass die Gesundheit erhalten bzw. die Krankheiten vermieden, psychische und somatische Belastungen ohne Schaden für die Gesundheit überstanden und die Folgen von Krankheit bewältigt werden" (1981, 157). Das Ausmaß sozialer Unterstützung, welche Individuen erfahren, ist abhängig von den Formen sozialer Kontakte, dem Grad der Vertrautheit mit anderen Personen und von früher stattgefundenen Austauschprozessen sozialer Unterstützung.

Sie wird in sozialen Netzwerken erbracht und erhalten (**Soziales Kapital**) und beschreibt deren Funktion, hilfreiche Transaktionen zwischen den Netzwerkmitgliedern zu vermitteln. Ein soziales Netzwerk ist ein komplexes Geflecht sozialer Beziehungen und symbolischer Bezüge zwischen Individuen. Gemeinschaftliche Beziehungen in Netzwerken sind in der Regel durch räumliche Nähe, emotionale Bindungen und kulturelle Homogenität gekennzeichnet. Personale Netzwerke beschreiben Strukturen und Interaktionen von unterstützenden Beziehungen, die auf eine Person oder eine umschriebene Gruppe bezogen sind. Sie bestehen aus vorhandenen Beziehungen primärer Art (z.B. Arbeitskolleginnen

und -kollegen, Nachbarn, Vereinsangehörige, weitere Bezüge in kulturellen und religiösen Gemeinschaften).

Für das Ausmaß an erwarteter, erhaltener oder gewährter sozialer Unterstützung ist bedeutsam, in welchem Umfang und in welcher Güte Menschen in unterschiedlichen Netzwerken über förderliche soziale Beziehungen verfügen, wie sie diese subjektiv bewerten und bei Bedarf auch realisieren können (Abb. 1).

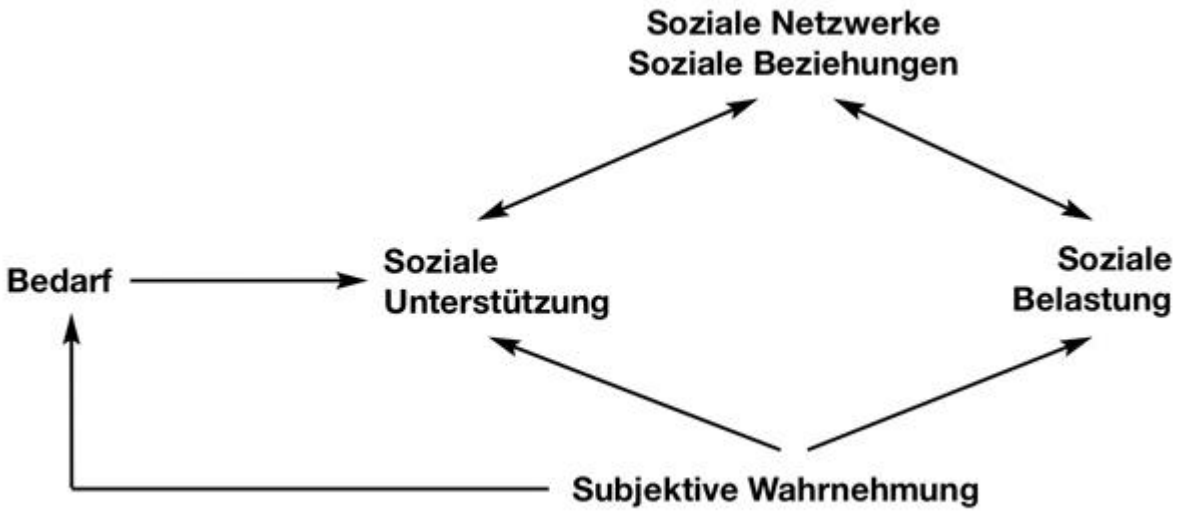


Abb. 1: Ein Übersichtsmodell zum Verhältnis von sozialen Netzwerken, sozialen Beziehungen, sozialer Unterstützung und sozialer Belastung (nach: Borgetto/Kälble 2007, 62)

Komponenten und Differenzierungen: Soziale Unterstützung ist ein mehrdimensionales Konstrukt mit fünf wesentlichen Komponenten:

- informationelle Unterstützung (Informationen und Tipps zur Problemlösung geben, praktische alltägliche Hilfen);
- instrumentell-materielle Unterstützung (Anleitung, Hilfe bei der Erledigung von Aufgaben, finanzielle Hilfen und Sachleistungen);
- emotionale Unterstützung (Zuwendung, Verständnis, Trost, Aussprache, Selbstwertstabilisierung; soziales Beisammensein und Interaktion, Zugehörigkeit und Bindung);
- positiver sozialer Kontakt, soziale Integration, Beziehungssicherheit und Rückhalt;
- evaluative, Bewertungs- und Einschätzungsunterstützung (Orientierung, Klärung, Problemlösung, Bewertung und Bestätigung sowie Hilfe, sich oder die eigene Situation, Fähigkeiten, Bedürfnisse bewältigungsfördernd einzuschätzen, dadurch Stärkung von Kontrollerleben).

Soziale Unterstützung bei alltäglichen kleineren Problemen unterscheidet sich qualitativ und quantitativ von sozialer Unterstützung im Zusammenhang mit kritischen Lebensereignissen und Lebenskrisen. Bei der Verarbeitung schwerer Lebenssituationen und kritischer Lebensereignisse sind als Unterstützungsmodalitäten besonders wirksam: sozialer Rückhalt, loyale Anteilnahme, Selbstwertstützung, emotionale und kognitive Unterstützung, sozial vermittelte Ablenkung sowie Ratschläge, Informationen und konkrete alltagspraktische Hilfen.

Es muss immer differenziert werden zwischen erwarteter (wahrgenommener) und tatsächlicher (erhaltener) Unterstützung. Es ist nicht allein entscheidend, über wie viele Sozialkontakte und Netzwerkoptionen ein Mensch verfügt. Ebenso bedeutsam ist, wie hoch und verlässlich die subjektive Überzeugung dieser Person ist, im Bedarfsfall auch tatsächlich unterstützt zu werden oder Unterstützung erhalten zu können. Die Einbettung in ein Netzwerk von Familie und Freunden ist ein als Stressressource wirksames Potenzial - auch dann, wenn es nicht oder noch nicht zu objektiv hilfreichen Interaktionen kommt. Die protektive Wirkung besteht schon allein im Gefühl der Zugehörigkeit und durch die Option, im Krisenfall das Netz mobilisieren zu können. Soziale Integration scheint insgesamt eher risikohemmend zu wirken.

Gesundheitswirkungen und ihre Erklärungsmodelle: Soziale Beziehungen und Bindungen können in mehrfacher Hinsicht gesundheitserhaltend und gesundheitsförderlich wirken. Einerseits können sie psychosoziale Belastungen für die Betroffenen abschirmen, abpuffern oder neutralisieren. Zugleich erleichtert eine hilfreiche soziale Unterstützung es, solche Belastungen erfolgreich zu bewältigen bzw. ihr Ertragen zu erleichtern. Vier komplementäre Erklärungskonzepte bestimmen die gegenwärtige wissenschaftliche Diskussion (Abb. 2).

Modell der direkten Effekte	Unabhängig vom Ausmaß des Stresserlebens wirkt soziale Unterstützung positiv auf Gesundheit und seelisches Wohlbefinden, z.B. durch Erhöhung des Selbstwertes und Kontrollempfindens sowie Förderung gesundheitsrelevanten Verhaltens: die soziale Unterstützung kommt nicht erst dann zum Tragen, wenn für eine Person eine Belastungssituation vorliegt
Puffer-Modell	Personen, die sich bereits in einer Stresssituation befinden, können das Problem aufgrund sozialer Unterstützung besser bewältigen: die soziale Unterstützung erleichtert das Stress-Coping, fördert die Affektregulation und puffert so negative Aspekte von Belastungen ab
Auslöser-Modell	Menschen aktivieren soziale Unterstützung gezielt und effektiv erst unmittelbar vor bzw. in Belastungssituationen

Schutzschild- und Präventions-Modell	Soziale Unterstützung hält potenzielle und reale Belastungen von einem Menschen (weitgehend) fern: adäquate soziale Integration und Einbindung in ein soziales Netzwerk wirken als „Schutzschild“ für das Auftreten von Belastungssituationen, oder sie verringern das Ausmaß der Belastung; über gegenseitige Verantwortung und Verpflichtungen wird zudem die Übernahme sozial akzeptierten und gesundheitsförderlichen Verhaltens verstärkt

Abb. 2: Erklärungsansätze zur Wirksamkeit sozialer Unterstützung

Art, Umfang und Qualität der sozialen Beziehungen von Menschen sind für ihre Lebensqualität und ihre körperliche und seelische Gesundheit von grundlegender Wichtigkeit. Wenn ein ausreichendes Maß allgemein unterstützender sozialer Beziehungen vorhanden ist, hat dies einen direkten positiven Einfluss auf das Befinden, die körperliche und soziale Leistungsfähigkeit, die seelische Robustheit und auf die körperlichen Immunpotenziale. Allerdings ist die Gesundheitswirkung von der Beziehungsstruktur zwischen Empfänger und Geber abhängig. Es kann sein, dass die gleiche Hilfeleistung von einem Menschen problemlos akzeptiert und angenommen wird, während sie bei einer anderen Person als inakzeptabel beurteilt wird. Wer welche Art von sozialer Unterstützung zu leisten hat bzw. von wem sie als ausreichend angesehen wird, wird durch normative Verhaltenserwartungen, durch Reziprozitätserwartungen und durch die emotionale Beziehungsebene bestimmt.

Im angloamerikanischen Raum ist seit Jahrzehnten ein Modell weithin verbreitet, das soziale Unterstützung gegenüber Stressoreneinwirkung verknüpft mit individuellen Bewältigungsressourcen, Setting bezogenen und Gemeinschafts-/Gemeinde-Ressourcen, der multidimensionalen Gesundheit und dem individuellen (und kollektiven) Gesundheitsverhalten. In diesem dynamischen System von Wechselwirkungen werden fünf mögliche Wirkungspfade („pathways“) der sozialen Unterstützung identifiziert. Diese haben wissenschaftlichen Erklärungswert, können aber auch als Grundlagen und Schwerpunktsetzungen für effektive Interventionen dienen (s. Abb. 3).

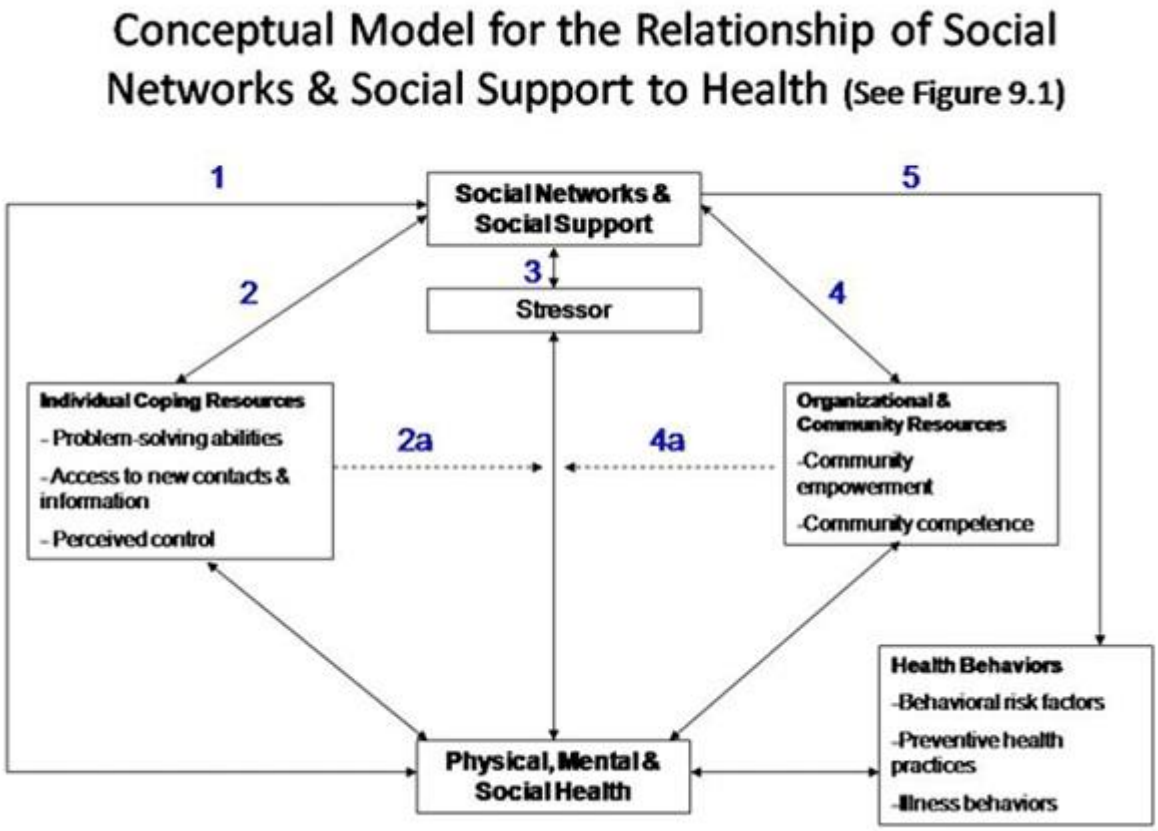


Abb. 3 Modell zum Beziehungsgeflecht von Sozialen Netzwerken und Sozialer Unterstützung mit Gesundheit [aus: Glanz et al (eds.), Health Behavior & Health Education, 4th ed. 2008, Chapter 9 - online: www.med.upenn.edu/hbhe4/part3-ch9-key-constructs-conceptual-model.shtml]

Funktionen sozialer Netzwerke: Soziale Unterstützung in zwischenmenschlichen Netzwerken hat in jeder Lebensphase hohe instrumentelle Bedeutung für Gefühlsregulierung, Realitätskonstruktion und Lebensqualität. Sie bildet eine wesentliche Ressource, um akute bzw. chronische Stressoren (d.h. belastende persönliche, familiäre, berufsbedingte, ökonomische und soziokulturelle Herausforderungen und Lebensumstände) konstruktiv bewältigen zu können (**Resilienz und Schutzfaktoren**, **Salutogenetische Perspektive**). Je stärker ein Mensch in ein vielfältiges soziales Beziehungsgefüge mit wichtigen Bezugspersonen, unterstützenden und beratenden Menschen eingebunden ist und diese als Transaktionspartner akzeptiert und wertschätzt, desto besser kann diese Person mit ungünstigen sozialen Bedingungen, kritischen Lebensereignissen und fortdauernden Belastungen umgehen. Symptome der Überforderung treten weniger auf. Das Ausmaß von psychophysischen Störungen, Krankheiten und Krankheitsfolgen wird verringert. Soziale Netzwerke können daher als „soziale Immunsysteme“ bezeichnet werden.

In einem optimalen sozialen Unterstützungsnetzwerk sind Beziehungen unterschiedlicher Intensität und Nähe erforderlich. Nicht nur enge Beziehungen müssen in ausreichendem

Maße verfügbar sein, zu einem funktionierenden Netzwerk gehört auch eine Bandbreite von weniger engen Sozialbeziehungen. Allerdings haben sich das Ausmaß und die Intensität der primären, d.h. der engsten und engen Bindungen, als bedeutsamste Prädiktoren für die Lebenserwartung erwiesen - unabhängig vom Alter, dem Geschlecht oder gesundheitlichen Risikofaktoren. Die *Stärke enger Netze*, insbesondere der Kleinfamilie, liegt in ihrer nachhaltigen Hilfe bei Dauerbelastungen. Enge und stabile Primärbeziehungen mit verlässlicher hoher Kontaktdichte sind besonders in der frühen Kindheit und im letzten Lebensabschnitt (über-)lebenswichtig als Ressourcen der Stressvermeidung, Belastungsbewältigung und zur Identitäts- und Sinnstiftung.

Ambivalenz von Begriff und Wirkungen: Soziale Unterstützung kann nicht nur positive, sondern auch negative Wirkungen hervorrufen. Der Begriff sollte nach Leppin und Schwarzer daher „ambivalent definiert" werden. Zu Belastungsaspekten einer Negativunterstützung zählen:

- unerwünschte oder inadäquate Unterstützung;
- enttäuschte Unterstützungserwartungen;
- exzessive Hilfe und einmischend-aufdrängendes Verhalten;
- problematische Beziehungen zwischen den Beteiligten mit feindselig-aggressivem und abwertendem Verhalten;
- Intensivierung von Stressreaktionen durch zusätzliche Emotionalisierung;
- belastungsbedingte Ineffektivität.

Derartige Belastungen sind bedingt durch Verpflichtungen, Machtungleichgewichte, Konflikte und Belastungen, die für eine oder beide Seiten objektiv oder subjektiv gesehen mehr Aufwand als Nutzen darstellen. Belastende Beziehungen sind häufig eng an bestimmte Rollen geknüpft, die vor allem bei nicht freiwillig gewählten (z.B. verwandtschaftlichen) oder unausweichlichen (z.B. generationellen, nachbarschaftlichen oder kollegialen) Kontakten vorhanden sind. Sie können damit nicht bzw. nur mit erheblichem sozialen und seelischen Aufwand beendet werden. In der Forschung fehlt es noch an komplexen Analysen dieser wechselseitigen Abhängigkeit von förderlichen und negativen Auswirkungen in engen sozialen Beziehungen - v.a. bei inadäquaten oder fehlgeschlagenen Unterstützungsversuchen, bei problematischen Hilfebeziehungen oder bei Überlastung von helfenden Personen (**Gesundheitsförderung und Pflege**).

Unterstützende Komponenten können sich mit anderen Belastungen, Spannungen und Konflikten mischen. So kann der Selbstwert in sozialen Kontakten bedroht werden, oder Gruppendruck kann Problemverhalten erzwingen (beispielsweise bei substanzbezogenem Probier- und Risikoverhalten in der Jugendphase). Problembeziehungen in Paarbeziehungen oder Familiensystemen können die Entstehung von gesundheitlichen Beeinträchti-

gungen direkt oder indirekt mitfördern: z.B. bei der Entstehung und Aufrechterhaltung von Suchtgefährdungen, psychosomatischen Störungen oder frühkindlichen Bindungs- und Interaktionsstörungen (**Frühe Hilfen**). Auch wenn eine befriedigende berufliche Tätigkeit einen erheblichen gesundheitsrelevanten Einfluss auf das Wohlbefinden hat, kann Arbeit doch eine Quelle zahlreicher und langwieriger Gesundheitsrisiken sein. Der jeweilige Gesundheitsgewinn von sozialer Unterstützung ist abhängig von der jeweiligen Gesundheitseinstellung eines Netzwerks.

Soziale Ungleichheit: Soziale Unterstützung unterliegt, wie andere Formen des gesundheitsrelevanten Handelns, Einschränkungen auf Grund **sozialer Ungleichheit** kulturell-ethnischer Differenzen (**Gesundheitsförderung bei Menschen mit Migrationshintergrund**). Aus der medizinsoziologischen Forschung ist bekannt, dass in unteren sozialen Schichten und bei bildungsfernen Bevölkerungsgruppen ein Missverhältnis zwischen einem besonders hohen Ausmaß sozialer Stressoren und besonders niedrigen Optionen für soziale und personale Ressourcen besteht. Auch wird eine objektiv vorhandene soziale Unterstützung subjektiv schlechter oder gar nicht wahrgenommen, wodurch sie auch schlechter genutzt wird. Die in geringerem Maße zur Verfügung stehenden Bewältigungsstrategien sind weniger wirksam. Protektivfaktoren wie Selbstwirksamkeit und Kontrolle sind weniger ausgebildet als bei Angehörigen der Mittel- und Oberschichten.

Messung sozialer Unterstützung in epidemiologischen Studien: „Der Indikator soziale Unterstützung wurde in der RKI-Studie GEDA 2014/2015-EHIS durch die Selbstangabe der Befragten in einem schriftlichen oder Online-Fragebogen erfasst. Der Grad der wahrgenommenen sozialen Unterstützung wurde mittels der Oslo-3-Items-Social- Support Scale (Oslo-3-Skala) erhoben. Konkret wurden folgende Fragen gestellt: „Wie viele Menschen stehen Ihnen so nahe, dass Sie sich auf sie verlassen können, wenn Sie ernste persönliche Probleme haben?“ (Antwortvorgaben: keine, 1 bis 2, 3 bis 5, 6 oder mehr), „Wie viel Anteilnahme und Interesse zeigen andere Menschen an dem, was Sie tun?“ (Antwortvorgaben: sehr viel, viel, weder viel noch wenig, wenig, keine) und „Wie einfach ist es für Sie, praktische Hilfe von Nachbarn zu erhalten, wenn Sie diese benötigen?“ (Antwortvorgaben: sehr einfach, einfach, möglich, schwierig, sehr schwierig). Mit der Skala wird somit die subjektiv wahrgenommene Verfügbarkeit sozialer Unterstützung gemessen. Durch Addition der Einzelpunktwerte aus den drei Fragen wurde ein Index gebildet, der Werte zwischen 3 und 14 Punkten annehmen kann. Der Bereich von 3 bis 8 Punkten wird als geringe Unterstützung, von 9 bis 11 Punkten als mittlere Unterstützung und von 12 bis 14 Punkten als starke Unterstützung klassifiziert.“ (Borgmann et al 2017, 118 - ohne dortige Literaturangaben)

Die GEDA-Surveys 2012 und 2014 des Robert Koch-Instituts belegen diese Trends für die deutsche Bevölkerung. Zwar verfügen mehr als vier Fünftel der Erwachsenenbevölkerung Deutschlands nach eigener Wahrnehmung über soziale Bindungen und Netzwerke, von

denen sie eine mittlere bis starke Unterstützung erhalten. Jedoch besteht ein nachweislicher Bildungsgradient in der selbst wahrgenommenen Verfügbarkeit sozialer Unterstützung. Der Anteil von gering unterstützten Männern und Frauen nimmt mit sinkendem Bildungsstand sowie dauerhafter Nichterwerbstätigkeit zu. Insbesondere Bevölkerungsgruppen, die häufiger von Gesundheitsproblemen betroffen sind, können nur in geringerem Ausmaß auf diese (Bewältigungs-)Ressource zurückgreifen. Des Weiteren nimmt der Anteil von Männern und Frauen, die nur wenig auf soziale Unterstützung zurückgreifen können, mit dem Alter sukzessive zu.

Bedeutsam sind Geschlechtsunterschiede in der Mobilisierung und Wahrnehmung sozialer Unterstützung, die solche statusbedingten Differenzen zusätzlich verstärken: Frauen verfügen eher über größere soziale Netze, v.a. mehr nahestehende Bezugspersonen, scheinen eher bereit zu sein, aktiv nach sozialer Unterstützung zu suchen, und sie fühlen sich v.a. im mittleren Lebensalter auch stärker unterstützt - insbesondere bei den Formen emotionaler Unterstützung.

Offene Fragen, neue Felder und Forschungsbedarf: Nach Jahrzehnten intensiver psychologischer, soziologischer, gesundheitswissenschaftlicher, ebenso neurobiologischer und immunologischer Forschung und Intervention gibt es noch vielfach offene Fragen, insbesondere zu den sozialen und demografischen sowie psychobiologischen Moderatorvariablen. Das Editorial eines 2014 erschienenen Schwerpunktheftes des Fachjournals „Health Psychology“ zur Rolle sozialer Netzwerke für die Erwachsenengesundheit benannte als wichtigste aktuelle und zukünftige Forschungsaufgaben:

- die Gewinnung und Vertiefung von Erkenntnissen zur gesundheitlichen Bedeutung und Auswirkungen sozialer Veränderungen im Netzwerkbereich (z.B. Verkleinerung sozialer Netzwerke mit fortschreitendem Alter; Auswirkungen von persönlichen oder beruflichen Transitionen auf Aufbau und Erhalt stützender sozialer Beziehungen; Abnahme der Anzahl und Nähe sozialer Bezugspersonen durch Individualisierung und Singularisierungsprozesse in der Babyboomer-Generation und ihren Nachfolgerinnen; differenzierte Bedeutung von freiwilligen vs. unfreiwilligen/erzwungenen Wandlungsprozessen in Bezugsnetzwerken);
- Gewinnung von Daten und Entwicklung belastbarer Erklärungsmodelle zur Bedeutung des sozio-ökonomischen Status, von Gender, Beziehungs- und Partnerschaftsstatus sowie ethnisch-kultureller Rahmenbedingungen hinsichtlich der Einschränkungen bzw. Begrenzungen sozialer Unterstützungsnetze und -bindungen und deren gesundheitsrelevanter Effekte.

International häufen sich in den letzten Jahren Studien zur Validität und dem Übertragungspotential der Ergebnisse und Modelle bisheriger Netzwerk-Gesundheitsforschung auf *virtuelle soziale Netzwerke* sowie die Wirksamkeitsüberprüfung von „ehealth online

social support groups/communities“ im Rahmen von internetbasierten Wikis, Blogs oder Social Network Sites. Eine exemplarische Fragestellung war: „Erbringt soziale Unterstützung durch „facebook friends“ reale, messbare Gesundheitsgewinne?“

Den aktuellen internationalen Stand mit Schwerpunkt auf wechselseitige hilfreiche Unterstützung bei der Bewältigung von Gesundheits-/Krankheitsproblemen und Behinderungen („individuals coping with health concerns“) fassen Ngenye/Wright (2018) zusammen. Die vielfältigen Differenzierungen virtueller sozialer Netzwerke und ihrer (potenziellen) Gesundheitswirkungen und die aktuelle Relevanz ebenso wie Anschlussfähigkeiten für Gesundheitsförderung diskutiert der Leitbegriff **Social Media: Gesundheitsförderung mit digitalen Medien** mit Stand 2017.

Zentralnervöse Mechanismen sozialer Unterstützung wirken auf der Ebene des Herz-Kreislauf-Systems, des endokrinen und des Immunsystems. Wachsende Bedeutung und gesteigerten Umfang gewinnt daher auch die Erforschung vermittelnder neuro- und psychobiologischer Mechanismen zu direkten und indirekten protektiven Effekten sozialer Unterstützung auf die körperliche Stressreaktivität - sowohl in experimentellen Labor- als auch in empirischen Feldstudien.

Praxisrelevanz: Das Belastungs-Bewältigungs-Konzept, die Netzwerkperspektive und die in beiden Modellen zentrale Kategorie der sozialen Unterstützung sind Kernbereiche der sozialepidemiologischen und psychologischen Begründung der **Gesundheitswissenschaften**. Die Forschungsergebnisse werden in zunehmendem Maße zur konzeptionellen Begründung von gesundheitsfördernden Interventionen und deren **Evaluation** herangezogen. Die Erkenntnisse zur Wirksamkeit von sozialer Unterstützung sind wichtig für Praxisstrategien der Gesundheitsförderung wie die **Gesundheitsbezogene Gemeinwesenarbeit**, **Selbsthilfeförderung** oder **Organisationsentwicklung** sowie die Betriebliche Gesundheitsförderung und Arbeitssicherheit. Netzwerkförderung stärkt bestehende und entwickelt neue Netzwerkbindungen, prüft fragwürdige Strukturen und löst sie bei Bedarf auf. Sie integriert die Helfer in das alltägliche Umfeld von Gemeinde, Quartier und Arbeitsstätte und räumt Empfängern von Unterstützung Wahlmöglichkeiten ein. Praxisbezogene Netzwerkarbeit ist integrative psychosoziale Arbeit.

Literatur:

Bachmann N, Soziale Ressourcen als Gesundheitsschutz - Wirkungsweise und Verbreitung in der Schweizer Bevölkerung und in Europa, CH-Neuchatel 2014;

Badura B (Hg.), Soziale Unterstützung und chronische Krankheit, Frankfurt/M. 1981;

Badura B/Knesebeck Ovd, Soziologische Grundlagen der Gesundheitswissenschaften, in: Hurrelmann K/Razum O (Hg), Handbuch Gesundheitswissenschaften, Weinheim 2012, 187-220;

Borgetto B/Kälble K, Medizinsoziologie, Weinheim 2007;

Borgmann LS/Rattay P/Lampert T, Soziale Unterstützung als Ressource für Gesundheit, in: Journal of Health Monitoring, 4, 2017 (2), 117-123 (DOI 10.17886/RKI-GBE-2017-120);

Bruns W, Gesundheitsförderung durch soziale Netzwerke, Wiesbaden 2013 - darin insbes. Kap. 4 (89-124);

Diewald M/Sattler S, Soziale Unterstützungsnetzwerke, in: Stegbauer C/Häußlinger R (Hg.), Handbuch Netzwerkforschung, Wiesbaden 2010, 689-699;

Ditzen B/Heinrichs M, Psychobiologische Mechanismen sozialer Unterstützung, in: Zeitschrift für Gesundheitspsychologie 2007 (15), 4, 143-157;

Gallant MP, Social Networks, Social Support, and Health-Related Behavior, in: Martin LR/DiMatteo MR (eds), The Oxford Handbook of Health Communication, Behavior Change, and Treatment Adherence, Oxford 2014, 305-322 ;

Glanz K/Rimer BK/Viswanath KV (eds.), Health Behavior and Health Education: Theory, research, and practice, 4th ed., San Francisco 2008 (Online companion materials: http://www.med.upenn.edu/hbhe4/index.shtml);

Hurrelmann K/Richter M, Gesundheits- und Medizinsoziologie, Weinheim 2013;

Laireiter AR, Soziales Netzwerk und soziale Unterstützung, in: Lenz K/Nestmann F (Hg.), Handbuch Persönliche Beziehungen, Paderborn 2009, 75-99;

Holt-Lunstad J/Uchino BN (2015). Social support and health, in: Glanz K/Rimer BK/Viswanath KV (eds.), Health Behavior: Theory, research, and practice, 5th ed., San Francisco 2015, 183-204

Leppin A/Schwarzer R, Sozialer Rückhalt, Krankheit und Gesundheitsverhalten, in: Schwarzer R (Hg.), Gesundheitspsychologie, Göttingen 1997, 349-373;

Martire LM/Franks MM, The Role of Social Networks in Adult Health - Introduction to the Special Issue, in: Health Psychology, 2014 (33), 6, 501-504;

Nabi RL et al, Facebook Friends with (Health) Benefits?, in: Cyberpsychology, Behavior and Social Networking, 2013 (16), 10, 721-727;

Ngenye L/Wright K, Online Social Support Groups/Communities: Implications of Theoretical and Empirical Findings for Individuals Coping with Health Concerns, in: Sekalala S/Niezgoda BC (eds), Global Perspectives on Health Communication in the Age of Social Media, Hershey PA 2018, 1-23;

Robert Koch-Institut (Hg.), Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2012“, Berlin 2014 - online: www.rki.de/DE/Content/ Gesundheitsmonitoring/ Gesundheitsberichterstattung/ GBEDownloadsB/GEDA12.html;

Röhrle B/Laireiter AR (Hg.), Soziale Unterstützung und Psychotherapie, Tübingen 2009;

Uchino B, Understanding the Links Between Social Support and Physical Health, in: Perspectives on Psychological Science, 2009 (4), 3, 236-255

Verweise:

Evaluation, Frühe Hilfen, Gesundheitsbezogene Gemeinwesenarbeit, Gesundheitsförderung und Migrationshintergrund, Gesundheitsförderung und Prävention in der Pflege, Gesundheitswissenschaften / Public Health, Organisationsentwicklung als Methode der Gesundheitsförderung, Resilienz und Schutzfaktoren, Salutogenetische Perspektive, Selbsthilfe, Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeförderung, Social Media / Gesundheitsförderung mit digitalen Medien, Soziale Ungleichheit und Gesundheit/Krankheit, Soziales Kapital, Stress und Stressbewältigung

Soziales Kapital

Olaf v. d. Knesebeck

(letzte Aktualisierung am 24.03.2015)

Für Coleman (1990) ist soziales Kapital eine von drei Formen des Kapitals, die Individuen zur Zielerreichung zur Verfügung stehen. Neben dem „human capital", das menschliche Fähigkeiten und Kompetenzen umschreibt, und dem „physical capital", das die nutzbare physische Umwelt beschreibt, dient auch „social capital" der Erreichung von individuellen Handlungszielen. Coleman versteht dabei unter sozialem Kapital Charakteristika der sozialen Umwelt (oder auch der sozialen Beziehungen), die von Individuen als Ressource genutzt werden, um eigene Ziele zu verwirklichen.

Die WHO definiert dies folgendermaßen: „Soziales Kapital beschreibt den Grad des sozialen Zusammenhalts, der innerhalb von Gemeinschaften zu finden ist. Soziales Kapital bezieht sich auf Prozesse zwischen Menschen, die Netzwerke, Normen und soziales Vertrauen hervorbringen sowie Koordination und Zusammenarbeit erleichtern." Bei den unterschiedlichen Definitionen des Begriffs besteht eine grundsätzliche Differenz der Betrachtung: Einige Autorinnen und Autoren legen den Akzent auf die Ebene der Auswirkungen, die von dem sozialstrukturellen Merkmal „soziales Kapital" auf *individuelle* Erfahrungen und Handlungen ausgehen. Andere interpretieren den Terminus als *kollektives* Merkmal, das beispielsweise der Aufklärung wirtschaftlicher Erfolge einer Region oder dem guten Funktionieren demokratischer Strukturen dient. Wieder andere Autorinnen und Autoren betonen, dass sich mehrere Ebenen sozialen Kapitals unterscheiden lassen - die Makroebene (historische, soziale, politische und ökonomische Merkmale von Gesellschaften), die Mesoebene (Merkmale von Nachbarschaften), individuelle Verhaltensweisen (soziale Partizipation, freiwilliges Engagement), und individuelle Normen (wie gegenseitiges Vertrauen und Reziprozität).

Das soziale Kapital weist Überschneidungen mit älteren, bereits etablierten Konzepten auf. Dazu zählen das Konzept der sozialen Kohäsion sowie das Konzept der sozialen Beziehungen, das die soziale Unterstützung und die **sozialen Netzwerke** umfasst. Soziale Kohäsion bezeichnet eine bestimmte Qualität und Dichte zwischenmenschlicher Beziehungen in überschaubaren sozial-räumlichen Einheiten (z.B. Nachbarschaften, Wohngebieten, Städten, Regionen), die durch gemeinsame Werte und Normen gekennzeichnet sind. Soziale Unterstützung und soziales Netzwerk beschreiben auf individueller Ebene die Qualität und Quantität sozialer Beziehungen.

Im Hinblick auf die Erfassung sozialen Kapitals wird häufig die strukturelle bzw. verhaltensbezogene von der kognitiven Dimension unterschieden. Ein Indikator für die strukturelle bzw. verhaltensbezogene Dimension ist z.B. die Partizipation in zivilgesellschaftlichen Netzwerken, die kognitive Dimension wird z.B. durch das Ausmaß des wahrgenommenen Vertrauens oder der wahrgenommenen Hilfsbereitschaft erfasst. Dabei werden häufig Antworten aus standardisierten Bevölkerungsbefragungen verwendet. Ein viel zitiertes Beispiel für eine Operationalisierung stellt Putnams „Index of Civic Community" dar, der aus drei Indikatoren gebildet wird (Putnam 1993): 1. dem Ausmaß sozialer Netzwerkbildung in Form von sekundären Gruppen, d.h. in Vereinen und freiwilligen Zusammenschlüssen, 2. der Einschätzung eines Klimas des Vertrauens innerhalb der Wohnregion, 3. der eingeschätzten Geltung von Normen und Werten gegenseitiger Hilfsbereitschaft und Fairness.

Die Untersuchung der Gesundheitsrelevanz sozialen Kapitals begann Mitte der 1990er-Jahre: Kawachi und Mitarbeiter analysierten den Zusammenhang von sozialem Kapital und Mortalität auf der Ebene von Bundesstaaten der USA (Kawachi et al. 1997). Sie zeigten, dass jeder der drei Indikatoren Putnams, aus Umfrageergebnissen ermittelt und auf die Ebene von Bundesstaaten aggregiert, mit der altersstandardisierten Mortalitätsrate pro Bundesstaat korrelierte. Weitere Studien bestätigten diesen Zusammenhang für unterschiedliche andere Gesundheitsindikatoren.

Inzwischen liegen nicht nur Untersuchungen zur Gesundheitswirksamkeit von kollektivem Sozialkapital, sondern auch von individuellem Sozialkapital vor. Die meisten Studien weisen darauf hin, dass Personen, die über ein vergleichsweise hohes Maß an sozialem Kapital verfügen, einen besseren Gesundheitszustand aufweisen.

Im Hinblick auf die Frage, auf welchem Weg soziales Kapital die Gesundheit beeinflusst, wird häufig zwischen kompositionalen und kontextuellen Effekten unterschieden (Kawachi und Berkman 2014). So kann eine Korrelation zwischen sozialem Kapital und Gesundheit auf Aggregatebene darauf zurückzuführen sein, dass sozial isolierte und somit auch gesundheitsgefährdete Individuen gehäuft in Gebieten mit niedrigem sozialem Kapital leben. Von kontextuellen Effekten würde man sprechen, wenn die Korrelation durch strukturelle Eigenheiten der Gebiete (z.B. kommunale Ressourcen) erklärt werden kann. Es ist davon auszugehen, dass das soziale Kapital gesundheitsrelevante Wirkungen auf unterschiedlichen Ebenen entfalten kann. Auf der individuellen Ebene ist an gesundheitsrelevante Verhaltensweisen sowie psychosoziale Faktoren (Selbstwirksamkeit, Anerkennung), auf der Ebene der nachbarschaftlichen Umgebung an die Verbreitung von gesundheitsrelevanten Informationen und gesundheitsförderlichen Normen oder an den Zugang zu lokalen (Versorgungs-)Leistungen und auf der nationalen Ebene an die Funktionsfähigkeit der Politik und des Gesundheitswesens zu denken.

Diese Überlegungen bilden die Grundlage für die Verwendung des Konzeptes „soziales Kapital“ in der Gesundheitsförderung (Cox 1997, Naidoo und Wills 2010). Demnach haben Maßnahmen zur Stärkung sozialer **Partizipation** z.B. in Vereinen und freiwilligen Zusammenschlüssen, zur Förderung von Hilfsbereitschaft sowie zur Stärkung des gegenseitigen Vertrauens ein starkes gesundheitsförderliches Potenzial. Dabei kommt Maßnahmen, die in der Kommune, im Stadtteil oder im Wohnumfeld ansetzen, eine besondere Bedeutung zu. Darunter fallen Maßnahmen zur Entwicklung der sozialen Kapazitäten und Handlungskompetenzen des Gemeinwesens (**Capacity Building**), d.h. der Aufbau kommunaler Ressourcen und die Weiterentwicklung der Fähigkeiten der Bürgerinnen und Bürger zur Durchführung von Gemeinschaftsaktionen.

Eine adäquate Infrastruktur an Dienstleistungsangeboten ist für die Gesundheit und Lebensqualität von Menschen in einer gegebenen Wohngegend von entscheidender Bedeutung. Dienstleistungsangebote (z.B. Läden oder Postämter) und öffentliche Plätze in der Nachbarschaft fördern soziale Kontakte und das soziale Kapital. In diesem Zusammenhang gilt es auch, die Kenntnis der vorhandenen lokalen Angebote, Einrichtungen und Organisationen sowie die Kommunikationskompetenz aufseiten der Bürgerinnen und Bürger zu fördern (**Health Literacy/Gesundheitskompetenz**). Eine weitere Maßnahme zur Steigerung des sozialen Kapitals besteht darin, Bürgerinnen und Bürger bei kommunalen Entscheidungen zu beteiligen. Bei der Förderung zivilgesellschaftlichen Engagements (z.B. Ehrenämter, freiwillige Arbeiten, **Selbsthilfe**) gilt es zu berücksichtigen, dass ein solches Engagement nur dann gesundheitsförderlich ist, wenn - ähnlich wie bei beruflichen Tätigkeiten - eine angemessene Anerkennung erfahren wird und die Bedingungen als fair empfunden werden.

Literatur:

Coleman JS, Foundations of social theory, Cambridge, Massachusetts 1990;

Cox E, Building social capital, Health Promotion Matters 4, 1997, 1-4;

Kawachi I/Berkman LF, Social capital, social cohesion, and health, in: Berkman LF/Kawachi I/Glymour M (Hg.), Social epidemiology (2. Aufl.), New York 2014, 290-319.;

Kawachi I/Kennedy BP/Lochner K/Prothrow-Stith D, Social capital, income inequality, and mortality, in: American Journal of Public Health 87, 1997, 1491-1498;

Naidoo J/Wills J, Lehrbuch der Gesundheitsförderung. Überarbeitete, aktualisierte und durch Beiträge zum Entwicklungsstand in Deutschland erweiterte Neuauflage, hrsg. von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Gamburg 2010;

Putnam RD, Making democracy work: civic traditions in modern Italy, Princeton 1993

Verweise:

Capacity Building / Kapazitätsentwicklung, Health Literacy / Gesundheitskompetenz, Partizipation: Mitentscheidung der Bürgerinnen und Bürger, Selbsthilfe, Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeförderung, Soziale Netzwerke und Netzwerkförderung

Sozialmedizin

Joseph Kuhn, **Manfred Wildner**

(letzte Aktualisierung am 13.01.2015)

Die Sozialmedizin ist ein Teilgebiet der Medizin mit besonderem Bezug zu sozialen und gesellschaftlichen Fragestellungen. Sie berücksichtigt insbesondere die vielfachen Wechselwirkungen zwischen Krankheit, Gesundheit, Individuum und Gesellschaft.

„Sozialmedizin befasst sich wissenschaftlich und praktisch mit der Gesundheit der Bevölkerung und ihren Determinanten, der Struktur und dem Management des Gesundheitswesens und der anderen sozialen Sicherungssysteme sowie den Wirkungen und Kosten der gesundheitlichen Versorgung." (Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention)

Gesundheitsförderung und Prävention spielen in der Sozialmedizin eine Rolle, weil hier wie dort bei der Frage nach der Entstehung von **Krankheit** und **Gesundheit** die soziale Umwelt der Menschen im Vordergrund steht. Teilweise greift die Sozialmedizin auch in ihren Praxisfeldern auf Methoden und Ansätze der Gesundheitsförderung zurück, z.B. in der Rehabilitation oder im Kurwesen.

Historisch liegen die Wurzeln der Sozialmedizin in der Zeit der Aufklärung, als zum einen die Bedeutung der Größe und Gesundheit der Bevölkerung für den Reichtum eines Landes erkannt wurde, zum anderen Armut und soziales Elend nicht mehr einfach als gottgegebenes Schicksal betrachtet wurden. Johann Peter Frank (1745-1821) gilt als früher Pionier der Sozialmedizin in Deutschland. Seine „Akademische Rede vom Volkselend als der Mutter der Krankheiten" (**soziale Ungleichheit**) aus dem Jahr 1790 weist eindringlich auf die Notwendigkeit sozialer Veränderungen als Voraussetzung für eine bessere Gesundheit der Bevölkerung hin. Berühmt geworden ist sein sechsbändiges Werk „System einer vollständigen medicinischen Polizey" aus dem Jahr 1779, in dem er die Grundlagen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes umriss. Wichtige Impulse für die Sozialmedizin gingen später von Rudolf Virchow (1821-1902), Salomon Neumann (1819-1908) und Ludwig Teleky (1872-1959) aus. 1905 wurde in Berlin die „Gesellschaft für sociale Medizin, Hygiene und Medicinalstatistik" gegründet und 1913 erschien das umfassende Werk „Krankheit und soziale Lage" von Max Mosse und Gustav Tugendreich. Anfang des 20. Jahrhunderts erlebten Sozialmedizin und Sozialhygiene eine Blütezeit, bevor sie dann zunehmend rassenhygienisch überformt und korrumpiert wurden. Auch namhafte Vertreter der Sozialmedizin in der späteren Bundesrepublik waren an den nationalsozialistischen Medizinverbrechen beteiligt. In der Bundesrepublik konnte die Sozialmedizin in einem überwiegend individu-

almedizinisch geprägten Gesundheitswesen - und belastet durch ihre Beteiligung an den nationalsozialistischen Verbrechen - zunächst nur noch im Bereich der Sozialversicherung mit ihren Sozialmedizinischen bzw. Vertrauensärztlichen Diensten und in den Gesundheitsämtern Fuß fassen.

Eine gegenüber der Situation in der Bundesrepublik eigenständige Entwicklungslinie hat sich mit den sozial*hygienischen* Ansätzen in der DDR herausgebildet. Diese waren durch die Tabuisierung der gesellschaftlichen Verhältnisse in ihrem Wirkungskreis jedoch ebenfalls eingeschränkt.

Ein konzeptioneller Neuanfang sozialmedizinischen Denkens war in Deutschland erst in den 1990er-Jahren durch den Aufbau von (New) Public Health nach angloamerikanischem Vorbild möglich.

Auf der *akademischen Ebene* sind sozialmedizinische Ansätze im Sinne einer systematischen Untersuchung des Zusammenhangs zwischen Gesundheit und Gesellschaft etabliert und in wissenschaftlichen Fachgesellschaften organisiert (Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention, Deutsche Gesellschaft für Epidemiologie, Deutsche Gesellschaft für Public Health). An den Universitäten wird die Sozialmedizin oft in Verbindung mit den Fächern Arbeits- und Umweltmedizin, Epidemiologie oder Gesundheitsökonomie vertreten. Im Medizinstudium ist die Sozialmedizin seit 1970 in der Approbationsordnung als Lehr- und Prüfungsfach verankert, an den Fachhochschulen werden sozialmedizinische Inhalte oft in Studiengängen der sozialen Arbeit vermittelt. Eine wichtige Schnittstelle besteht darüber hinaus zu den Gesundheitswissenschaften und - akzentuiert auf die öffentliche Gesundheit - die Public-Health-Wissenschaften (**Gesundheitswissenschaften/Public Health**). Diese sind multi- bzw. interdisziplinär: Medizin, Pharmazie, Psychologie, Soziologie, Pädagogik und andere Disziplinen leisten ihre je spezifischen Beiträge zum gesundheitswissenschaftlichen Erkenntnisfortschritt.

Fachärzte und -ärztinnen können eine von den Ärztekammern vergebene Zusatzbezeichnung „Sozialmedizin“ erwerben. Voraussetzung dafür sind spezielle Weiterbildungsgänge, die an außeruniversitären Akademien zu absolvieren sind und einem Curriculum entsprechend der Weiterbildungsordnung der jeweiligen Landesärztekammer folgen. Gemäß der Musterweiterbildungsordnung der Bundesärztekammer umfasst die Zusatzweiterbildung Sozialmedizin *„die Bewertung von Art und Umfang gesundheitlicher Störungen und deren Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit im beruflichen und sozialen Umfeld unter Einbeziehung der Klassifikationen von Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit, deren Einordnung in die Rahmenbedingungen der sozialen Sicherungssysteme und die Beratung der Sozialleistungsträger in Fragen der medizinischen Versorgung.“*

Weiterbildungsinhalte umfassen beispielsweise die wissenschaftlichen und historischen Grundlagen der Sozialmedizin und Prinzipien der Systeme sozialer Sicherung, Aufgaben, Strukturen und Schnittstellen der Sozialleistungsträger, die sozialmedizinischen Beurteilungskriterien bei der Feststellung des Leistungsvermögens, die rechtlichen und fachlichen Grundlagen in der sozialmedizinischen Begutachtung, die Berücksichtigung des bio-psycho-sozialen Modells bei der Beurteilung gesundheitlicher Einschränkungen und ihrer Wechselwirkungen in Bezug auf Alltag und Erwerbsleben, Grundbegriffe und Grundsätze der Rehabilitation, der Arbeitsmedizin, der Epidemiologie, Dokumentation, Statistik und Gesundheitsberichterstattung sowie des Qualitätsmanagements u. a. m.

Die *gegenwärtige sozialmedizinische Praxis* hat ihren Schwerpunkt in der Sozialversicherungsmedizin, z.B. in der Begutachtung von Leistungsfällen bei Krankheit, Behinderung oder Pflegebedürftigkeit. Die Relevanz dieses Tätigkeitsbereichs wird an den Fallzahlen erkennbar, die mit solchen Begutachtungsvorgängen in Zusammenhang stehen: Im Jahr 2013 gab es in Deutschland über 40 Mio. Arbeitsunfähigkeitsfälle, über 7 Mio. Schwerbehinderte, über 2,5 Mio. Empfängerinnen und -empfänger von Pflegeleistungen, über 170.000 krankheitsbedingte Rentenzugänge und über 70.000 Verdachtsfälle auf Vorliegen einer Berufskrankheit. Die Sozialversicherungsärzte und -ärztinnen sind im Berufsverband der Sozialversicherungsärzte Deutschlands e.V. organisiert, ein europäischer Zusammenschluss ist die European Union of Medicine in Assurance and Social Security (EUMASS).

In jüngerer Zeit sind im akademischen Bereich auch Entwicklungen hin zu Inter- bzw. Transdisziplinarität, Multiprofessionalität und insbesondere einer Systemorientierung angestoßen worden. Diese Befassung mit den sozialen, ökonomischen und politischen Rahmenbedingungen von Gesundheit wird international unter den Schlagworten „New Public Health“ bzw. „systemische Phase der öffentlichen Gesundheitspflege“ abgehandelt (**Determinanten von Gesundheit**, **Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik**, **Gesunde und soziale Stadt**, **Salutogenetische Perspektive**, **Settingansatz**, **systemische Perspektive in der Gesundheitsförderung**). Wichtige Grundprinzipien sind hierfür beispielsweise **Chancengleichheit**, **Empowerment**/Befähigung und **Gemeindeorientierung**, in Deutschland historisch bedingt insbesondere auch die **Ethik**. Die Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP) hat als federführende wissenschaftliche Fachgesellschaft für die diesbezüglichen studentischen Querschnittsfächer (Q1 Epidemiologie, medizinische Biometrie, medizinische Informatik, Q3 Gesundheitsökonomie, Gesundheitssystem, öffentliche Gesundheitspflege, Q10 Prävention, Gesundheitsförderung, Q12 Rehabilitation, physikalische Medizin, Naturheilverfahren) sowie die Fächer Arbeitsmedizin und Sozialmedizin an den Medizinischen Fakultäten in Deutschland einen Stoffkatalog ausgearbeitet.

Die *Zukunft der Sozialmedizin* wird, wie die von Public Health insgesamt, absehbar durch die Herausforderungen geprägt sein, vor denen die Gesellschaft steht:

- der Gerechtigkeitsfrage im Gesundheitswesen, insbesondere was die gravierende **gesundheitliche Ungleichheit** infolge des Auseinanderklaffens zwischen Arm und Reich angeht, aber auch im Hinblick auf die **Geschlechtergerechtigkeit in der Gesundheitsversorgung**,
- dem demografischen Wandel mit seinen (sozial-)medizinischen Folgen,
- der Bewältigung der gesundheitlichen Folgen der Globalisierung, z.B. was den Zugang bestimmter Gruppen mit **Migrationshintergrund zur Gesundheitsversorgung** angeht, und last but not least
- der Austarierung zwischen den präventiven, kurativen und rehabilitativen Bereichen des Gesundheitswesens.

Die Sozialversicherungsmedizin ist naturgemäß vor allem in der Kuration und Rehabilitation verankert. Hier bieten sich Chancen für eine Verankerung auch als klinische Sozialmedizin, welche die vielfältigen sozialmedizinischen Aspekte aus Patientensicht wie auch aus Behandlersicht im konkreten Behandlungs- bzw. Rehabilitationsprozess aufgreift. In einem insgesamt mehr präventiv ausgerichteten Gesundheitssystem könnte auch die Sozialmedizin neue Praxisfelder erschließen, z.B. im Zusammenhang mit einer Reform des Öffentlichen Gesundheitsdienstes oder einem Ausbau präventiver Leistungen der Sozialversicherungszweige.

Literatur:

Brennecke R (Hg.), Lehrbuch Sozialmedizin, Bern 2004;

Brennecke R/Boschek HJ/Geraedts M/Scheidig C/Swart E/Walter U/Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP), Sozialmedizinischer Stoffkatalog für die ärztliche AppO vom 27.06.2002, Gesundheitswesen 2006 (68), 48-64;

Brüggemann S/Irle H/Mai H, Psychrembel Sozialmedizin, Berlin, New York 2007;

Gostomzyk JG, Angewandte Sozialmedizin. Handbuch für Weiterbildung und Praxis, München, Loseblattsammlung, 26. Ergänzungslieferung 2014;

Klemperer D, Sozialmedizin - Public Health. Lehrbuch für Gesundheits- und Sozialberufe, 2. Auflage Bern 2014;

Schagen U/Schleiermacher S (Hg.), 100 Jahre Sozialhygiene, Sozialmedizin und Public Health in Deutschland, CD-ROM, Berlin 2005

Internetadressen:

www.bsdonline.de (Berufsverband der Sozialversicherungsärzte Deutschlands e.V.)
www.dgsmp.de (Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention)
www.eumass.com (European Union of Medicine in Assurance and Social Security)

Verweise:

Determinanten von Gesundheit, Empowerment/Befähigung, Ethik in der Gesundheitsförderung und Prävention, Gemeindeorientierung, Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Gender Mainstreaming, Gesundheit, Gesundheitliche Chancengleichheit, Gesundheitsförderung 1: Grundlagen, Gesundheitsförderung und Gesunde / Soziale Stadt / Kommunalpolitische Perspektive, Gesundheitsförderung und Migrationshintergrund, Gesundheitspolitik, Gesundheitswissenschaften / Public Health, Krankheit, Salutogenetische Perspektive, Settingansatz / Lebensweltansatz, Soziale Ungleichheit und Gesundheit/Krankheit, Systemische Perspektive in der Gesundheitsförderung

Soziologische Perspektiven auf Gesundheit und Krankheit

Peter Franzkowiak

(letzte Aktualisierung am 28.06.2018)

Die Soziologie untersucht und erklärt mit ihren Theorien, Methoden und Wissensbeständen fünf gesundheits- und krankheitsbezogene Gegenstandsbereiche:

- die gesellschaftlichen Ursachen von und sozialstrukturellen Einflüsse auf Gesundheit, Risiko und Krankheit;
- die symbolischen Konstruktionen und Ordnungen von Gesundheit und Krankheit;
- den sozialen und kulturellen Umgang mit Menschen mit Gesundheitsstörungen (Kranke, Riskierte, Menschen mit Behinderungen u.a.);
- die sozialen, systemischen und professionsbezogenen Maßnahmen und Systeme, die Gesellschaften zur Erhaltung und Wiederherstellung von Gesundheit ergreifen und institutionalisieren (oder verwerfen);
- die Einflüsse gesellschaftlicher Teilsysteme außerhalb des Gesundheitssystems auf die Gesundheits- und Krankheitsdynamik (z.B. über strukturelle, operationale oder kommunikative Kopplungen).

Dabei bedient sich die soziologische Perspektive unterschiedlicher theoretischer Zugänge. Gemeinsam war den großen Gesellschaftstheorien des 19. und 20. Jahrhunderts, dass sie analog zur Biomedizin eine vorwiegend pathogenetische Haltung einnahmen. Im Zentrum standen Risiken, Gefahren und Folgewirkungen der gesellschaftlichen Modernisierungsprozesse, damit eine soziologische Analyse, Messung und Erklärung der gesundheitlichen Folgen sozialer Ungleichheit und Entfremdung. Krankheit wurde primär als soziale Abweichung (Devianz) interpretiert, Gesundheit galt hingegen als soziale Normalität (Nichtdevianz). Aus klassisch soziologischer Sicht war die Aufrechterhaltung der gegebenen sozialen Ordnung und Rollenerfüllung das vorrangige Ziel bei der Vermeidung und Bewältigung von Krankheiten. Bei ihrer Behandlung oder Überwindung wurden - und werden - Prozesse der sozialen Kontrolle wirksam. Die soziale Kontrolle kann aber auch selbst Devianz erzeugen oder fördern, z.B. über Stigmatisierungsprozesse.

Kern von Gesellschaftstheorien zu Gesundheit und Krankheit ist die Analyse jener sozialen Strukturen, die Menschen als handelnden Subjekten in ihrer Lebensführung und Persönlichkeitsentwicklung entweder Möglichkeitsräume eröffnen oder Restriktionen abverlan-

gen. Hurrelmann und Richter differenzieren dabei in Theorien sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit, Theorien der gesellschaftlichen Reproduktionsstörung, Theorien krank machender Organisationsstrukturen, Integrationstheorien sowie Theorien zur Bildung sozialen Kapitals.

In inhaltlicher Überschneidung, jedoch mit z.T. anderer wissenschaftstheoretischer Akzentuierung unterscheiden Gerhardt, Bury, Badura, Feuerstein und Conrad/Leiter beim soziologischen Blick auf Krankheit und Gesundheit vier große Theorierichtungen (s. Abb. 1).

Soziologische Theorie(n)	Grundkonzept
Makrotheoretische Konfliktmodelle	Konzept eines zivilisatorisch-strukturell angelegten, krank machenden Grundkonfliktes zwischen Individuum und Gesellschaft
Mesotheorie	Konzept und Empirie des Sozialkapitals, der sozialen Kohäsion, von Netzwerkaufbau und -erhaltung sowie sozialer Unterstützung mit vorwiegend gesundheitserhaltender und -förderlicher Wirkung
Strukturfunktionalismus	Konzept von Krankheit als Störung der Rollenerfüllung, Konstrukt der Krankenrolle zur funktionalen Sicherung von Rollenkonformität
Interaktions- und Definitionstheorien (Symbolischer Interaktionismus, Rollentheorien)	Konzept der Definition von Krankheit und Gesundheit über soziale Interaktions- und Zuschreibungsprozesse (Gesundheit und Krankheit als soziale Konstruktionen, Stigmatisierungs- bzw. Labelingansatz)

Abb. 1: Ausgewählte soziologische Theorierichtungen und ihre Kernaussagen zu Krankheit und Gesundheit

Makrotheoretische Perspektive: In dieser Perspektive wurde traditionell ein struktureller Grundkonflikt zwischen Person und Gesellschaft, zwischen Körper und Kultur angenommen. Von Karl Marx über Norbert Elias bis in die Medizinsoziologie des ausgehenden 20. Jahrhunderts wurde die These „*Gesellschaft macht krank*“ zugrunde gelegt. Man ging davon aus, dass Menschen auf Brüche und konflikthafte Konstellationen in ihrer gewohnten Umwelt mit Störungen und Krankheiten reagieren. Solche Brüche, Konflikte, erzwungenen Affektregulationen und „spezifischen Zivilisationsnöte“ (Elias) seien wesentlich bedingt durch ein nicht erträgliches Maß an kulturellen und sozialen Versagungen und „Zumutungen“, die die Gesellschaften der Moderne ihren Mitgliedern auferlegen. Auch befördere Regel- und Normlosigkeit (Anomie) das Ausmaß und die Dynamik von massenhaften seelischen und psychosomatischen „Leiden an der Gesellschaft“. Anomie kann durch ungerech-

te Herrschaftsstrukturen und Klassengegensätze oder durch soziale Desorganisation und Krisen befördert werden. Ihr Kern ist immer eine ungerecht ungleiche Sozialordnung.

Sind gesellschaftliche Werte, Kontrollen und Sinnmuster prekär geworden und werden die Menschen von gesellschaftlichen Chancen und Ressourcen ausgeschlossen, erleben sie chronischen (Dis-)Stress. Sie können in makrotheoretischer Sicht darauf nur mit Verzweiflung, Entfremdung und ohnmächtiger Selbstschädigung reagieren. Ohne ausreichenden sozialen Rückhalt brechen nach und nach die alltäglichen Bewältigungspotenziale zusammen. Je geringer die Autonomie der Lebensführung und je höher der Verlust von Kontrolle über das eigene Leben sind, desto eher entwickeln sich Krankheiten. Die einsetzende Krankheit macht eine Kontrolle über die Umwelt unmöglich und führt zugleich zum Kontrollverlust über den Körper.

Konflikttheoretische Makrotheorien interpretieren Gesellschaft als Gesamt vorwiegend „kranker“ oder „krankmachender“ Strukturen und Herrschaftsverhältnisse. Die Theorietraditionen des konflikttheoretischen Paradigmas reichen bis in das 19. und den Beginn des 20. Jahrhunderts zurück. Häufig gewählte Bezüge sind Marx’ Entfremdungsbegriff und Émile Durkheims Anomietheorie, ausgehend von Konzeptionen einer Klassengesellschaft und/oder der kulturellen Desorganisation.

Mit der modernisierungstheoretischen Diskussion um die *Risikogesellschaft* hat die makrotheoretische Perspektive seit Mitte der 1980er Jahre neue Aktualität gewonnen. Nicht mehr primär durch Klassengegensätze und offensichtliche sozioökonomische Unterdrückungsstrukturen würden in heutiger Zeit soziale Abweichungen sowie „Leiden an der Gesellschaft“ befördert. Vielmehr führten nun Prozesse und Begleiterscheinungen der alles durchdringenden Modernisierung und Globalisierung zu neuen Gefährdungen. Das moderne Alltagsleben sei in Folge von mehreren gleichzeitigen Entwicklungen vielfältig „gebrochen“:

- durch die Auflösung traditioneller Bindungen und die Erosion sozialer Milieus;
- durch Verschärfung ökonomischer und sozialer Konkurrenz;
- in Folge des Abbaus sozialintegrativer Milieus und Netzwerke;
- durch universelle Deregulierungsprozesse;
- durch sich verschärfende Flexibilitäts- und Mobilitätsanforderungen.

Dadurch werden die Existenzbedingungen der Menschen bis in die gesellschaftliche Mitte der (post-)modernen Gesellschaften hinein „massenhaft labilisiert“ (Beck), An die Stelle stabiler Institutionen treten „unberechenbare flows von Informationen, Ideen, Geldern und Menschen“; feste und verlässliche Entwicklungsbahnen werden abgelöst durch „chaotische Offenheit und Unbestimmtheit“ (Rosa/Strecker/Kottmann).

Eine Einmündung in soziale, berufliche und kulturell abgesicherte Normalbiografien, generell die Planung des eigenen Lebens, werde auch angesichts des stetig zunehmenden Flexibilisierungs- und Mobilitätsdrucks schwieriger, somit Übergänge im Lebenslauf konflikthaft und riskant. Die zunehmende Individualisierung der Lebensgestaltung bei gleichzeitiger Pluralisierung von Lebenslagen erzeuge „riskante Freiheiten", an denen eine wachsende Zahl von „Modernisierungsverlierern" scheitere. Die gesellschaftliche Desintegration, Unübersichtlichkeit und Entwurzelung führe zu persönlichen und kollektiven Identitätsproblemen, die erhöhte Störungs- und Krankheitsanfälligkeit zur Folge haben könnten.

Zwar (noch) ohne direkten Bezug auf Gesundheit oder Krankheit betonen weitere Theoretiker der Risikogesellschaft wie der Brite Giddens und der deutsche Sozialpsychologe Keupp aber auch, dass die „Zweite Moderne", die „fluide Gesellschaft", der „flexible Kapitalismus" nicht nur Risikooptionen beförderten. Im Modernisierungsprozess entstünden auch neue Chancen für „eigenwillige" Identitäts- und Normalitätsentwürfe, für „aktives Vertrauen" in neuen sozialen Netzwerken und für „Selbstsorge" und „Lebens-Kohärenz" innerhalb post-traditionaler Gemeinschaften - jeweils durchaus mit gesundheitsförderlichen Potenzialen. Giddens' Strukturationstheorie will den konflikthaften Dualismus, die tradierte Polarisierung von Struktur und „Agency" (individuelle Handlungsbefähigung zur gesellschaftlichen Praxis) überwinden. Gesellschaft und all ihre materiellen wie symbolischen Aspekte sind in dieser Sicht nicht nur strukturgebunden. Über ihre eigene „Praxis" können die Menschen (relativ) eigene Freiheitsgrade und Lebensweisen, nicht zuletzt solche mit Gesundheitsbezug, erproben und entwickeln und werden „vom Adressaten zum Akteur" (Homfeldt/Schröer/Schweppe).

Konflikttheoretisches Gedankengut ist in die Entwicklung der **Stress- und Stressbewältigungsperspektive** eingeflossen. Deren Modelle vermeiden allerdings die makrotheoretischen Verallgemeinerungen. Sie verfallen auch nicht dem hier vorzufindenden normativen Determinismus: Hinweise auf die Pathogenese spezifischer psychischer und psychosomatischer Störungen in Rückkoppelung zu präzisen makrostrukturellen Bedingungen fehlen im konflikttheoretischen Ansatz. Die vermittelnden Prozesse, die innerhalb des postulierten Grundkonflikts Individuum-Gesellschaft zu Krankheiten und Störungen führen, bleiben im Dunkeln. Die konflikttheoretische Herangehensweise ist dennoch heuristisch wertvoll für die Untersuchung des Zusammenhangs von **Sozialer Ungleichheit und Gesundheit**. Sie hatte einen wichtigen Stellenwert für die Medizin- und Psychiatriekritik der 1960er bis 1980er Jahre. Als eigenständiges sozial- und gesundheitswissenschaftliches Krankheitsmodell ist sie nur eingeschränkt brauchbar. Weiterführende konzeptionelle Impulse sind eher von der neueren Modernisierungsdebatte zu erwarten.

Mesotheoretische Perspektive: Gegenüber der an Krankheiten orientierten soziologischen Problemsicht auf Gesellschaft formulierte bereits Émile Durkheim die These, Gesellschaft

mache nicht (nur) krank, sie erhielte (auch) gesund. Soziale, insbesondere familiäre Beziehungen und gemeinsame religiöse Überzeugungen und Gemeinschaften wurden bereits vor einem Jahrhundert als protektive Faktoren gegen Anomiefolgen wie Unsicherheit und Isolation empirisch belegt.

Die heutige Soziologie bezeichnet den Grad an Verbundenheit und Solidarität in gesellschaftlichen Gruppen und Netzwerken als *soziale Kohäsion*. Kohäsive Systeme weisen dauerhafte, starke Bindungen sowie einen hohen Grad an Integration auf. Ressourcen, die mit dem Besitz eines dauerhaften Netzes von sozialen Beziehungen verbunden sind, nennt man Soziales Kapital. Nach Badura ist soziales Kapital ein Merkmal solcher sozialer Systeme und Organisationen, die ihre Leistungsfähigkeit und die Gesundheit ihrer Mitglieder fördern. Allerdings ist Sozialkapital keine direkt wirkende, eigenständige Gesundheitsressource für sich. Es wirkt als ermöglichender Faktor und ist wichtige Voraussetzung für das Empfangen sozialer Unterstützung, Theorie- und Forschungsstand der neueren mesotheoretischen Konzepte werden ausführlich in den Stichworten **Soziales Kapital**, **Soziale Netzwerke und Netzwerkförderung** sowie **Soziale Unterstützung** behandelt.

Strukturfunktionalistische Perspektive: Aus dieser Sicht kann in den hoch entwickelten Gesellschaften nur derjenige Mensch körperlich und psychisch gesund sein, der mit den Anforderungen der gesellschaftlichen Macht- und Rollenstrukturen reibungslos zurechtkommt. Jeder Mensch muss im Rahmen verbindlicher Rollenerwartungen funktionale Beiträge zu den Zielen von Sozialsystemen und zur Aufrechterhaltung ihrer Strukturen erbringen. Ist das Gleichgewicht zwischen dem inneren System und dem sozialen System gestört, d.h., stimmen die inneren Bedürfnisse nicht mit den Außenanforderungen überein, kommt es zu einem Verlust an Rollenfähigkeit. Darauf folgt eine Abweichung, die sich im gesundheitlichen Bereich als körperliche oder seelische Störung ausprägt. Krankheit wird als eine generalisierte Störung der Leistungsfähigkeit der Person für die von ihr normalerweise zu erwartende Erfüllung von Aufgaben angesehen. Da Kranke aus ihren sozialen Rollenverpflichtungen im Arbeitsleben oder im familiären Alltag herausfallen, zeigen sie folgerichtig „abweichendes“ Verhalten. Die Aufgabe und soziale Kontrolle des gesellschaftlichen Subsystems Medizin besteht darin, die Funktionalität und Verhaltens-Konformität wiederherzustellen.

Krankheit kann legitim nur in einer neuen gesellschaftlichen Rolle geduldet und bewältigt werden: der *Krankenrolle*. Dieses vom amerikanischen Soziologen Parsons in den 1950er Jahren entwickelte Konzept entlastet einen kranken Menschen, verpflichtet ihn aber auch. Die Krankenrolle ist transitorisch: Krankheit ist eine passagere Form devianten Verhaltens, ein vorübergehender Kompetenzverlust. Der Patient bzw. die Patientin sind dabei zeitweise von seinen/ihren normalen Rollenverpflichtungen befreit; sie werden für die Krankheit nicht moralisch verantwortlich gemacht. Sie haben aber die Verpflichtung, gesund werden zu wollen, und sie sind verpflichtet, fachkundige (ärztliche) Hilfe auszusu-

chen und ihren Anweisungen Folge zu leisten. Auf ärztlicher Seite bestehen komplementäre Rollenverpflichtungen: Ärztinnen und Ärzte sind verpflichtet zu affektiver Neutralität, ihr Handeln soll frei vom Einfluss persönlicher Gefühle bleiben; das medizinische Fachpersonal muss fachlich kompetent sein, um so vertrauensbildend auf die Patientinnen und Patienten zu wirken.

Nach Parsons besteht die Funktion der Medizin darin, die Krankheit eines Menschen (also sein abweichendes Verhalten) vor der Gesellschaft zu legitimieren und dadurch die Patient*innen weitgehend von der Verantwortung für ihren Zustand zu entlasten - z.B. durch zeitweise Krankschreibung. Der Preis für diese Rollenentpflichtung ist, dass Menschen in der Krankenrolle auch zum Gesundwerden-Wollen verpflichtet sind, d.h. zum Einleiten einer Behandlung und zur Befolgung ärztlicher Anweisungen („Compliance“ bzw. „Adherence/Adhärenz“). Der abweichende Zustand wird im Zusammenspiel von Arzt/Ärztin und Patient/Patientin im System der medizinischen Praxis überwunden.

Parsons’ Ansatz war im historischen Kontext medizinsoziologischer Konzeptbildungen und der Professionsforschung forschungsbefruchtend. Er hat bedeutsame interkulturelle Vergleiche angeregt. Mittlerweile überwiegt jedoch die Kritik an einer unreflektierten Übernahme in das gegenwärtige Forschungs- und Krankheitspanorama. Die Beschränkungen des Konzepts lassen sich in fünf Schwerpunkten zusammenfassen:

- Eingeschränkter Fokus auf eine uniforme und schein-universelle Krankenrolle (so gibt es Zustände des Patient-Seins, denen keine Krankheit zugrunde liegt - Schwangerschaften, Impfungen -, ebenso wie Zustände des Krankseins existieren, in denen eine Person kein Patient bzw. keine Patientin ist, z.B. bei laienunterstütztem „Auskurieren“ von Bagatellerkrankungen oder der Alltagsbewältigung von Folgen chronischer Erkrankungen);
- Unzureichende Berücksichtigung sozioökonomischer und soziokultureller Variationen im professionellen Handeln und in der Ausprägung von differenziellen Krankenrollen;
- Vernachlässigung von chronisch Kranken und eines subjektiv regulierten Lebens in bedingter Gesundheit etwa bei Multimorbidität im Alter, mit der einhergehenden Problematik einer ungerechtfertigten Anwendung von Devianzkriterien;
- Vernachlässigung der Spezifika psychischer Krankheit mit und ohne den Status eines psychiatrischen Patienten bzw. einer psychiatrischen Patientin;
- Vernachlässigung eines aktiven, informierten, auch kritischen Patient*innenstatus.

Der deutsche Medizinsoziologe Borgetto fasst die Kernkritik am tradierten Krankenrollen-Konzept zusammen und erweitert diese mit Richtung auf die aktuellen gesundheitswissenschaftliche und -politische Verantwortungsdiskussion: „Die *Nicht-Zuschreibung* der

Verantwortung für die krankheitsbedingte soziale Devianz wird in fachlichen wie öffentlichen Diskursen zunehmend und nachdrücklich in Frage gestellt. Im Gefolge der fortschreitenden wissenschaftlichen Aufklärung des Zusammenhangs von Lebensstil und Gesundheitszustand erfolgt eine immer stärkere individuelle *Zuschreibung von Verantwortung* für den eigenen Gesundheits- beziehungsweise Krankheitszustand. Sowohl die Schuldfrage bei der Verursachung von Erkrankungen rückt damit zunehmend in den Fokus gesundheitspolitischer Debatten wie auch die Frage nach dem eigenen, willentlichen Beitrag des kranken Menschen zu seiner Gesundung. Dementsprechend werden immer höhere Erwartungen an die Rationalität des gesundheits- oder krankheitsrelevanten Verhaltens von Kranken formuliert. Leitbild dieses Paradigmenwechsels ist der Patient als Koproduzent seiner Gesundheit" (2016, 370 - Hervorhebungen im Original).

Im Angesicht des gewandelten Krankheits- und Risikopanoramas in den modernen Gesellschaften ist der strukturfunktionalistische Ansatz nur noch begrenzt tauglich. Bei den vorherrschenden chronisch-degenerativen Massenerkrankungen und der stetig ansteigenden Altersmorbidität ist eine Heilung nur bedingt oder gar nicht möglich. Außerdem wird im präventivmedizinischen **Risikofaktorenkonzept** zunehmend die Selbstverantwortung von Patientinnen und Patienten für ihre Gesunderhaltung, lange bevor eine Krankheit diagnostizierbar ist, betont - z.B. wenn dauerhafte Verhaltensrisiken wie das Zigarettenrauchen oder Übergewicht als Vorläufer der Enderkrankungen angenommen werden können.

Borgetto hält hierzu fest, dass der zumindest für akute Erkrankungen „relativ klare Zuschnitt" der Krankenrolle seit Ende der 1980er Jahre zunehmend aufweicht: „Es entstehen plurale, zum Teil gegensätzliche und vieldeutige Erwartungen, die nicht nur Handlungsspielräume für kranke Menschen eröffnen, sondern auch konfliktbeladen sind. Die wichtigsten Entwicklungen sind eine vermehrte Zuschreibung aber auch Übernahme von Verantwortung für Krankheit, Gesundheit, Behandlung und Devianz durch kranke Menschen und Patienten, eine Ökonomisierung der Inanspruchnahme von professionellen Dienstleistungen des Gesundheitssystems und eine Ökonomisierung und Individualisierung der Entbindung von Rollenverpflichtungen kranker Menschen. Zudem zeichnet sich die Emergenz einer sozialen Rolle des (noch) *Gesunden* ab. Das Recht auf Gesundheitsschutz und Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen und -leistungen sowie Krankenversorgung wird zunehmend durch eine individuelle Pflicht zur Vermeidung insbesondere von verhaltensbedingten Gefährdungen der eigenen Gesundheit und der Gesundheit Dritter ergänzt" (2016, 377/378 - Hervorhebungen im Original).

Das strukturfunktionalistische Theoriegerüst der Krankenrolle ist und bleibt ein Baustein der (medizin-)soziologischen Perspektive in den **Gesundheitswissenschaften**. Der soziologische Funktionalismus legt seiner Krankheitskonzeption jedoch ein problematisches, tradiertes Fundament zugrunde. Die integrativen Gesundheits-Krankheits-Modelle und ein

großer Teil der Praxis von Gesundheitsförderung stehen der hier zur Voraussetzung gemachten Hegemonie und sozialen Definitionsmacht der Medizin kritisch gegenüber.

Interaktions- und definitionstheoretische Perspektive: Die Grundthese des soziologischen Interaktionismus lautet: Krankheit wird durch gesellschaftliche Vorgänge der Bestimmung und Abklärung wissensmäßig konstituiert und in sozialen Interaktionen festgestellt. Ihre Feststellung und Behandlung unterliegt sozialen Definitionsprozessen. Eines der bedeutsamsten Konzepte in der Interaktionstheorie ist der *Labeling-Ansatz*, auch Stigmatisierungsansatz genannt. Vergleichbar mit der strukturfunktionalistischen Perspektive wird von Krankheit als einem abweichenden Verhalten im Kontext gesellschaftlicher Regeln und Normen ausgegangen. Die jeweilige Abweichung wird aber nicht aus der Störung selbst erklärt, die hier „primäre Devianz" genannt wird. Im Zentrum steht vielmehr die „sekundäre Devianz". Sie ist eine Abweichung, die sich erst aus den Etikettierungsprozessen ableitet, die in unserer Kultur mit medizinischen (und anderen institutionellen bzw. professionellen) Diagnosestellungen und Behandlungsformen verknüpft sind. Im Einklang mit der englischen Bezeichnung spricht man deshalb vom Labeling-Ansatz. Nach dieser Sichtweise werden insbesondere im Bereich der Psychiatrie Störungen und Krankheiten nicht biologisch, sondern vorrangig sozial definiert.

Die möglicherweise organischen bzw. psychosomatischen Ursachen einer Krankheit oder Störung sind aus Labeling-Sicht eher zweitrangig. Entscheidend ist die Veränderung im Verhalten eines Menschen, die erst dadurch entsteht, dass eine primäre Störung durch die medizinische bzw. psychiatrische Diagnose ein Etikett bekommt. Ein solches Etikett ist mit sozialen Bedeutungen und Verhaltenserwartungen aufgeladen. Sind dies weitgehend negative Bedeutungen, spricht man von einem Stigma. Der Prozess der Etikettierung kann somit in einer Stigmatisierung enden und führt z.B. zu Diffamierung, Exklusion oder Marginalisierung. Die durch den Prozess der Etikettierung verursachte Verhaltensänderung kann schließlich ausgeprägter sein als die Wirkung der primären Störung selber.

Der Beginn der „sekundären Devianz" wird durch die medizinisch-psychiatrische Diagnose bestimmt. Für ihre Aufrechterhaltung und Verstärkung sind medizinisch-psychiatrische Institutionen am bedeutsamsten. Das Stigma enthält manchmal so starke soziale Stereotypen, dass betroffene Menschen in psychiatrischen Kliniken, in Rehabilitationskrankenhäusern oder in totalen Institutionen wie Gefängnissen, Kasernen und Heimen weitgehend machtlos und hilflos sind. Der Labeling-Ansatz geht davon aus, dass diese Menschen ihr Verhalten und auf Dauer auch ihre Identität nach den Stereotypen und Verhaltenserwartungen ausrichten müssen, die ihnen durch die Etikettierung aufgesetzt worden sind. Das Fremdbild, das zunächst von offiziellen Instanzen sozialer Kontrolle zugeschrieben wird, wird zum Selbstbild: Es entwickelt sich eine abweichende Identität.

Der Stigmatisierungsansatz relativiert das strukturfunktionalistische Rollenkonzept. Die dort zusammengefassten gesellschaftlichen Erwartungen bzw. Stereotypen der Krankenrolle gelten, wie zuvor kritisiert, nur unvollständig für die Rolle des psychisch Kranken. Die Rolle des akut körperlich Kranken wird in der Regel durch die Rollenattribute der Krankheit ergänzt, beim betroffenen Menschen wird nur ein Teil des Betroffenen als störend gesehen, durch sich selbst oder andere abgelehnt. Hingegen bedeutet die Zuschreibung der Rolle des psychisch Kranken oft den Versuch einer weitgehenden Umstrukturierung seines/ihres gesamten Lebens- und Persönlichkeitszusammenhangs. Vor allem in der Abstempelung als „irre" liegt der Kern einer Totalisierung der Krankenrolle, wie sie in diesem Ausmaß bei einem organisch kranken Menschen kaum vorstellbar ist.

Der Labeling-Ansatz war und ist wichtig in der Begründung der weltweiten Psychiatriekritik, für die Psychiatriereformen der 1960er bis 1980er Jahre, für Interventionen im Rahmen der Gemeindepsychiatrie und für die Anfänge der **gesundheitsbezogenen Gemeinwesenarbeit**. So haben die wissenschaftlichen Erkenntnisse über Institutionalisierungseffekte die Forderungen nach Auflösung der großen Anstalten bzw. Abkürzung oder Vermeidung von Heimaufenthalten und Krankenhauseinweisungen entscheidend untermauert. Kritik am Ansatz wird daran festgemacht, dass seine Erklärungen häufig auf einer formalen Ebene verbleiben und nur unzureichende ätiologische Vorstellungen vorliegen. Das Zustandekommen, aber auch die potenziellen Veränderungen von sozialen Stereotypen und Stigmata werden nicht ausreichend erklärt. Auch die differenzielle Wirkung solcher Etikettierungen in unterschiedlichen Teilkulturen bzw. sozialen Milieus wird nicht ausreichend berücksichtigt. Eine häufig vorzufindende undifferenzierte Ausweitung auf sämtliche Störungs- und Krankheitsphänomene erscheint unangemessen.

Als analytisches Moment und Anstoß zur Reflexion bleibt der Stigmatisierungsansatz immer da von Bedeutung, wo es um die Erkenntnis und Veränderung von Hindernissen des gesundheitsförderlichen **Empowerments**, der **Partizipation** und der **Selbsthilfe** von Betroffenen geht. Interaktionistische und konstruktivistische Perspektiven sind und bleiben wichtiger Bausteine der soziologischen Theorien in den Gesundheitswissenschaften/Public Health. Anders als der Strukturfunktionalismus sind sie medizinkritisch und konfliktorientiert. Sie problematisieren das gesellschaftliche und institutionelle Management von Krankheit, insbesondere der psychischen Störungen. Eine Integration mit biomedizinischen und anderen gesundheitswissenschaftlichen Modellen zu einem integrativen Gesundheits-/Krankheitsmodell steht weiterhin aus.

Disziplinäre Entwicklungen und Perspektiven: Im angelsächsischen Raum existiert eine langjährige Theorie- und Forschungstradition einer integrativen „sociology of health and illness".

Die vier klassischen Theoriefamilien bilden auch dort das Kerngerüst von Lehre und akademischer Forschung. Allerdings werden jüngere Ansätze und integrative Theoriemodelle offenbar intensiver in Augenschein genommen als dies (noch) im deutschen medizin- und gesundheitssoziologischen Raum der Fall ist. Ein exemplarisches Beispiel ist das von Collyer 2015 herausgegebene „Palgrave Handbook of Social Theory in Health, Illness and Medicine". Es präsentiert und vertieft neben den „Klassikern" auch Systemtheorien nach Luhmann und Habermas, den Gouvernementalitätsbegriff von Foucault und dessen Weiterentwicklungen, das Habitus-Konzept von Bourdieu, die Strukturationstheorie von Giddens, das Medikalisierungskonzepte von Illich und Conrad, das Gesundheits-Agency-Konzept von Cockerham den Gender-Hegemonie-Ansatz von Connnell, das Konzept des Embodiments struktureller Gewalt von Farmer u.a.m. - sämtlich mit explizitem und breit angelegtem Bezug auf ihre potenziellen Beiträge zur Soziologie von Gesundheit und Krankheit. [Einzelne dieser Aspekte finden sich teilweise auch schon in Beiträgen des deutschen Sammelbandes von Richter/Hurrelmann (2016): v.a. bei Bittlingmayer, Sperlich, Gerlinger und Peter/Neubert].

In der Bundesrepublik Deutschland verlief die disziplinäre Entwicklung anders, in zwei Phasen. In den 1950er bis 1980er Jahren etablierte sich die *Medizin- bzw. Medizinische Soziologie*, verstanden als Soziologie der auf professionelle Krankenbehandlung spezialisierten Akteure und Institutionen. 1970 wurde sie zum Bestandteil der ärztlichen Approbationsordnung. Mit dem Public-Health-Perspektivenwechsel ab Ende der 1980er Jahre, dem zeitgleichen Aufstieg des Konzepts der Gesundheitsförderung sowie der nachfolgenden Akademisierung der Pflege entstand eine eigenständige *Gesundheitssoziologie*, die das vormalige enge Themenspektrum aufzubrechen versuchte. Von großer Bedeutung waren und sind hierbei die Renaissance der Sozialepidemiologie und der Aufbau von **Gesundheitsberichterstattung**.

Zu Beginn der 2000er Jahre wurden unter Gesundheitssoziologie alle sozialwissenschaftlichen Zugänge zu Gesundheit zusammengefasst, die untersuchen, wie gesellschaftliche Akteure Gesundheit wahrnehmen und diesbezüglich handeln bzw. wie Institutionen und Strukturen die kollektiven Gesundheitschancen und das individuelle Gesundheitshandeln beeinflussen. *Gesundheitssoziologie* ist nach Gerlinger (2006) ein Oberbegriff für kultursoziologische, gesundheitswissenschaftliche sowie medizinsoziologische Ansätze. Sie ist überwiegend in sozial- und gesundheitswissenschaftlichen Forschungseinrichtungen angesiedelt und verfügt dort über ein breit angelegtes Themen- und Forschungsspektrum:

Gesundheitssystemforschung und internationale Systemvergleiche;

- Versorgungs- und Präventionsforschung;
- Professionssoziologie im Gesundheitswesen;
- Patienten- und Selbsthilfeforschung;

- Entwicklung einer Gender-Health-Perspektive;
- Analyse von Gesundheitspolitiken und Politikberatung.

Empirisch und konzeptionell liegt der Schwerpunkt auf Analyse und Erklärung von sozialen Ungleichverteilungen und sozialer Differenzierung hinsichtlich Gesundheit, Risiko und Krankheit (einschließlich ungleicher Handlungsspielräume für gesunde Lebensstile), von sozialen Ungleichheiten in der Inanspruchnahme des medizinischen Versorgungssystems und von sozialstrukturellen Faktoren und Kontexten bei Entstehung und Ausbruch von Krankheiten.

Für die 2010er Jahre konstatierten Hurrelmann und Richter (2013) eine starke wechselseitige theoretische, methodische und forschungspraktische Annäherung, ja zunehmende Überschneidung von Gesundheits- und Medizinsoziologie. Ihres Erachtens war die fachliche Ausrichtung beider Spezialsoziologien „kaum noch voneinander zu unterscheiden". Mittelfristig sei daher für den deutschsprachigen Raum analog zum Angloamerikanischen die einheitliche Disziplinbezeichnung „Gesundheits- und Krankheitssoziologie" nicht nur anzustreben, sondern nachgerade unvermeidlich. Konsequenterweise benennen die Autoren ihren aktuelles Übersichtswerk aus dem Jahr 2016 dementsprechend.

Für Richter/Hurrelmann „umfasst die Soziologie von Gesundheit und Krankheit eine große Bandbreite an Themen und Zugängen: Von der Analyse medizinischen Wissens über die Laienperspektive auf Gesundheit, die Erfahrung und Interpretation von Krankheit, soziale und kulturelle Aspekte des Körpers bis hin zur Analyse der Arzt-Patienten-Interaktion, die sozialen, ökonomischen und politischen Determinanten von Gesundheit und Krankheit sowie die soziale Organisation der Gesundheitsversorgung. Sie bietet darüber hinaus eine umfassende, kritisch-analytische Sichtweise und einen eigenständigen Erklärungsansatz gesundheitsrelevanter Prozesse" (2016, 13).

Im gleichen Sammelband definiert Gerlinger (und aktualisiert und erweitert damit seine erste Definition von 2006 - s.o.): „Die Soziologie von Gesundheit und Krankheit ist ein im deutschen Wissenschaftssystem bisher wenig gebräuchlicher, aus dem angloamerikanischen Sprachraum übernommener Begriff. Im Folgenden wird darunter die Beschreibung und Erklärung jener sozialen Phänomene verstanden, die auf den Erhalt, die Gefährdung und die Wiederherstellung von Gesundheit sowie für die Bewältigung gesundheitlicher Beeinträchtigungen von Individuen und Populationen Einfluss nehmen. Sie umfasst sowohl die Wahrnehmungen und das Handeln individueller Akteure (Mikroebene) als auch die von diesen geschaffenen Institutionen und gesellschaftlichen Strukturen, durch welche die Gesundheit von Individuen und Populationen beeinflusst wird (Meso- und Makroebene)" (2016, 89).

Angeregt durch einen Strukturierungsvorschlag des australischen Gesundheitssoziologen Germov ordnen Richter/Hurrelmann die Soziologie und Gesundheit und Krankheit in drei Schwerpunkte und Dimensionen (Abb. 2).

Dimensionen	Leitfragen
Die soziale Produktion von Gesundheit und Krankheit	» Fokus auf soziale Muster der Verteilung von Gesundheit und Krankheit (z.B. sozialer Gesundheitsgradient) » Suche nach sozialen und nicht biologischen oder psychologischen Erklärungen für diese Muster (z.B. Rolle der Lebens- und Arbeitsbedingungen in der Entstehung, Bewältigung und Versorgung von Krankheiten)
Die soziale Konstruktion von Gesundheit und Krankheit	» Aufklärung, wie und warum Definitionen von Gesundheit und Krankheit zwischen Kulturen und über die Zeit variieren (z.B. Konstruktion sozialer und gesundheitlicher Praktiken und Institutionen durch kulturelle Überzeugungen) » Reflexion von Kultur, Politik und moralischen Vorstellungen einer Gesellschaft zu einer bestimmten Zeit durch die herrschende/n Definition/en von Gesundheit und Krankheit
Die soziale Organisation von Gesundheit und Krankheit	» Analyse und Bewertung der Art und Weise, wie eine bestimmte Gesellschaft ihre gesundheitliche Versorgung organisiert, finanziert und in Anspruch nimmt (z.B. Dominanz der Medizin, u.a. zu Lasten präventiver Ansätze und Ressourcen) » Empfehlungen zur Vermeidung von Fehlsteuerungen (z.B. Abbau professioneller Ungleichgewichte und Ungleichheiten, Stärkung der effektiven Nutzung von Gesundheitsressourcen, Optimierung der Versorgung von Patient*innen)

Abb. 2: Analysebenen, Schwerpunkte und Leitfragen der Soziologie von Gesundheit und Krankheit (eigene Darstellung nach Richter/Hurrelmann 2016, 14 ff.)

Einen Sonderfall stellt die *soziologische Perspektive in der Psychiatrie* dar. Psychische Krankheiten und ihre Behandlung in psychiatrischen Einrichtungen stellten seit den Anfängen bis weit in die 1970er Jahre hinein eines der klassischen Forschungsgebiete der Soziologie dar. Bis in jene Zeit war die Soziologie eine bedeutsame Hintergrundwissenschaft, galt zeitweise sogar als Leitdisziplin der Psychiatrie. Problemstellungen wie die Entstehung psychischer Krankheiten oder die Reorganisation der psychiatrischen Versorgung in Deutschland (Psychiatrie-Enquete 1975, Übergang von der Anstalts- zur Sozial- und Gemeindepsychiatrie) sind maßgeblich durch die definitionstheoretische Kritik beeinflusst worden. Seit den 1990er Jahren ist jedoch eine stetig abnehmende Bedeutung soziologischer Perspektiven für die Psychiatrie festzustellen. Deren zentrale Hintergrund- und Leitdisziplin ist erneut die Biologie geworden, mit Schwerpunkt auf verhaltensgenetischen Studien und molekular- und neurobiologischen Forschungen.

Doch auch unter dem Eindruck des biologischen Perspektivenwechsels bleibt soziologische Reflexion eine zentrale Aufgabe. Angelehnt an Kilian lassen sich, ausdrücklich in der

Tradition der soziologischen Analyse in der Psychiatrie, als weiterhin relevante Fragestellungen benennen:

- Welche Auswirkungen haben Erkenntnisse der biologischen Psychiatrie, der Neurobiologie und Neuropsychologie auf die soziale Repräsentation psychischer Erkrankungen?
- Was bedeutet dies für Prozesse sozialer Exklusion bzw. Inklusion von Menschen mit psychischen Erkrankungen?
- Welche Bedeutung haben diese Erkenntnisse für das Krankheitserleben und die Krankheitsbewältigung durch die Betroffenen?
- Welche Folgen ergeben sich für das professionelle Selbstverständnis sowie die diagnostischen und interventiven Leitlinien der psychiatrischen Expert*innen bei ihrem Umgang mit Menschen mit psychischen Erkrankungen?

Literatur:

Badura B/Feuerstein G, Gesundheit und Gesellschaft, in: Joas H (Hg.), Lehrbuch der Soziologie, Kap. 15, Frankfurt/M 2007;

Badura B/Knesebeck Ovd, Soziologische Grundlagen der Gesundheitswissenschaften, in: Hurrelmann K/Razum O, Handbuch Gesundheitswissenschaften, Weinheim 2012, 187-220;

Beck U/Beck-Gernhardt E (Hg.), Riskante Freiheiten, Frankfurt/M 1994;

Borgetto B, Soziologie des kranken Menschen: Krankenrollen und Krankenkarrieren, in: Richter M/Hurrelmann K (Hg.), Soziologie von Gesundheit und Krankheit, Wiesbaden 2016, 369-381;

Bury M, Sociological Theory and Chronic Illness, in: Österreichische Zeitschrift für Soziologie, 2, 2002 (27), 7-22;

Collyer F (ed.), The Palgrave Handbook of Social Theory in Health, Illness and Medicine, Basingstoke New York 2015;

Conrad P/Leiter V, The Sociology of Health and Illness - Critical Perspectives, 9th ed., Basingstoke New York 2018;

Gerhardt U, Gesundheit und Krankheit als soziales Problem, in: Albrecht G et al (Hg.), Handbuch Soziale Probleme, Opladen, Wiesbaden 1999, 402-418;

Germov J (ed.), Second Opinion - An introduction to health sociology, 5th edition, Oxford University Press Australia 2013;

Gerlinger T, Historische Entwicklung und theoretische Perspektiven der Gesundheitssoziologie, in: Wendt C/Wolf C (Hg.), Soziologie der Gesundheit, Wiesbaden 2006, 34-56;

Homfeldt HG/Schröer W/Schweppe C (Hg.), Vom Adressaten zum Akteur - Soziale Arbeit und Agency, Opladen Farmington Hills 2008;

Hurrelmann K/Richter M, Gesundheits- und Medizinsoziologie, Weinheim Basel 2013;

Kilian R, Die Bedeutung der Soziologie psychischer Gesundheit und Krankheit im Zeitalter der biologischen Psychiatrie, in: Soziale Probleme, 19 (2008), 2, 136-149;

Keupp H, Reflexive Sozialpsychologie, Wiesbaden 2016;

Mahlzahn P, Krankenrolle, in: Wilker FW et al (Hg.), Medizinische Psychologie, Medizinische Soziologie, München 1994, 213-217;

Richter M/Hurrelmann K (Hg.), Soziologie von Gesundheit und Krankheit, Wiesbaden 2016;

Rosa H/Strecker D/Kottmann A, Soziologische Theorien, 3. Aufl., Konstanz München 2018;

Schott T/Hornberg C (Hg.), Die Gesellschaft und ihre Gesundheit, Wiesbaden 2011

Internetadressen:

www.dgms.de (Deutsche Gesellschaft für Medizinische Soziologie e.V.)
www.dgsmedsoz.blogspot.com (Sektion Medizin- und Gesundheitssoziologie der Deutschen Gesellschaft für Soziologie [DGS])
www.dgsmp.de (Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention e.V. [DGSMP])
www.eshms.eu (European Society of Medical Sociology [ESMS])

Verweise:

Empowerment/Befähigung, Gesundheitsberichterstattung, Gesundheitsbezogene Gemeinwesenarbeit, Gesundheitswissenschaften / Public Health, Partizipation: Mitentscheidung der Bürgerinnen und Bürger, Risikofaktoren und Risikofaktorenmodell, Selbsthilfe, Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeförderung, Soziale Ungleichheit und Gesundheit/Krankheit, Soziale Unterstützung, Stress und Stressbewältigung

Streetwork/Aufsuchende soziale Arbeit

Burkhard Gusy, **Emilie Farnir**

(letzte Aktualisierung am 24.08.2016)

Streetwork (outreach work) bezeichnet alle lebensweltnahen, aufsuchenden psychosozialen und gesundheitsbezogenen Angebote für Menschen, die durch das etablierte Versorgungssystem nicht oder nicht mehr erreicht werden. Der Begriff wurde geprägt in den 1970er Jahren und markierte nicht weniger als einen Paradigmenwechsel in der sozialen Arbeit. Statt in Einrichtungen die **Zielgruppen** ihrer Arbeit zu erwarten, suchten Streetworker diejenigen, die aus verschiedenen Gründen nicht in die Beratungsstellen kamen, in ihren jeweiligen Lebenswelten auf, um ihnen dort Unterstützung anzubieten (**Settingansatz/Lebensweltansatz**). Bei Drogenkonsumenten oder Jugendlichen war dies häufig die Straße (daher der Begriff Streetwork) bzw. der öffentliche Raum. Dies hatte Folgen in Bezug auf die Anforderungen, die beruflichen Rolle und das Selbstverständnis der Streetworker. Ohne den Schutz und die Regularien ihrer Einrichtungen waren Streetworker in den Lebenswelten ihrer Adressaten zunächst fremd, hatten keine fest zugeschriebenen Rollen mit bestimmten Aufgaben und auch kein Hausrecht. Sie waren dort Akteure wie viele andere auch, die sich darum bemühten, die Adressaten in ihren Lebenswelten kennenzulernen, die Beweggründe für ihr Verhalten nachvollziehen zu können um ihnen attraktivere Alternativen anbieten zu können. Die Akzeptanz der (aktuellen) Lebenssituation der Adressaten wurde zum Grundsatz, ebenso wie eine Verpflichtung zur Interessenvertretung für ebendiese Gruppe.

Waren vorher die Angebote durch die Einrichtungen definiert, ergab sich der Bedarf nun aus den jeweiligen Problemlagen der aufgesuchten Personen. So konstatierte z.B. Peters für das Beratungszentrum Kö 16A, ein erstes Projekt zur aufsuchenden Sozialarbeit in Hamburg in den 1970er Jahren, dass die Aufgabe sich auf Erst- und Kurzkontakte beschränke, sie schließe eine langfristige Betreuung aus. Verschwiegenheit in der Arbeit, Kontakte mit Bezugspersonen, konkrete Hilfen, unkonventionelles Handeln waren gefordert. Nachgefragt wurden vorrangig beschützende nicht präventive Hilfen.

Der der Arbeitsform namensgebende Lebensraum Straße ist nicht mehr zutreffend, da Streetwork als Regenschirmbegriff für aufsuchende Arbeitsansätze in vielen Bereichen gilt. Fankulturen, Prostituierte, Homosexuelle, Drogenkonsumenten, Migranten, Straßenkinder, Partyszenen kamen als Adressaten hinzu, deren Lebenswelten nur in Teilen die

Straße ist. Besonders deutlich wird dies in der jüngst erschlossenen Lebenswelt der sozialen Netzwerke, in der virtuell aufsuchende Arbeit **Social Media, Gesundheitsförderung mit sozialen Medien**) geleistet wird. Die Nähe zur Lebenswelt sowie das aktive Zugehen auf Personen oder Gruppen, die durch das etablierte psychosoziale oder gesundheitsbezogene Versorgungssystem nicht oder nur schwer erreicht werden (hard to reach population) sind Kernelemente dieser Arbeitsform geblieben.

Die Adressatengruppen aufsuchender Arbeit sind vielfältig: Kinder und Jugendliche in schwierigen Lebenssituationen (zerrüttete Familien, wohnungslos, psychische Probleme), die auffällig wurden durch ihren Drogenkonsum, ihre Gewaltbereitschaft, ihre sexuelle Orientierung bzw. damit verbundene Risiken (Prostitution, sexuell übertragene Krankheiten). Ältere versorgungsbedürftige Menschen, die in ihrer Mobilität eingeschränkt sind, entlassene Häftlinge oder bedürftige Familien finden sich in der internationalen Literatur als Adressaten aufsuchender Angebote, manchmal auch Hausbesuche von Bewährungshelfern, Besuchsdienste für ältere Menschen oder Aktivitäten im Rahmen der Familienhilfe.

Was machen Streetworker?

Die Arbeit von Streetworkern lässt sich in drei Bereiche einteilen:

1. Kontaktaufbau und -aufrechterhaltung
2. Initiieren von Veränderungsprozessen
3. Veränderungsprozesse unterstützend begleiten

Der grundlegendste und wichtigste Aufgabenbereich ist es Kontakte zu den Adressaten herzustellen und aufrecht zu erhalten. Dieses setzt voraus, dass ein Streetworker die relevanten und frequentierten Treffpunkte kennt und dort präsent ist. Kontaktbereitschaft, Initiative und Ausdauer beim Beziehungsaufbau sind hilfreiche Fähigkeiten und Kompetenzen, gegenseitiges Vertrauen und Unterstützung kann nicht erwartet werden. Der Beziehungsaufbau ist aber kein Selbstzweck, sondern dient dazu, Veränderungsprozesse zu initiieren. Die Lebenswelt der Adressaten gälte es (wenn möglich mit ihnen gemeinsam) „lebenswerter zu gestalten und/oder Alternativen aufzuzeigen, welche ein minder gefährdendes Zurechtkommen im öffentlichen Raum ermöglichen“ formuliert die Bundesarbeitsgemeinschaft Streetwork/mobile Jugendarbeit e.V.. Die Initiativen können zum einen lebensweltnah und problembezogen organisiert sein (Druckräume, Übernachtungs- und Essensangebote, medizinische Versorgung), auf akuten Bedarf reagieren oder dem Adressaten das etablierte gesundheitsbezogene oder psychosoziale Versorgungsystem erschließen. Hierfür sollte der Streetworker das regionale Versorgungsangebot kennen, das jeweils passende Angebot für und mit einem Adressaten auswählen und einen einfachen

Zugang dazu sicherstellen. Der dritte Bereich ist die begleitende Unterstützung in Veränderungsprozessen. Streetwork ist ein personenbezogenes kommunikatives Angebot. Informationen können adressatengerecht vermittelt und ergänzt sowie Missverständnisse korrigiert werden. Dies erleichtert die individuelle Entscheidungsfindung und - durchführung. Die Unterstützung durch einen Streetworker kann dazu beitragen, die getroffene Entscheidung umzusetzen und erste Schritte zu gehen. Der Beistand kann darin bestehen, den Veränderungswunsch aufrecht zu erhalten und auftretende Hürden gemeinsam zu beseitigen. Die Angebote dazu können praktischer Art (Fahrdienst), zeitlich befristet (Übernachtungsangebot) oder eine Intervention bei Krisen sein.

Was sind die präventiven und gesundheitsförderlichen Ziele von Streetwork?

Da sich Streetwork an Personen richtet, die das etablierte gesundheitliche Versorgungssystem nicht nutzen, deren Lebenssituation aber mit gesundheitlichen Risiken verbunden sind, ist das primäre Anliegen gesundheitliche Schädigungen zu vermeiden bzw. deren Folgen zu minimieren. Die Aktivitäten dazu sind vielfältig, auf die jeweiligen Zielgruppen zugeschnitten, weisen aber auch Gemeinsamkeiten auf, die im Folgenden hervorgehoben werden. Sie zielen auf die Förderung der gesundheitsbezogenen Entscheidungs- und Handlungskompetenz, einen weniger riskanten Umgang mit gesundheitlichen Risiken sowie die Verhinderung einer Verschlechterung der derzeitigen gesundheitlichen Situation. Die Aktivitäten umfassen:

- die Aufklärung über gesundheitliche Risiken in persönlichen oder gruppenbezogenen Gesprächen (peer involvement, **peer education**) um die Entstehung von Abhängigkeiten zu vermeiden bzw. deren Folgen zu lindern,
- die Entwicklung und Verteilung zielgruppenangepasster Präventionsmedien (Flyer, Giveaways etc.),
- die Reduktion unmittelbarer gesundheitlicher Schädigungen der Zielgruppe um deren Überleben zu sichern (z.B. Spritzenvergabe, Kondomverteilung zur **Prävention übertragbarer Erkrankungen**),
- die Beratung zum weniger riskanten Gebrauch illegaler Substanzen (safer use) sowie zur Vermeidung von Infektionen beim Sex (safer sex),
- die Aufklärung über und Vermittlung von Sofortmaßnahmen an Szene-/Milieuangehörige (peergestützte outreach work) z.B. mittels Schulungen von Drogengebrauchern zur Vermeidung von Drogennot- und Todesfällen,
- die Entwicklung und Bereitstellung von Angeboten der Freizeit- und Erlebnispädagogik (z.B. im Rahmen der Cliquenarbeit mit sozial benachteiligten und/oder verhaltensauffälligen Jugendlichen),

- die Einrichtung von lebensweltnahen, niedrigschwelligen Angeboten der Erst- und Akutversorgung chronischer körperlicher oder/und psychischer Erkrankungen (Ausgabe von Verbandsmitteln, Salben, Versorgung von Wunden/Abszessen) auch für nicht krankenversicherte Personen,
- die Information über und die Begleitung in bestehende Einrichtungen und Angebote des psychosozialen oder medizinischen Versorgungssystems (Begleitung zu Fachkräften und Kliniken, Krankentransport, Weitervermittlung in stationäre Einrichtungen),
- die Förderung der Motivation und Begleitung von Personen beim Ausstieg, z.B. bei Drogengebrauchern oder Prostituierten,
- die Mobilisierung zur Mitgestaltung und Verbesserung des Lebensraumes mithilfe **gesundheitsbezogener Gemeinwesenarbeit** (Erschließung von Räumen, Entstigmatisierung, Vernetzung mit örtlichen Institutionen, Öffentlichkeitsarbeit),
- die längerfristige stützende psychosoziale Begleitung von Personen mit oder ohne Perspektive zur Änderung ihres gesundheitlichen Risikoverhaltens

Wie wirksam ist Streetwork?

Systematische Forschung zur Wirksamkeit und Effizienz aufsuchender Arbeitsformen wurde hauptsächlich im Rahmen extern finanzierter wissenschaftlicher Begleitforschungen vor allen Dingen im Rahmen von (Modell-)Projekten geleistet z.B. in der Aids-Prävention und mit gewaltbereiten Jugendlichen. Die durchführenden Institute verzichteten in der Regel auf (harte) quantitative Daten, da auch für sie die Adressatengruppen in der Regel unsichtbar blieben und sich die Beurteilung der Wirksamkeit auf Aussagen der Streetworker zu ihrer Arbeit stützten. Auch die Bundesarbeitsgemeinschaft Streetwork/Mobile Jugendarbeit fordert einen steten Überprüfungs- und Verbesserungsprozess auf allen drei Ebenen der Qualitätssicherung (Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität). Hinsichtlich der strukturellen Rahmenbedingungen, um Streetworker arbeitsfähig zu machen, gibt es Vorstellungen wie z.B. von der Bundesarbeitsgemeinschaft Streetwork/mobile Jugendarbeit (2008). Zu Prozessen und Wirkungen von Streetwork gibt es national und international nur wenig Forschung. Die aktuellste Studie stammt aus Berlin und konzentriert sich auf die Arbeit von Gangway und Outreach - zwei großer Träger aufsuchender Arbeit mit Jugendlichen und Erwachsenen in unterschiedlichen Stadtteilen. Hier wurden 135 Adressaten in persönlichen Interviews zu ihrem sozialen Hintergrund und ihren Problemlagen befragt. Die interessierende Frage war, ob mithilfe aufsuchender Arbeit Personen erreicht werden, die hilfebedürftig sind und durch einrichtungsgebundene psychosoziale oder gesundheitsbezogene Versorgungsangebote sonst nicht erreicht werden. 86% der Befragten erwiesen sich als sozial benachteiligt. Sie hatten entweder keinen Schulabschluss, waren verschuldet oder ohne Einkommen, verfügten über keinen

gesicherten Aufenthaltsstatus oder über mangelhafte Sprachkenntnisse. Ein ebenso großer Prozentsatz verfügte über Gewalterfahrung oder wies einen riskanten Substanzkonsum auf (Alkohol und oder illegale Drogen).

In der Berliner Studie wurde ergänzend die Akzeptanz der Arbeitsform durch die Fachverantwortlichen in den zuständigen Ämtern, die Kooperationsbeteiligten sowie die Adressaten des Angebots erfragt. Die Akzeptanz war bei allen Befragten gleichermaßen hoch. Die Fachverantwortlichen schätzten besonders die Mobilität, Flexibilität und Akzeptanz der Streetworker in den Zielgruppen, die Adressaten das Beziehungsklima sowie die Unterstützungsangebote.

In einer weiteren Studie wurden ehemalig durch Streetwork betreute Jugendliche befragt (n = 402; Begleitungsende 1-5 Jahre zurück. Die Lebenssituation der Mehrheit der Befragten hat sich stabilisiert, sie befinden sich entweder in einer Ausbildung oder einer Erwerbstätigkeit (60%) und rechnen sich deutlich bessere Chancen auf dem Arbeitsmarkt aus (76,2%). Sie haben ihre soziale und gesundheitliche Situation besser im Griff. Diese für sie positive Entwicklung schreiben sie der mobilen Jugendarbeit zu. Aus ganz unterschiedlichen Gründen sehen sowohl die befragten Fachverantwortlichen als auch die Adressaten für die Zukunft ein großes Potenzial in der aufsuchenden Arbeit.

Literatur:

Andersson B, Finding ways to the hard to reach - considerations on the content and concept of outreach work, in: European Journal of Social Work, 16 (2), 2013, 171-186;

Bollig C , Sozialarbeiter/in online: virtuell-aufsuchende Arbeit in der Mobilen Jugendarbeit, Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit, 46 (2), 2015, 46-55;

Bundesarbeitsgemeinschaft Streetwork/mobile Jugendarbeit e.V.,Fachliche Standards, in: Gillich S (Hg.), Bei Ausgrenzung Streetwork. Handlungsmöglichkeiten und Wirkungen Gelnhausen 2008, 229-236;

Delphi - Gesellschaft für Forschung & Beratung und Projektentwicklung mbH, Ergebnisbericht der Evaluation der Streetwork und der mobilen Jugendarbeit in Berlin, 2007;

Krebs W, Blicke zurück. Von den Ursprüngen von Streetwork und Mobiler Jugendarbeit zum Methodenmix heute - Zusammenfassung einer aktuellen Untersuchung, in: Gillich S (Hg.), Profile von Streetwork und Mobiler Jugendarbeit. Antworten der Praxis auf neue Herausforderungen, Beiträge aus der Arbeit des Burckhardthauses, Bd. 9, 2. Aufl., Triga-Verlag, Gelnhausen 2004,160-175;

Stumpp G/Üstünsöz-Beurer D/Walter S/Beulich F/Bolay E, Wirkungseffekte Mobiler Jugendarbeit in Stuttgart (WIMO). Eine empirische Studie, Universität Tübingen, Institut für Erziehungswissenschaft, 2009.

Internetadressen:

www.ismo-online.de/ (International Society for mobile youth work)

www.correlation-net.org (European Network Social Inclusion & Health)

www.bundesarbeitsgemeinschaft-streetwork-mobile-jugendarbeit.de (Bundesarbeitsgemeinschaft Streetwork/Mobile Jugendarbeit e.V.)

Verweise:

Gesundheitsbezogene Gemeinwesenarbeit, Gesundheitsförderung und soziale Benachteiligung / Gesundheitsförderung und gesundheitliche Chancengleichheit, Peer Education, Prävention übertragbarer Erkrankungen, Settingansatz / Lebensweltansatz, Social Media / Gesundheitsförderung mit digitalen Medien, Soziale Ungleichheit und Gesundheit/Krankheit, Zielgruppen, Multiplikatorinnen und Multiplikatoren

Stress und Stressbewältigung

Peter Franzkowiak, **Alexa Franke**

(letzte Aktualisierung am 13.06.2018)

Als Stress bezeichnet man einen Zustand des Ungleichgewichts. Mit dem Begriffspaar „Stress und Stressbewältigung“ umschreibt man alle Reaktionen auf Herausforderungen in einer als wichtig eingeschätzten Situation, die Menschen zu einer Aktion herausfordern, dabei aber auch ihre vorhandenen Mittel und Fähigkeiten überschreiten können. Stressoren sind Reizereignisse, die vom Organismus eine Anpassungsreaktion verlangen. Stress kann oftmals mit der Erfahrung eines drohenden oder realen Verlusts der Handlungskontrolle verbunden sein. Dies ruft intensive negative Emotionen (z.B. Angst oder Verärgerung) sowie vermehrte Anstrengungen hervor mit dem Ziel, die Herausforderung unter Zuhilfenahme aller verfügbaren Ressourcen dennoch zu bewältigen.

Stress kann sowohl negative als auch positive Seiten haben. Positiver Stress wird oft als „Eu-Stress“ bezeichnet. Er wird als Herausforderung empfunden und motiviert zum aktiven, gestaltenden Handeln. Gesundheitsbelastender negativer Stress wirkt hingegen als „Dis-Stress“. Er wird als belastender Konflikt empfunden, ruft negative Gefühle wie Angst und Hilflosigkeit hervor und führt zu Handlungsverhinderung bzw. Ausweichverhalten. Dass Stress durchaus positive Auswirkungen haben kann, betonen insbesondere neue psychologische Ansätze sowie die **Salutogenetische Perspektive**.

Die Stressforschung hat ein doppeltes Fundament: die biologische Stressforschung des Mediziners Hans Selye und das transaktionale Stressbewältigungsmodell des Psychologen Richard Lazarus. Das *biologische Stresskonzept (Stress als Reaktion)* verknüpft Belastungsfaktoren außerhalb des Körpers auf messbare Weise mit inneren Reaktionsabläufen. Das *transaktionale Modell (Stress als Interaktion)* untersucht und beschreibt die Bedeutung und Wirkung psychosozialer Stressoren in Abhängigkeit von den jeweiligen persönlichen und kollektiven Bewältigungsmöglichkeiten. Daraus können vielfältige praktische Empfehlungen für Prävention, Behandlung und Rehabilitation abgeleitet werden. In ihrer heutigen Form verknüpft die Stress-Bewältigungs-Perspektive **biomedizinische**, **psychosomatische**, verhaltenspsychologische und **soziologische Erklärungsansätze** von Gesundheit und Krankheit.

Aus biologischer Sicht sind Stressreaktionen entwicklungsgeschichtlich alte, stereotyp im Körper ablaufende Aktivierungsmuster, die ein Optimum an Energie für unmittelbare Kampf- und Fluchtreaktionen zur Verfügung stellen sollen. Stressoren sind hier alle von

außen auf den Organismus einwirkenden Reize: Diese können nicht nur physischer, sondern auch psychosozialer Natur sein. Über die vermehrte Ausschüttung bestimmter Hormone und über die Aktivierung des autonomen Nervensystems wird der Kreislauf beschleunigt. Durchblutung und Stoffwechsel werden gesteigert, der gesamte Organismus ist in Alarmbereitschaft.

Selye hat die koordinierten physiologischen Antwortmuster auf Stressoren in seinem *Allgemeinen Adaptationssyndrom (AAS)* beschrieben. Das AAS umfasst drei typische Phasen der Alarmierung und Aktivierung: 1. Alarmreaktion des Körpers mit Initialschock und verringerter Widerstandskraft; 2. Widerstands- bzw. Resistenzphase mit Einsatz von endokrinologischen Abwehrenergien zur Anpassung an anhaltende Stressbedingungen und von temporärer Erhöhung der Widerstandskraft; 3. Erschöpfungsstadium mit Verhinderung weiterer Anpassung durch Zusammenbruch von Widerstand und Adaptation. In der dritten Phase treten wieder die Symptome der anfänglichen Alarmreaktion auf - allerdings mit dem Unterschied, dass der Organismus nicht mehr reagieren kann und Ausfallerscheinungen zeigt.

Die adaptive Energie eines Organismus ist nicht nur akut, sondern auch langfristig gesehen begrenzt. Überfordern Anforderungen chronisch seine Adaptationsfähigkeit, kann er letztlich nicht mehr in der Lage sein, die Homöostase wieder herzustellen. Nicht abgebaute, anhaltende Aktivierung wirkt in Form psychischer und körperlicher Spannungszustände fort. Häufige, immer wiederkehrende und langfristig wirkende (d.h. chronische) Stressreaktionen können dann den Organismus schädigen, indem sie physiologische Steuerungsmechanismen beeinträchtigen, einzelne Organe in ihrer Funktionsweise und Struktur behindern und immunologische Schwächungen hervorrufen.

Während das biologische Modell die psychosomatischen Reaktionen in einer Stresssituation beschreibt, konzentrieren sich psychologische Modelle darauf, welche Reize als Stressoren wahrgenommen werden und wie ihre Verarbeitung verläuft. *Die psychologische Stressperspektive betont die Bedeutung der kognitiven Einschätzung einer belastenden Situation*. Stress existiert nicht per se - er ist nur das, was von einer Person als solcher bewertet wird. Stress ist durch die Beziehung zwischen Mensch und Umwelt gekennzeichnet und bedeutet für eine Person, dass sie etwas in ihrer Umwelt als bedeutsam für ihr Befinden bewertet, dass etwas sie herausfordert und Anforderungen stellt, sie zur Bewältigung nötigt. Der Stress wird umso größer sein, je mehr die Bewältigungsmöglichkeiten der Person beansprucht oder sogar überfordert werden.

Wegen dieser gegenseitigen Beeinflussungen von Stressoren und Reaktionen wird Lazarus' psychologisches Modell der Stressverarbeitung „transaktional" genannt. Wenn die mit der Situation konfrontierte Person die Situation in irgendeiner Weise als herausfordernd erlebt und nicht unmittelbar weiß, wie sie mit ihr umgehen soll, kann jede Situation einen

Stressor darstellen. Entscheidendes Kriterium, ob ein Reiz oder eine Situation als Stressor erlebt werden oder nicht, ist die subjektive Unsicherheit über die möglichen Bewältigungsmöglichkeiten (s. Abb. 1).

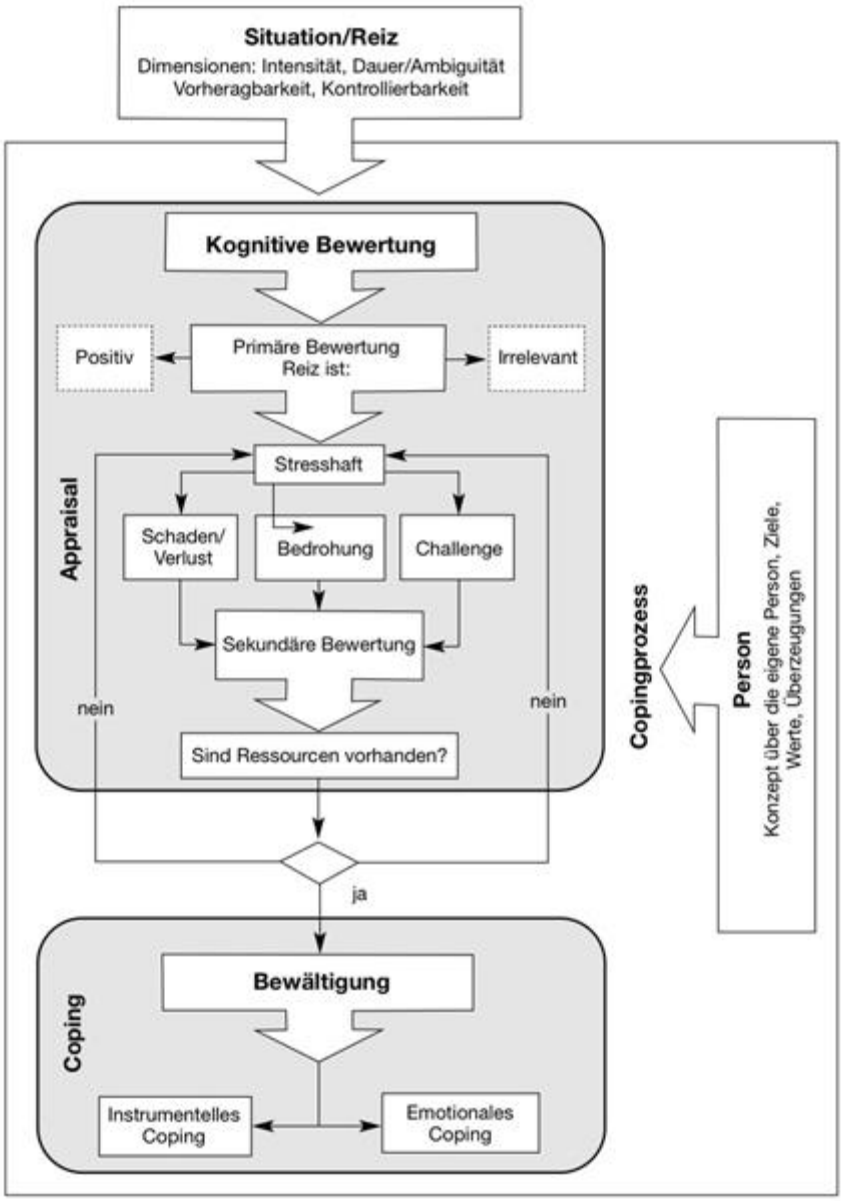


Abb. 1: Transaktionales Stressmodell (aus: Franke 2012, 122)

Der Prozess der Stressverarbeitung wird in zwei große Phasen unterteilt: die der Wahrnehmung und Bewertung des Reizes - das sogenannte Appraisal - und die Phase des Umgangs mit dem als Stressor wahrgenommenen Reiz - das Coping.

Wahrnehmung und Bewertung / Appraisal: Der Ablauf des Appraisal ist zweiphasig. In der ersten Phase (primary appraisal) überprüft die Person den Reiz, mit dem sie konfrontiert wird, im Hinblick auf ihr Wohlergehen. Hierbei sind drei Bewertungen möglich. Der Reiz

kann (1) irrelevant für sie sein, er kann (2) als positiv bewertet werden oder aber (3) als Reiz gesehen werden, der die unmittelbaren Bewältigungsmöglichkeiten überfordert, d.h. als stresshaft gilt. Relevant für den weiteren Copingprozess ist nur eine Bewertung des Reizes als stresshaft. Wird der Reiz als stresshaft eingeschätzt, so wird - ebenfalls noch im primary appraisal - des Weiteren eingeschätzt, ob (1) bereits ein Schaden oder Verlust eingetreten ist, ob (2) eine Beeinträchtigung droht oder ob es sich (3) um eine positive Herausforderung handelt, d.h. um eine Auseinandersetzung oder Anstrengung, die zwar stresshaft ist, aber für die Person als interessant oder möglicherweise lohnend erscheint.

Hat die Person nun im Rahmen des primary appraisal festgestellt, welche Relevanz und welche Konsequenzen der Reiz für sie haben könnte, so kommt es in der Phase des secondary appraisal zu einer Abschätzung der Ressourcen, die ihr zur Bewältigung zur Verfügung stehen. Diese beiden Prozesse folgen nicht strikt zeitlich aufeinander, sondern sie beeinflussen sich gegenseitig und können sich auch zeitlich überlappen. Im Verlauf dieses Prozesses kann es auch zu Neubewertungen kommen, etwa wenn sich bei Überprüfung der Ressourcen in der zweiten Bewertungsstufe herausstellt, dass ein Stressor, der zunächst auf drohenden Verlust hinwies, angesichts der als positiv eingeschätzten Möglichkeiten, mit ihm umzugehen, als interessante Herausforderung definiert werden kann. Nach Abschluss dieses Bewertungsprozesses kommt es zur eigentlichen Bewältigungsphase, dem Coping (siehe weiter unten).

Unabhängig von der jeweiligen subjektiven Bewertung gibt es einige Reize, die von vielen Menschen als stresshaft erlebt werden. Die wichtigsten können in sechs Gruppen eingeteilt werden (s. Abb. 2).

Alltags- und Arbeitsbelastungen und physikalisch-sensorische Stressoren	» Hetze » Zeitlicher Druck, Arbeitsverdichtung » Lärm » Reiz- oder Schlafentzug
Leistungs- und soziale Stressoren	» Über- und Unterforderung » Konkurrenz » Isolation » Zwischenmenschliche Konflikte
Körperliche Stressoren	» Verletzung

Lebensverändernde kritische Ereignisse	» Schmerz » Hunger » Starke Funktionseinschränkungen » Verlust von Bezugspersonen, von wichtigen Rollen und dem Arbeitsplatz » Plötzliche Einschränkungen von Gesundheit und Leistungsfähigkeit
Chronische Spannungen und Belastungen	» Dauerhafte kleine Alltagsprobleme („daily hassles“) » Rollenkonflikte in Beruf und Familie » Dauerhafte Arbeitsüberlastungen » Lang andauernde Krankheiten, Funktionseinschränkungen und Behinderungen
Kritische Übergänge im Lebenslauf („Transitionen“)	» Adoleszenz und junges Erwachsenenalter » Pubertät, Klimakterium, Andropause » Berufseinstiege oder -ausstiege » Übergang in die nachberufliche Lebenszeit, in ein Rentner*innen-Dasein » „Empty nest“-Syndrom

Abb. 2: Gruppen negativer Stressoren (eigene Darstellung)

Bewältigung/Coping: Als Coping werden alle kognitiven und verhaltensmäßigen Anstrengungen bezeichnet, mit dem als Stressor bewerteten Reiz umzugehen und die von ihm ausgehende Bedrohung bzw. den antizipierten Schaden zu minimieren. Unterschieden wird dabei nach Anstrengungen, die primär auf eine Veränderung der Situation abzielen (instrumentelles Coping) und solchen, die v.a. auf eine Veränderung der Gefühle und Gedanken abzielen (emotionsbezogenes Coping). Zu den Strategien des instrumentellen Copings zählt das Einholen von Informationen oder von sozialer Unterstützung. Kognitives Umstrukturieren, innerliches Distanzieren, Sich-Ablenken oder Beten werden dem emotionalen Coping zugerechnet. Eine dritte Form ist das regenerative Coping: hierzu zählen

aktive Entspannung, Bewegung und Erholung mit dem Ziel, körperliche Anspannungen zu lösen, innere Unruhe zu dämpfen und neue Energien aufzubauen (s. Abb. 3).

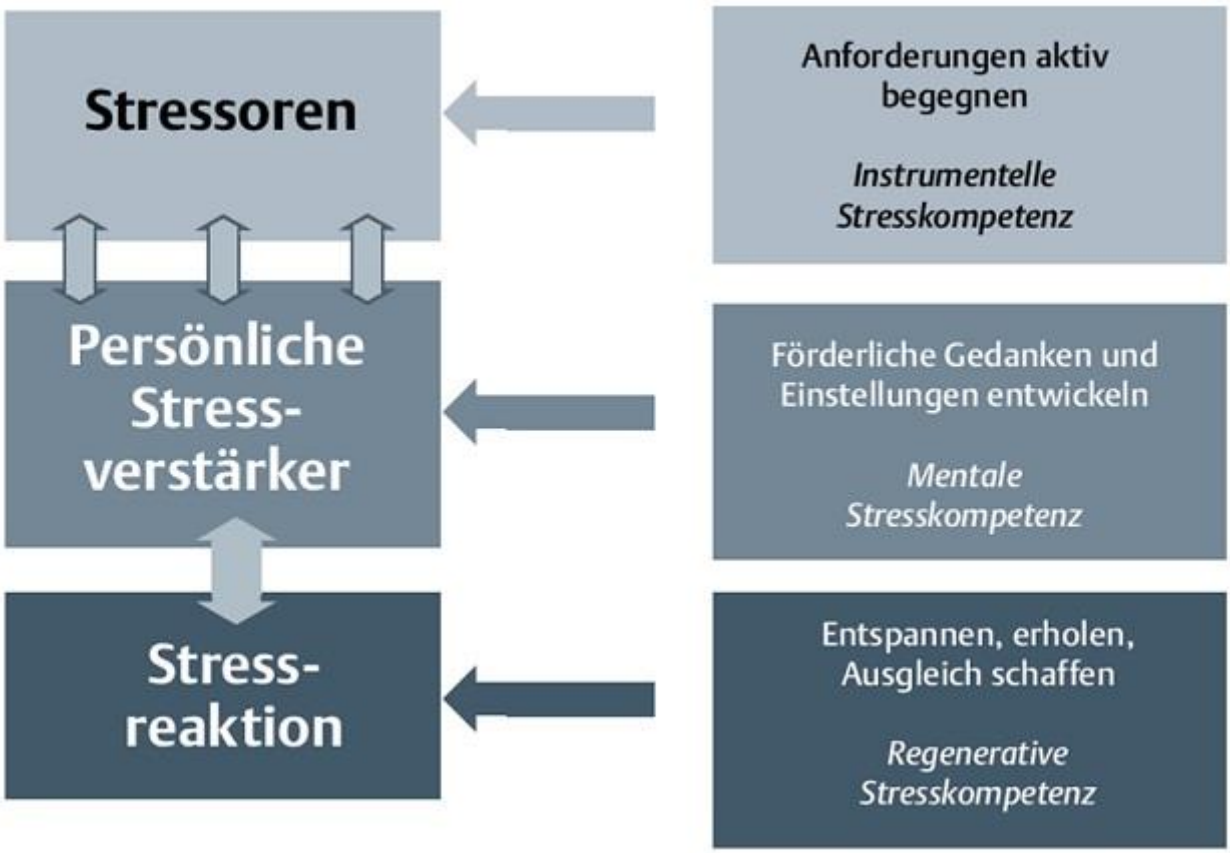


Abb. 3: Ansatzpunkte und 3 Hauptwege der individuellen Stressbewältigung (aus: Kaluza 2014, 262)

Es wurde in der so genannten Bewältigungsforschung viel forscherische Energie darauf verwendet, Methoden des „guten“ und „richtigen“ Copings herauszufinden. Auch galt das instrumentelle Coping gegenüber den emotionsbezogenen Strategien als zielführender und somit überlegen. Inzwischen herrscht jedoch weitgehend Übereinstimmung, dass nicht die Art einzelner Strategien ausschlaggebend ist für erfolgreiche Stressbewältigung. Vielmehr gelingt diese v.a. Personen, die über ein breites Repertoire an Copingstrategien verfügen und diese situationsangemessen flexibel einsetzen können.

Die erforderliche Flexibilität ist abhängig vom Grad der persönlichen und sozialen Ressourcen, d.h. vom Ausmaß aller Kräfte und Mittel, die eine Person in sich und in ihrer Umwelt aktivieren kann. Die Aktivierung dient dazu, mit Belastungen fertig zu werden, Konflikte zu lösen und letztlich die eigene Gesundheit zu erhalten oder wiederherzustellen. Es kommt darauf an, über welche Handlungskompetenzen eine Person aktiv verfügt und auf welche Problemlösungsangebote bzw. Schutzfaktoren sie in ihrer sozialen Umwelt zugreifen kann. Erfolgreiche Bewältigungsstrategien sind gesundheitliche Ressourcen.

Copingversuche können jedoch auch destruktiv sein und somit selbst zu Krankheitsvorläufern werden. Ein exemplarisches Beispiel hierfür ist die Betäubung von Inkompetenzerlebnissen durch Konsum und Missbrauch von Alkohol, Medikamenten und Drogen. Diese Gefahr ist umso größer, je weniger Ressourcen einer Person zur Verfügung stehen, da sie immer wieder Reize als Stressoren erlebt, die ihre Bewältigungsmöglichkeiten überfordern. Wirksame Stressprävention muss somit darauf ausgerichtet sein, dass junge Menschen in ihrer Entwicklung Fertigkeiten und Strategien erlernen, mit den ihnen gestellten Aufgaben und Belastungen erfolgreich umzugehen.

Erklärungsmodelle: Das derzeit wichtigste multifaktorielle bio-psychosoziale Erklärungsmodell ist das Vulnerabilitäts-Stress-Coping-Modell. In den 1970er Jahren wurden in der Klinischen Psychologie und der Psychiatrie zunächst Vorstellungen eines Diathese- bzw. Vulnerabilitäts-Stress-Modells entwickelt. Diese beruhten auf der Hypothese, dass es bereits lange vor Ausbruch einer (psychischen) Erkrankung durch genetische bzw. entwicklungsbiologische Faktoren zu neuropathologischen und/oder biochemischen Veränderungen im Gehirn kommt. Damit bestünde eine grundlegende „Verletzbarkeit“ (Diathese, Vulnerabilität), beispielsweise für die Entstehung affektiver Störungen aus dem depressiven und/oder schizophrenen Formenkreis. Die Vulnerabilität allein reicht aber nicht für die Auslösung der manifesten Erkrankung aus. Zusätzlich müssen starke und in der Regel dauerhafte Umweltfaktoren (= Stress) wirksam werden, die das Gehirn belasten. Erst wenn die Kompensationsmechanismen des schon vorgeschädigten Gehirns nicht mehr ausreichen, um die Erkrankung zu verhindern, kommt es zum Ausbruch der Erkrankung.

In den 1980er Jahren wurde das Modell um interne und externe protektive Faktoren erweitert und in das *Vulnerabilitäts-Stress-Coping-Konzept* überführt. Vulnerabilität ist eine spezifische Disposition, entstanden auf Grundlage eines Sets an genetischen Faktoren oder intrauterinen Schädigungen in Wechselwirkung mit biologischen Risikofaktoren (ZNS-Entzündungen oder -Traumen in Kindheit oder Jugend) und psychosozialen Faktoren (familiäre Kommunikationsmuster, Entwicklungsstörungen des Selbst). Die Disposition bewirkt eine veränderte Erlebnisverarbeitung. Unter akut massiver oder chronisch multipler Einwirkung von Stressoren kann es dann zu einer psychischen Dekompensation mit klinischer Symptomatik und weiteren gravierenden psychosozialen Konsequenzen kommen (s. Abb. 4).

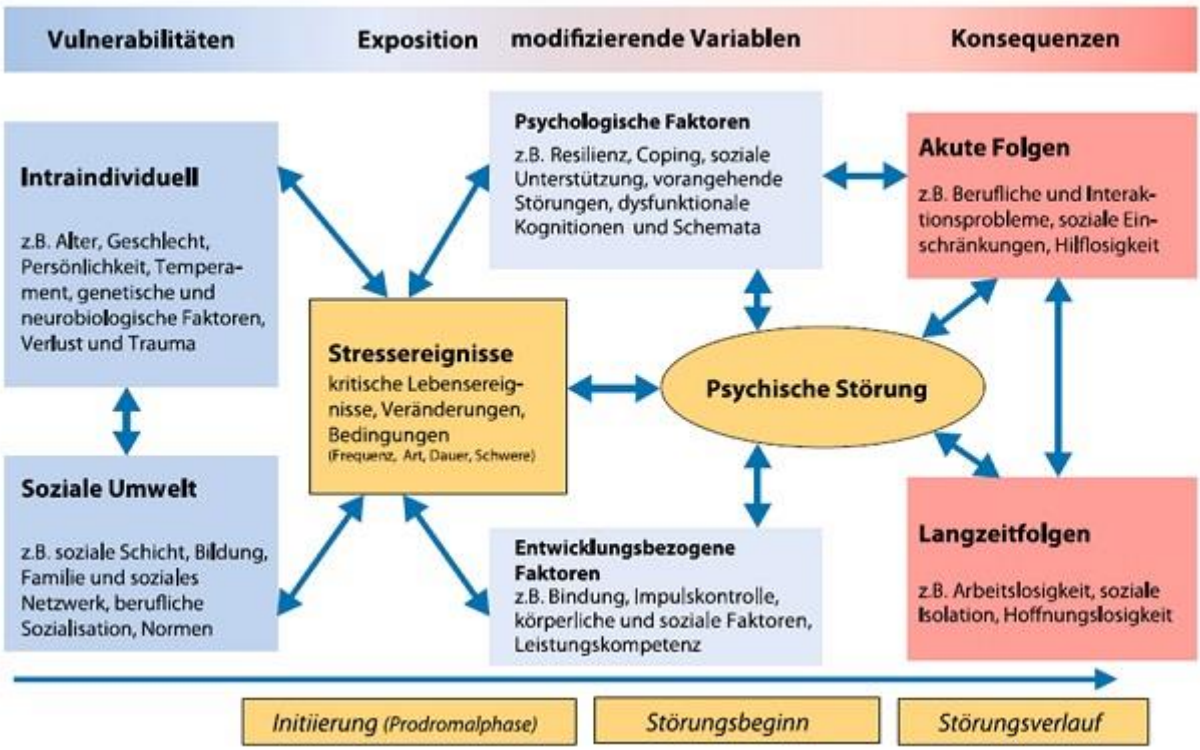


Abb. 4: Vulnerabilitäts-Stress-Modell psychischer Störungen (aus: Wittchen/Hoyer 2011, 21)

Zurzeit gelten als aussagekräftigste Modelle: auf psychologischer Grundlage das > Systemische Anforderungs-Ressourcen-Modell von Becker; als soziologisch fundierte Modelle das Anforderungs-Kontroll-Modell nach Karasek sowie das Modell beruflicher Gratifikationskrisen nach Siegrist. *Soziologische Modelle fokussieren Risikobedingungen und Erkrankungsrisiken in der Arbeitswelt*: Im Anforderungs-Kontroll-Modell entsteht Stress bei fehlender Balance zwischen den Anforderungen durch und den Kontrollmöglichkeiten über die Tätigkeit. Je höher die Anforderungen und je geringer die Kontrollmöglichkeiten sind, umso größer ist der Stress. Mangelnder sozialer Rückhalt verschärft das stressbedingte Risiko zusätzlich. Das Modell der beruflichen Gratifikationskrisen basiert auf der Annahme, dass zwischenmenschlicher Austausch durch reziprokes Geben und Nehmen normiert ist, und dass diese Norm auch eine grundlegende Bedingung in der Arbeitswelt ist. Erhalten Arbeitnehmerinnen und -nehmer für das, was sie leisten, nicht einen adäquaten Ausgleich in Form von gerechtem Lohn, Arbeitsplatzsicherheit und Anerkennung, so kommt es zu starken negativen Emotionen und damit fortgesetzten Stressreaktionen. Krisenhaft mit negativen Gesundheitsfolgen wird diese Konstellation, wenn eine fortgesetzt hohe Verausgabung ohne angemessene Gratifikation bleibt („hohe Kosten + niedriger Gewinn = Gratifikationskrise“).

Thoits fasste 2010 die Ergebnisse der soziologischen Forschung zu Stress und Gesundheit in fünf Kernthesen zusammen: „First, when stressors (negative events, chronic strains, and traumas) are measured comprehensively, their damaging impacts on physical and mental

health are substantial. Second, differential exposure to stressful experiences is a primary way that gender, racial-ethnic, marital status, and social class inequalities in physical and mental health are produced. Third, minority group members are additionally harmed by discrimination stress. Fourth, stressors proliferate over the life course and across generations, widening health gaps between advantaged and disadvantaged group members. Fifth, the impacts of stressors on health and well-being are reduced when persons have high levels of mastery, self-esteem, and/or social support."

Stress und Gesundheit/Krankheit: Der Stressprozess ist ein unspezifisch wirkender Co-Faktor bei der Entstehung zahlreicher Krankheiten, vornehmlich Herz-Kreislauf-Erkrankungen, bösartige Neubildungen, Depressionen und Abhängigkeiten. Ausgehend davon, dass Stress direkten Einfluss auf den Organismus hat, wird als ein Haupteffekt nicht abgebaute Erregung angenommen. Da Menschen heute oft aufgebaute Erregung nicht motorisch abführen können, kommt es zu einer Dauererregung. Entspannung wird unmöglich, und die durch das hohe Erregungsniveau ausgelösten physiologischen Reaktionen führen letztendlich zu körperlichen Schädigungen.

Werden Belastungsphasen nicht von Phasen der Entspannung und der Erholung unterbrochen, in denen der Körper sich wieder regenerieren kann, so passt er sich an ein Leben mit der chronischen Belastung an. Doch ist diese Ausdehnung des Widerstandsstadiums nicht unbegrenzt möglich, und schließlich bricht der Organismus erschöpft zusammen. In diesem Erschöpfungsstadium kann es zu ernsthaften Organerkrankungen kommen. Hinzu kommt, dass der Organismus bei einem über lange Zeit aufrecht erhaltenen erhöhten Widerstandsniveau seine natürliche Fähigkeit zur Selbstregulation verliert und auch in Phasen minderer Belastung nicht mehr auf ein normales Ruheniveau zurückkehren kann.

Ein weiterer wichtiger Faktor ist die *durch andauernden Stress geschwächte Immunkompetenz*. Während kurzfristige, akute Belastungen das Immunsystem durchaus positiv stimulieren können, scheinen chronische Belastungen zu einer Abschwächung immunologischer Abwehr zu führen. Eher indirekt von Bedeutung sind auch Faktoren wie genetische Prädispositionen, Persönlichkeitsvariablen, frühere Erfahrungen, kognitive Variablen, individueller Lebensstil und die sozioökonomische Situation (s.u.) für die gesundheitlichen Auswirkungen des Stresses. Denn sie beeinflussen sowohl die Art und Häufigkeit des Auftretens von Stressoren als auch deren subjektive Bewertung und dementsprechend auch die gesundheitlichen Effekte. Schließlich zählt auch das Gesundheitsverhalten zu den indirekten Einflussvariablen: Da Menschen in Belastungssituationen dazu tendieren, gesundheitsschädliche Verhaltensweisen wie Rauchen, Alkoholkonsum oder ungesunde Ernährung anzunehmen, vermindern diese sogenannten **Risikoverhaltensweisen** längerfristig die allgemeine Belastbarkeit und tragen zu einer rascheren Erschöpfung der Widerstandskräfte bei.

Stress und gesundheitliche Ungleichheiten: Die American Psychological Association (APA) legte 2017 einen Bericht zu „Stress and Health Disparities“ vor. Der Report fasst die wissenschaftlich belegten Zusammenhänge und Wirkmechanismen von soziostrukturellen, ökonomischen und ethnisch-kulturellen Disparitäten und Diskriminierungen für den Stressprozess und dessen Folgeerkrankungen - mit Schwerpunkt auf Studien in den USA - zusammen.

Disparitäten bei Stressexpositionen: „Personen mit niedrigem (vs. hohem) SES sowie schwarze und in den USA geborene Hispanoamerikaner (im Vergleich zu Weißen) berichten von einem höheren Stressniveau. Mitglieder von rassischen und ethnischen Minderheiten berichten von einer stärkeren Diskriminierung, sie erleben stärkere Exposition gegenüber spezifischen objektiven Bedrohungen der Sicherheit und der finanziellen Sicherheit (Gewalt; Hindernisse für den beruflichen Aufstieg) sowie einen strukturell erschwerten Zugang zu einer breiten Palette persönlicher, sozialer, pädagogischer und materieller Ressourcen während der gesamten Lebensdauer. Für Schwarze, Hispanoamerikaner und Ureinwohner verschärft die Benachteiligung der Nachbarschaft über die gesamte Lebensspanne die Armut auf individueller Ebene. Ohne ausreichende Ressourcen sind schon geringe Anforderungen stressiger.“ (APA 2017, 1)

Bio-psycho-soziale Mechanismen der Verbindung von Stress und Gesundheit/Krankheit: „Stressoren im Zusammenhang mit sozialen und wirtschaftlichen Nachteilen haben nachweisbare Auswirkungen auf ein breites Spektrum von psychologischen, neurobiologischen, physiologischen und Verhaltensprozessen im Zusammenhang mit der Gesundheit. Auf psychologischer Ebene haben diese Stressoren Folgen für das Denken und Fühlen des Einzelnen über sich selbst und andere, wodurch neue Bedrohungen entstehen können. Diese erhöhen die Einschätzung der Bedrohung und untergraben die persönlichen Ressourcen, die zur Reaktion auf die Bedrohungen erforderlich sind. Auf neurobiologischer Ebene können Stressoren, die mit Nachteilen verbunden sind, die Entwicklung jener Gehirnstrukturen und -prozesse beeinflussen, die für eine effektive Selbstregulation und Stressbewältigung notwendig sind. Auf physiologischer Ebene lösen Bedrohungsbewertungen eine Aktivierung des neuroendokrinen, immunologischen und autonomen Systems im gesamten Körper aus. Häufige, intensive oder anhaltende Aktivierung dieser Systeme kann ihre Selbstregulationsfähigkeiten verändern, was zu Beeinträchtigungen bei der Stressbewältigung, einschließlich nennenswerter Schlafstörungen, führen kann. Auf der Verhaltensebene können Stressoren und ihre nachgelagerten Auswirkungen auf psychobiologische Stresssysteme auch das Gesundheitsverhalten beeinflussen und insbesondere Übergewicht und Substanzkonsum fördern. Prozesse auf einer Ebene beeinflussen diese auf einer anderen, was die Auswirkungen von Stress potenziell verschlimmern oder verlängern kann.“ (APA 2017, 2 - beide Zitate gekürzt und in eigener Übersetzung)

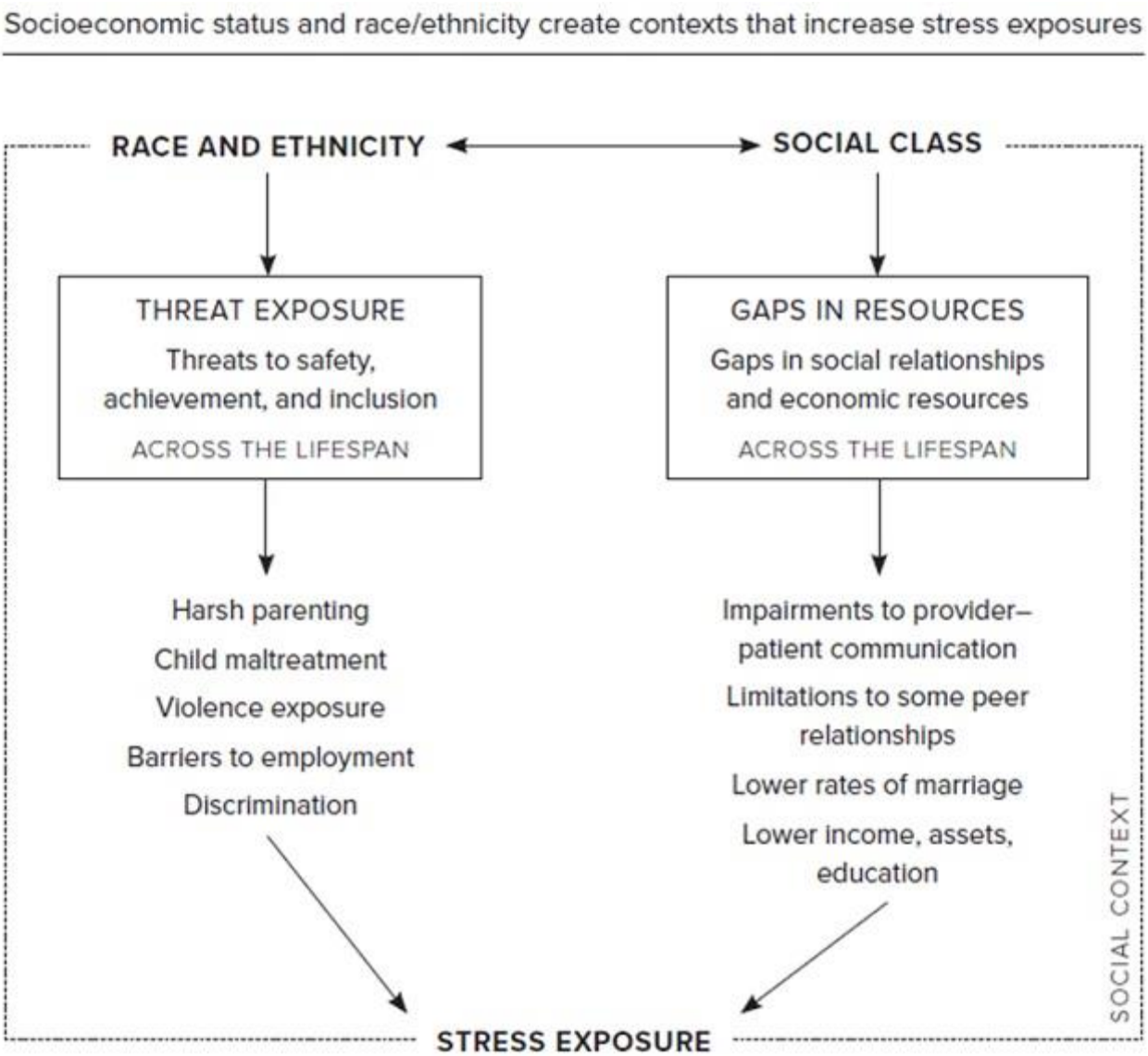


Abb. 5: "Sozio-ökonomischer Status und Ethnizität erzeugen Kontexte, die die Stress-Exposition erhöhen" (aus: APA 2017, 11)

Das in Abb. 5 vorgestellte Modell illustriert die Kernthese der APA-Recherchen; Stress ist ein entscheidender „Treiber von Ungleichheiten im Gesundheitswesen". Die gesammelten Erkenntnisse legen nahe, dass - zumindest für definierte vulnerable Populationen, hier am Beispiel der USA - soziale Determinanten und Ungleichheiten nicht länger nur als indirekte, vielmehr auch als direkte Einflussvariablen anzusehen sind. Dementsprechend sind auch alle präventiven Interventionen nie ohne expliziten Schwerpunkt auf eine gefährdende Lebenslagen ins Ziel nehmende und verändernde Verhältnisprävention anzulegen.

Bedeutung und Reichweite: Die Belastungs-Bewältigungs-Perspektive hat einen zentralen wissenschaftlichen Wert für die Gesundheitsförderung. Sie lenkt die Aufmerksamkeit auf das Wechselspiel von (negativen) Belastungen, ihrem subjektiv wahrgenommenen Ausmaß, der persönlichen Einschätzung von Bewältigungsmöglichkeiten und den jeweils vor-

handenen bzw. eingeschränkten Ressourcen von Menschen. Wichtige Variablen in diesem interaktiven, transaktionalen Prozess sind die jeweilige **Lebenslage** und die persönliche **Lebensweise**. Die Perspektive auf Belastung und Bewältigung gibt dem Handlungskonzept Gesundheitsförderung eine interdisziplinäre wissenschaftliche Fundierung. Waller wertet das Stress-(Vulnerabilitäts-)Coping-Modell als grundlegende theoretische Basis der Tätigkeit aller psychosozialen Berufe im Gesundheitswesen.

Menschen können nur dann ein „psychosoziales Immunsystem" entwickeln, wenn sie im Rahmen sozialer Unterstützung zu konstruktiven Bewältigungsstilen gegenüber Belastungen fähig sind bzw. befähigt werden. Die Modelle zur Stressbewältigung weisen auf die Chancen der Gesundheitsförderung hin, Menschen zu ermutigen und zu befähigen, Probleme und Alltagsbelastungen eigenständig zu bewältigen. Der aktiv handelnde Mensch wird herausgestellt. Durch Gesundheitsförderung sollen und können Betroffene befähigt werden, zielgerichtet die Erhaltung und Verbesserung ihrer Gesundheit in Angriff zu nehmen. Als Praxisstrategien dienen dazu sowohl die persönliche **Kompetenzförderung** und -erweiterung als auch der Aufbau und die Intensivierung von Netzwerken der > sozialen Unterstützung.

Eine Einschränkung ist allerdings unvermeidlich, wie nicht zuletzt der zuvor ausführlich zitierte 2017er APA-Report nahelegt. Ob die Bewältigung dauerhaft gelingt, hängt nicht allein von der Steigerung persönlicher und gemeinschaftlicher Bewältigungsmöglichkeiten ab. Art, Intensität und Pathogenität von Belastungen werden entscheidend von der strukturellen Lebenslage jedes Menschen mit bestimmt. Die Lebenslage, d.h., die Position von Menschen in den Systemen sozialer Stratifizierung, reguliert die Wahrscheinlichkeit des Auftretens, die Wahrnehmung von Belastungen, ihre Bewertung und das Ausmaß der erfolgreichen Bewältigung in erheblichem Maße.

Ohne eine Orientierung auf strukturelle **Determinanten von Gesundheit** (v.a. sozioökonomischer Status, Gender, Ethnie/Kultur, Alter, Partnerschaftsstatus) bleiben Stressentstehung, -erleben und -bewältigung nur teilweise erklärt. Insbesondere bei **sozialer Ungleichheit** und Benachteiligung, bei sozial, kulturell und genderbedingten gesundheitlichen Disparitäten, sind Förderungs- oder Erziehungsmaßnahmen, die allein auf das Individuum zielen, für sich allein wenig Erfolg versprechend. Gleichwohl bleiben alle Interventionen zur Förderung von Bewältigungsmöglichkeiten und sozialer Unterstützung für die Gesundheitsförderung unverzichtbar: als komplementäre Angebote zu strukturellen Änderungen ebenso wie als direkte Hilfen für Menschen, die mit akuten Lebenskrisen konfrontiert sind oder unter chronischen persönlichen, familiären oder Arbeitsbelastungen leiden.

Literatur:

APA American Psychological Association, Stress and Health Disparities Report - Contexts, mechanisms and interventions among racial/ethnic minority and low socioeconomic status populations. APA 2017 - online: http://www.apa.org/pi/health-disparities/resources/stress-report.aspx>

Blättner B/Waller H, Gesundheitswissenschaften, Stuttgart 2011, 5. überarb. Aufl. (6. überarb. Aufl. im Erscheinen 2018);

Cooper CL/Quick JC (eds), The Handbook of Stress and Health: A Guide to Research and Practice. Wiley Online Library 2017;

Faltermaier T, Gesundheitspsychologie, Stuttgart 2017, 2. Aufl., 86-125 (Kap. 4.1: Stressbedingungen und Krankheit);

Filipp SH/Aymanns P, Kritische Lebensereignisse und Lebenskrisen, Stuttgart 2010;

Franke A, Modelle von Gesundheit und Krankheit, Bern 2012, 2. Aufl.;

Heinrichs M/Stächele T/Domes G, Stress und Stressbewältigung (Fortschritte der Psychotherapie / Manuale für die Praxis), Hogrefe 2015;

Kaluza G, Stress und Stressbewältigung. In: Erfahrungsheilkunde, 2014, 63, 261-266 (online: http://dx.doi.org// 10.1055/s-0033-1357714);

Kaluza G, Stressbewältigung: Trainingsmanual zur psychologischen Gesundheitsförderung (Psychotherapie: Praxis), Berlin Heidelberg 2018, 4. Aufl.;

Siegrist J/Dragano N, Psychosoziale Belastungen und Erkrankungsrisiken im Erwerbsleben, in: Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 51, 2008, 305-312;

Thoits PA, Stress and Health: Major Findings and Policy Implications, in: Journal of Health and Social Behavior, 2010 (51), S41-S53;

Wittchen H-U/Hoyer J, Was ist Klinische Psychologie? Definitionen, Konzepte und Modelle. In: dies. (Hg.), Klinische Psychologie & Psychotherapie, Berlin Heidelberg 2011, 3-25

Internetadressen:

http://www.apa.org/helpcenter/stress.aspx **(**American Psychological Association)

Verweise:

Biomedizinische Perspektive**,** Determinanten von Gesundheit**,** Lebenskompetenzen und Kompetenzförderung**,** Lebenslagen und Lebensphasen**,** Lebensweisen / Lebensstile**,** Psychosomatische Perspektive**,** Risikofaktoren und Risikofaktorenmodell**,** Salutogenetische Perspektive**,** Soziale Ungleichheit und Gesundheit/Krankheit**,** Soziologische Perspektiven auf Gesundheit und Krankheit

Subjektive Gesundheit: Alltagskonzepte von Gesundheit

Toni Faltermaier

(letzte Aktualisierung am 19.10.2015)

Gesundheit ist ein im Alltag und von Expertinnen und Experten umfassend verwendeter, aber wissenschaftlich schwer fassbarer Begriff. Er bezieht sich zum einen auf *objektive* Phänomene, die weitgehend über einen medizinisch-naturwissenschaftlichen Zugang zum Organismus und seinen Störungen erschlossen werden. Zum anderen stellt die Gesundheit aber immer auch ein *subjektives* Phänomen dar, weil es von Menschen wahrnehmbar und erlebbar ist, negativ etwa in Form von körperlichen Einschränkungen und Leiden, positiv in Form von körperlichem und psychischem Wohlbefinden. Gesundheit wird zwar vielfach als Gegenbegriff zu Krankheit verstanden, lässt sich aber nicht auf die Abwesenheit von Krankheit reduzieren. Gerade in der Tradition der WHO und der Ottawa-Charta der Gesundheitsförderung wurde explizit ein positiver Gesundheitsbegriff formuliert, der sich auf körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden bezieht; Gesundheit wird auf einer körperlichen, psychischen und sozialen Dimension verortet, die nur subjektiv bestimmbar ist.

Gesundheit ist zwar vom Individuum erlebbar, sie ist aber keineswegs nur ein individuelles Phänomen; sie wird nicht nur subjektiv hergestellt, sondern auch *sozial* bestimmt. Historisch gesehen sind unsere Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit im ständigen Wandel; sie unterscheiden sich nicht nur zwischen verschiedenen historischen Epochen (vom Mittelalter bis zur Neuzeit), sondern auch zwischen verschiedenen Kulturen. In jeder Gesellschaft wird Gesundheit auch normativ gefasst, Gesundheit stellt eine auch sozial bestimmte Norm dar und Krankheit ist als Abweichung von der Norm nicht nur medizinisch definiert, sondern auch sozial. Die Gesundheit der Mitglieder einer Gesellschaft wird auch über ihre Funktionalität für das soziale System bestimmt: Der Medizinsoziologe Talcott Parsons definiert Gesundheit als Arbeits- und Leistungsfähigkeit zur Erfüllung der gesellschaftlich vorgegebenen Aufgaben und Rollen. Die Aufrechterhaltung der Gesundheit der Bevölkerung muss somit auch als eine zentrale gesellschaftliche Aufgabe verstanden werden, die heute durch ein ausdifferenziertes professionelles Gesundheitssystem mit entsprechenden sozialen Rollen (Arzt/Ärztin, Patient/Patientin) erfüllt werden soll.

Gesundheit wird aber nicht nur von Expertinnen und Experten bestimmt und bearbeitet, sondern auch ganz wesentlich im Alltag hergestellt. Menschen haben in ihrer Sozialisation

und durch eigene Erfahrungen vielfältige Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit sowie entsprechende Kompetenzen entwickelt, die ihren Umgang mit Gesundheit und Krankheit bestimmen. Das *„Laiengesundheitssystem“* wirkt versteckt im Alltag und wurde wissenschaftlich gegenüber dem professionellen System lange Zeit übersehen (**Selbsthilfe**); es erbringt aber umfangreiche und nicht ersetzbare Leistungen zur Erhaltung der Gesundheit der Bevölkerung. Laien tragen im Alltag individuell und sozial abgestimmt zur Aufrechterhaltung ihrer Gesundheit bei, ohne dabei Kontakt zum professionellen System zu haben; sie sind vielfältig aktiv, um Krankheiten zu vermeiden, sie in ihrer Frühphase zu erkennen und selbst zu behandeln, und sie unterstützen, versorgen und pflegen kranke Menschen in ihrem Umfeld. Das Laiensystem arbeitet auf der Basis eines Alltagswissens und Systems an Vorstellungen, das zwar vielfach von Expertinnen und Experten beeinflusst werden kann, aber sich wesentlich eigenständig entwickelt.

Insbesondere die sozialwissenschaftliche Gesundheitsforschung hat seit den 1970er-Jahren die *Alltagskonzepte von Gesundheit und Krankheit* umfassend untersucht, durch qualitative und quantitative Studien in vielen Ländern und Kulturen. Eine erste klassische Studie wurde 1973 von der französischen Sozialpsychologin Claudine Herzlich zu den sozialen Repräsentationen von Gesundheit und Krankheit durchgeführt. Viele Untersuchungen zu den subjektiven Gesundheitskonzepten folgten insbesondere in den europäischen Ländern (Großbritannien, Frankreich, Deutschland), sodass heute eine solide *Erkenntnisbasis* vorliegt:

- Gesundheit wird von Laien sowohl positiv als auch negativ bestimmt; repräsentative Studien zeigen, dass positive Definitionen der eigenen Gesundheit deutlich häufiger vorkommen als negative, die am meisten verbreitete Kategorie scheint psychisches Wohlbefinden zu sein.
- Gesundheit wird von Laien auf einer körperlichen, psychischen und sozialen Ebene beschrieben, vielfach sogar auf mehreren Ebenen gleichzeitig.
- Positive Bestimmungen von Gesundheit umfassen zum einen das eigene Befinden, das als psychisches Wohlbefinden (innere Ausgeglichenheit und Ruhe, Lebensfreude und Zufriedenheit) oder körperliches Wohlbefinden, als innere Kraft und Stärke sowie als umfassendes seelisches Gleichgewicht oder soziale Harmonie beschrieben wird. Zum anderen wird Gesundheit als Aktionspotenzial verstanden, das sich als Reservoir an Energie (körperlich, geistig, auch als Widerstandskraft gegenüber schädlichen Einflüssen), als (körperliche oder geistige) Leistungsfähigkeit oder als grundlegende Handlungsfähigkeit (z.B. am Morgen gut aufstehen zu können) ausdrücken kann.
- Negative Bestimmungen von Gesundheit beziehen sich zum einen auf die Abwesenheit einer Krankheit („Schweigen der Organe“), zum anderen auf ein

geringes Maß an (körperlichen oder psychischen) Beschwerden, Schmerzen oder Problemen.

- Die Frage, ob sich Alltagskonzepte nach der sozialen Schicht und nach dem Geschlecht unterscheiden, lässt sich nicht eindeutig beantworten, weil dazu zu wenige repräsentative Untersuchungen vorliegen. Tendenziell scheinen aber Frauen differenziertere Gesundheitskonzepte zu vertreten, die mehr die psychische Dimension betonen, während Männer stärker die Leistungsfähigkeit hervorheben. In den mittleren und höheren sozialen Schichten werden eher positive Definitionen von Gesundheit gegeben, während in unteren Statusgruppen mehr negative und instrumentelle Bestimmungen erfolgen.
- Kranke Menschen (z.B. Herzinfarktpatienten und -patientinnen) scheinen ähnliche Konzepte von Gesundheit zu haben wie gesunde, auch bei ihnen dominiert das psychische Wohlbefinden als Kategorie.

Biografisch orientierte Untersuchungen zeigen, dass Laien nicht nur inhaltlich differenzierte Konzepte von Gesundheit formulieren, sondern diese auch mit einer Veränderungsdynamik verbinden. So konnten Faltermaier et al (1998) in qualitativen Interviews mit Berufstätigen vier *dynamische* Typen von Gesundheitskonzepten rekonstruieren:

- On-off-Dynamik: Es gibt nur zwei alternative Zustände: Gesundheit oder Krankheit. Beim Eintreten einer Krankheit geht automatisch und übergangslos die Gesundheit verloren, und umgekehrt.
- Reduktionsprozess: Gesundheit stellt sich zu Beginn des Lebens als maximales Potential dar, das im Laufe des Lebens in einem kontinuierlichen Prozess durch unterschiedliche Einflüsse (Alter, Krankheit, Risiken etc.) mehr oder weniger schnell abnehmen kann.
- Regenerationsprozess: Gesundheit kann als Potential im Laufe des Lebens abnehmen, sie kann sich aber auch unter günstigen Umständen wieder auffüllen.
- Expansionsprozess: Gesundheit kann sich unter sehr günstigen Umständen sogar erweitern, sie ist kein begrenztes Potenzial.

Obwohl sich ein Großteil der Forschung auf die Gesundheitskonzepte von Erwachsenen konzentriert hat, so haben wir doch auch Erkenntnisse, wie sich bei *Kindern und Jugendlichen* die Konzepte von Krankheit und Gesundheit entwickeln. Während Kinder im Grundschulalter Gesundheit eher negativ von Krankheit abgrenzen, werden die Gesundheitskonzepte im Jugendalter differenzierter und enthalten zunehmend positive Bestimmungen von Gesundheit, die dann auch stärker die psychische Ebene einbeziehen.

Neben den beschriebenen subjektiven Konzepten von Gesundheit sind bei Laien auch Vorstellungen untersucht worden, die als *subjektive Theorien von Gesundheit und Krankheit*

bezeichnet werden. Sie umfassen - analog zu wissenschaftlichen Theorien - Ideen oder Überzeugungen darüber, welche positiven oder negativen Einflüsse auf die eigene Gesundheit möglich sind und wie diese zusammenwirken. In der genannten Untersuchung von Faltermaier et al wurden aus qualitativ-biografischen Interviews mit berufstätigen Erwachsenen vier *Typen von Gesundheitstheorien* (**Theorien und Modelle I-IV**) rekonstruiert:

- Bei Risikotheorien nehmen die Menschen an, dass ihre Gesundheit im Wesentlichen durch Risiken gefährdet wird, entweder durch bestimmte externe Risiken, Belastungen oder Schadstoffe (am Arbeitsplatz, in der Umwelt) oder durch ihr eigenes riskantes Verhalten oder ihre Lebensweise (Rauchen, Alkoholkonsum, ungesunde Ernährung) (**Risikofaktoren**).
- In Ressourcentheorien wird der hauptsächliche Einfluss auf die eigene Gesundheit in der Verfügbarkeit über interne oder externe Ressourcen gesehen: Sind Ressourcen in der eigenen Disposition (körperliche Robustheit oder starke Persönlichkeit), in der Lebensweise (befriedigende Arbeit) oder in der sozialen Umwelt (gute und unterstützende Beziehungen) vorhanden, dann kann die Gesundheit erhalten werden. Gehen Ressourcen verloren oder werden sie geschwächt, dann wird die Gesundheit gefährdet.
- Ausgleichs- und Balancetheorien sehen eine Wechselwirkung zwischen Risiken und den Möglichkeiten, sie ausgleichen oder kompensieren zu können. Belastende Arbeitsbedingungen stellen hier nicht nur Risiken dar, sondern sie können z.B. durch geeigneten Ausgleich in der Freizeit oder durch eine gute familiäre Unterstützung ausgeglichen werden. Oder es besteht die Vorstellung, dass Gesundheit nur durch eine Balance von körperlichen, psychischen und sozialen Kräften herzustellen ist, d.h. jede Person muss ihr Gleichgewicht finden zwischen den Anforderungen, Bedürfnissen und Möglichkeiten auf allen drei Ebenen.
- Schicksalstheorien nehmen an, dass die Gesundheit dann verloren geht, wenn eine Krankheit bedingt durch Alter oder Schicksal oder Zufall eintritt.

Ein umfangreiches Forschungsfeld beschäftigt sich mit den Alltagstheorien bei spezifischen Krankheiten (Krebs, Herzinfarkt, Aids). Hier werden insbesondere kranke Menschen danach untersucht, welche Ursachen sie ihrer Krankheit zuschreiben, aber auch, welche Annahmen sie über Heilungsmöglichkeiten sowie die Folgen ihrer Krankheit haben.

Bedeutung von Alltagskonzepten für die Gesundheitsförderung. Die Alltagsvorstellungen von Gesundheit und Krankheit werden insbesondere deshalb untersucht, weil sie als wesentliche Bedingungen des **Gesundheitshandelns** gelten. Das gilt für den Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung, aber auch für den Umgang mit Krankheit. Wenn Professionelle Maßnahmen der Gesundheitsförderung planen, dann müssen sie die Menschen dort

abholen, wo sie stehen. Das heißt, sie sollten ihre Alltagskonzepte von Gesundheit und Krankheit kennen und verstehen sowie ihre bereits im Laiensystem etablierten Aktivitäten und ihre verfügbaren Kompetenzen und Ressourcen berücksichtigen, bevor sie intervenieren. So wurden z.B. in einem Projekt die Gesundheitsvorstellungen von alleinerziehenden Frauen in einer Analyse ihrer gesundheitlichen Bedürfnisse und Probleme erhoben und es wurde auf dieser Basis ein Ansatz der Gesundheitsförderung aufgebaut. Wenn Expertinnen und Experten in der Gesundheitsförderung die Zielgruppen am Veränderungsprozess beteiligen und über ein **„Empowerment“** nachhaltige Wirkungen erzielen wollen, dann müssen sie an ihren Vorstellungen ansetzen, ihre Handlungskompetenzen berücksichtigen und erweitern. In der Interaktion zwischen Expertinnen/Experten und Zielgruppen sollte das Alltagswissen sichtbar gemacht werden und nicht ignoriert oder entwertet. Nur so wird ein dialogischer Prozess der Veränderung möglich sein.

Literatur:

Faltermaier T, Gesundheitspsychologie, 2. überarb. und erw Aufl., Kohlhammer, Stuttgart 2016.

Faltermaier T, Subjektive Konzepte und Theorien von Gesundheit und Krankheit, in: Schwarzer R (Hg.), Gesundheitspsychologie. Enzyklopädie der Psychologie C/X/1, Hogrefe, Göttingen 2005, S. 31-53;

Faltermaier T, Gesundheit: Körperliche, psychische und soziale Dimensionen, in: Bengel J/Jerusalem M (Hg.), Handbuch der Gesundheitspsychologie und Medizinischen Psychologie, Handbuch der Psychologie, Band 12, Hogrefe, Göttingen 2009, S. 46-57;

Faltermaier T/Brütt AL, Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen: Bedeutung für Forschung und Praxis, in: Hoefert HW/Brähler E (Hg.), Krankheitsvorstellungen von Patienten - Herausforderung für Medizin und Psychotherapie, Pabst Science Publ., Lengerich 2013, S. 59-72;

Faltermaier T/Kühnlein I/Burda-Viering M, Gesundheit im Alltag. Laienkompetenz in Gesundheitshandeln und Gesundheitsförderung, Juventa, Weinheim 1998;

Flick U (Hg.), Wann fühlen wir uns gesund? Juventa, Weinheim 1998;

Faltermaier T/Wihofszky P, Partizipation in der Gesundheitsförderung: Salutogenese - Subjekt - Lebenswelt, in Rosenbrock R/Hartung S (Hg.), Handbuch Partizipation und Gesundheit, Huber, Bern 2012, S. 102-113.

Verweise:

Empowerment/Befähigung, Gesundheitsverhalten, Krankheitsverhalten, Gesundheitshandeln, Risikofaktoren und Risikofaktorenmodell, Selbsthilfe, Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeförderung, Theorie des geplanten Verhaltens (Erklärungs- und Veränderungsmodelle I)

Systemische Perspektive in der Gesundheitsförderung

Eberhard Göpel

(letzte Aktualisierung am 24.04.2015)

Der Begriff *System* (von griech. systema: „das Zusammengestellte") beschreibt einen geordneten Funktionszusammenhang von Dingen und Vorgängen in einer ganzheitlichen Betrachtung.

Die Elemente oder Teilfunktionen eines Systems stehen in wechselseitiger Abhängigkeit, ihre Beziehungen untereinander weisen eine beobachtbare Struktur und Kontinuität auf. Je nach Funktionsgrundlage werden natürliche, technische und soziale Systeme unterschieden. Natürliche, lebende Systeme weisen eine hohe interne Komplexität auf, die ein „Eigenleben" der Individuen gegenüber den jeweiligen ökologischen und sozialen Umwelteinflüssen unterstützt.

Das Konzept einer allgemeinen Systemtheorie lebender Organismen wurde in den 1930er-Jahren im Bereich der Biologie entwickelt (von Bertalanffy und von Ueküll). Eine *biologisch begründete Evolutionslehre* untersucht in diesem Zusammenhang, wie sich im natürlichen Verlauf der Evolution komplexere Eigenschaften lebender Organismen aus physikalisch-chemischen Grundprozessen entwickeln konnten - in Gestalt spezifischer Strukturbildungen mit jeweils erweiterten („emergenten") Funktionsfähigkeiten. Die Fähigkeit zur Selbstreproduktion, zum Wachstum und zur Anpassung an wechselnde Umweltbedingungen ermöglicht z.B. biologischen Systemen eine bedingte *Selbstregulationsfähigkeit* in Abgrenzung zu den jeweiligen Umwelteinflüssen. Der Aufbau eines eigenständigen, selbstregulativen inneren Funktionszusammenhangs wird durch eine selektive Abgrenzung gegenüber den äußeren Umwelteinflüssen unterstützt.

Auf dieser Grundlage werden z.B. im psychomentalen Bereich die Erfahrung einer menschlichen *Willensfreiheit* und die Behauptung einer *persönlichen Identität* möglich. Die systemische Perspektive markiert das Bemühen, das funktionale Zusammenspiel von inneren (physiologischen, psychischen und mentalen) Prozessen mit den jeweiligen äußeren ökologischen und sozialen Umweltwirkungen zu erkennen und zu beschreiben. Während bei einer *sozialökologischen Perspektive* die Aufmerksamkeit v.a. auf bedingende äußere Einwirkungen fokussiert wird, liegt bei einer systemischen Betrachtung die Aufmerksamkeit

v.a. bei der Beobachtung der Wechselwirkungen zwischen inneren und äußeren Funktionszusammenhängen (System-Umwelt-Verhältnis).

In einer evolutionären Perspektive wird die Entstehung menschlichen Lebens beschrieben als eine emergente neue Qualität biologischer Systembildung durch die Ausbildung der Sprachfähigkeit und eines reflektierenden Bewusstseins bei den Menschen. Erst auf dieser Grundlage wird die Bildung von *sozialen Systemen* möglich, in denen Menschen ihr bewusstes Handeln gesellschaftlich-kommunikativ koordinieren.

In sozialen Systemen orientieren Menschen sich an den Erwartungen ihrer sozialen Umgebung und richten ihr persönliches Handeln auf die Selbstregulationsprozesse des jeweiligen sozialen Systems aus, dem sie sich zugehörig fühlen (z.B. Sprachgemeinschaft, Familie, Betrieb, Einkaufszentrum).

In der nachfolgenden Übersicht wird verdeutlicht, wie das Konzept einer evolutionären, emergenten Systembildung zum Verständnis einer zunehmend komplexeren gesellschaftlichen Strukturbildung für menschliche Lebensprozesse beitragen kann und auf welchen Systemebenen unterschiedliche Wissenschaften einen Beitrag zur Untersuchung der jeweils grundlegenden Systemfunktionen leisten können. Wirkungen zwischen verschiedenen Systemebenen können dabei in einer aufsteigenden Verursachungsvermutung („bio-psycho-sozial“) oder in einer absteigenden Verursachungsvermutung („sozio-psycho-somatisch“) - mit dem Ziel einer ganzheitlichen Betrachtung - beschrieben und untersucht werden (vgl. Abb. 1).

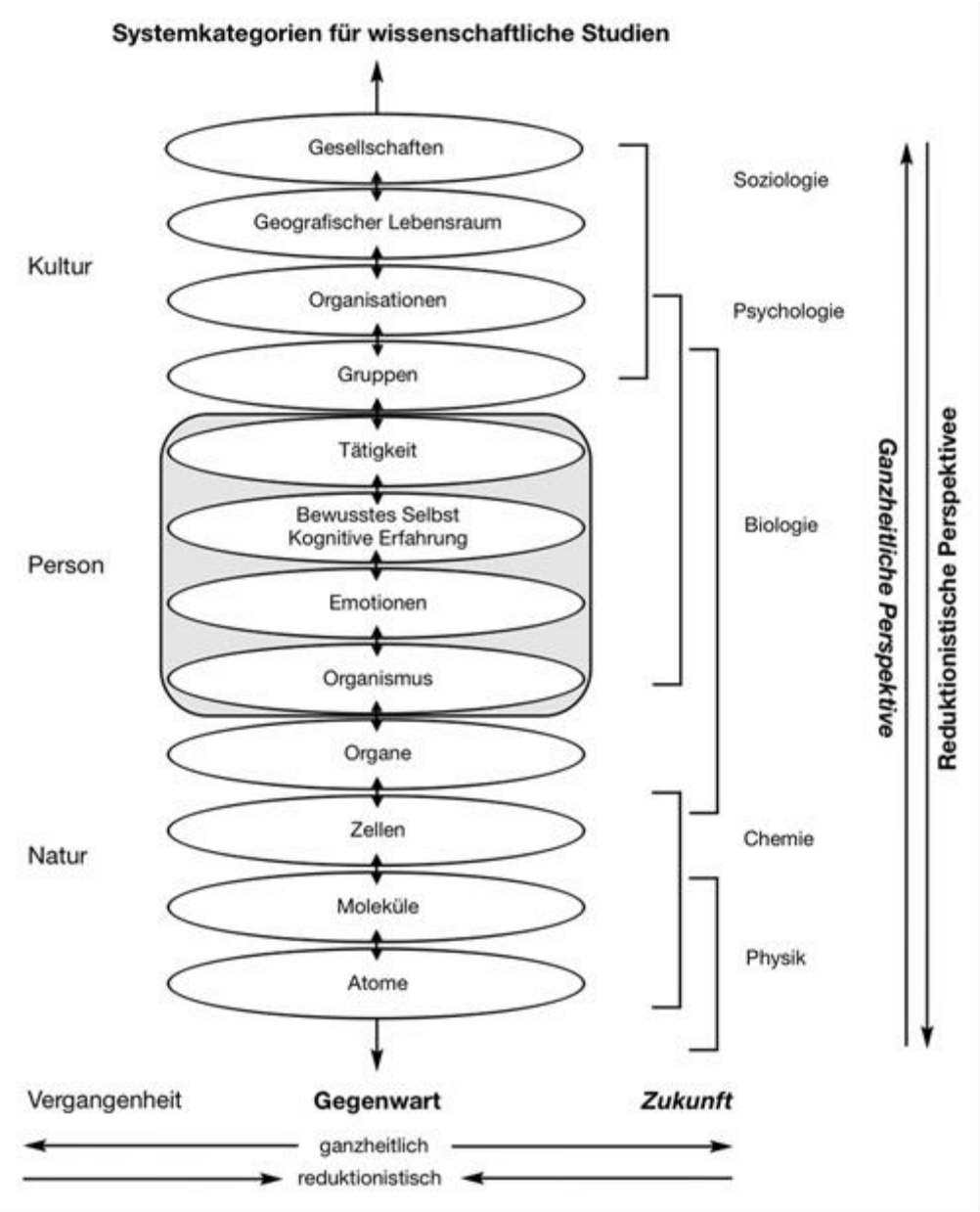


Abb. 1: Systemkategorien für wissenschaftliche Studien

Der Vorteil der evolutionären Systemtheorie ist, dass sie biologische und gesellschaftlich-kulturelle Selbstregulationsprozesse unter analogen Funktionsgesichtspunkten beschreiben kann und damit eine konsistente Grundlage für eine ganzheitliche Beschreibung menschlicher Lebensfunktionen und eine entsprechende Gesundheitsförderung schafft, die die tradierten Trennungen zwischen naturwissenschaftlichen und geisteswissenschaftlichen Deutungen des Lebensprozesses überwindet.

Die Entwicklung zunehmend komplexerer sozialer Systembildungen in menschlichen Gesellschaften wird dabei als eine zukunftsoffene Gestaltung menschlicher Lebenszusammenhänge in einer globalisierten Weltgesellschaft verstanden.

Der Soziologe Niklas Luhmann hat mit seiner *soziologischen Systemtheorie* die historischen Differenzierungsprozesse gesellschaftlicher Systembildungen beschrieben und zu wesentlichen Erkenntnissen zum Verständnis sozialer Systemfunktionen im gesellschaftlichen Kontext beigetragen.

Soziale Systeme entstehen in dieser Sichtweise durch einen *funktionalen Sinnzusammenhang* von aufeinander bezogenen Kommunikationen, die sich von ihrer jeweiligen Umwelt in spezifischer Weise abgrenzen. Eine Familie, ein Verein, ein Betrieb, eine Stadt, ein Land sind somit als soziale Systeme zu verstehen, die einen je eigenen Sinnzusammenhang als Grundlage ihres funktionalen Zusammenspiels entwickeln. In der modernen Gesellschaft bewegen sich Menschen in vielfältigen sozialen Systemen mit je unterschiedlichen Sinn- und Erwartungsstrukturen, die sie in ihrem Alltag ausbalancieren müssen (z.B. „work-life-balance“).

Es gibt viele empirische Hinweise, dass es dabei häufig zu widersprüchlichen Anforderungen und zu öko-sozio-psycho-somatischen Überforderungen auf den verschiedenen Systemebenen kommt, die die individuelle Selbstregulations- und Kompensationsfähigkeit überschreiten. Sichtbar wird dies dann in der Form von Verhaltens- oder Funktionsauffälligkeiten oder als akute bzw. chronische körperliche Erkrankungsverläufe. In dieser Perspektive ist Gesundheit als körperliches, psychisches und soziales Wohlbefinden das eher Unwahrscheinliche, das einer besonderen persönlichen, gemeinschaftlichen und gesellschaftlichen Aufmerksamkeit und Vorsorge bedarf. Gesundheitsziele wie „Gesund aufwachsen“, „Gesund Bleiben“ oder „Gesund Altern“ sind daher höchst voraussetzungsvolle Ziele für die Gestaltung einer gesundheitsfördernden Alltagskultur, die sich der evolutionären Grundlagen menschlicher Gesundheit bewusst bleibt und diese für alle Menschen zu sichern sucht.

Ausgangspunkt der *systemischen Perspektive in der Gesundheitsförderung* ist daher die Frage, wie Menschen es schaffen, unter sich permanent ändernden und sie tendenziell überfordernden Umweltbedingungen ihr Leben erfolgreich zu stabilisieren und ihr Überleben in Wohlbefinden zu sichern. Die Tatsache, dass und die Frage wie relativ viele Menschen relativ lange Zeit relativ unversehrt überleben, lenkt die persönliche und öffentliche Aufmerksamkeit auf die Voraussetzungen einer erfolgreichen Selbstregulation menschlicher Lebensprozesse und die Notwendigkeit einer systematischen Gesundheitsförderungspolitik (**Salutogenetische Perspektive**), denn „Gesundheit entsteht und vergeht im Alltag der Menschen, dort, wo sie leben und lieben, spielen und arbeiten“ (Ottawa-Charta der WHO).

Die Bedeutung einer bewussten Gestaltung elementarer Lebensfunktionen, wie die Ernährung, die Bewegung oder die sozialen Beziehungen im Alltag für die menschliche Gesundheit wird gegenwärtig im Kontext einer (selbst-)zerstörerischen Konsumkultur und einer

Epidemie chronischer Entgleisungsprozesse (z.B. Depressionen, Diabetes, Adipositas, Allergien, Krebs) neu entdeckt.

Mit systemtheoretischen Konzepten der Gesundheitsförderung wird versucht, grundlegende Funktionen der Selbstregulation von elementaren Lebensprozessen, der Stabilisierung von sinnhaften Lebenszusammenhängen und des kompetenten Austausches mit der ökologischen und sozialen Umwelt als Teil einer gesundheitsbewussten Alltagskultur gesellschaftlich zu verankern und nachhaltig zu sichern.

Die Definition der Gesundheitsförderung in der *Ottawa-Charta der WHO* (1986) und der dort erstmals formulierte Mehrebenenansatz der Gesundheitsförderung kann als Ausdruck einer systemischen Leitorientierung gedeutet werden. Die systemische Perspektive der Gesundheitsförderung richtet ihre Aufmerksamkeit v.a. auf die Möglichkeit, in und zwischen sozialen Systemen sinnstiftende Verständigungsprozesse anzustoßen. Diese sollen zu einer größeren Kohärenz der Selbstregulationsbemühungen der beteiligten Menschen gegenüber ihren jeweiligen Umweltanforderungen führen. Im *Settingansatz* der Gesundheitsförderung wird dies praktisch. Im Sinne des **Empowermentkonzepts** kann dies sowohl zu einer Erweiterung der Möglichkeitsbedingungen (z.B. durch Organisationsentwicklung) als auch der Aneignungskompetenzen (z.B. durch Gesundheitsbildung) führen.

Eine systemisch orientierte Gesundheitsförderung wirkt überwiegend in einem mittelbaren, kontextuellen Sinne salutogenetisch, indem sie die systemischen Rahmenbedingungen und Handlungskontexte der Beteiligten reflektiert und variiert und die Selbstbestimmung der Personen stärkt und stützt. Dabei wird zunächst versucht, die funktionale Bedeutung aktuellen Verhaltens in den jeweils bedeutsamen Handlungs- und Beziehungsstrukturen der Menschen zu identifizieren und dies zunächst positiv als persönliche Bewältigungsleistung zu deuten. Dort, wo dies gesundheitlich nachteilig für die beteiligten Personen ist, sollen durch Veränderung der Kontextbedingungen alternative Verhaltensmöglichkeiten mit den und durch die beteiligten Personen geprüft und ermöglicht werden. Gesundheitsförderung zielt dabei auf einen personalen, systemischen Vermittlungsprozess, der von den beteiligten Menschen bewusst gestaltet werden kann (vgl. Abb. 2).

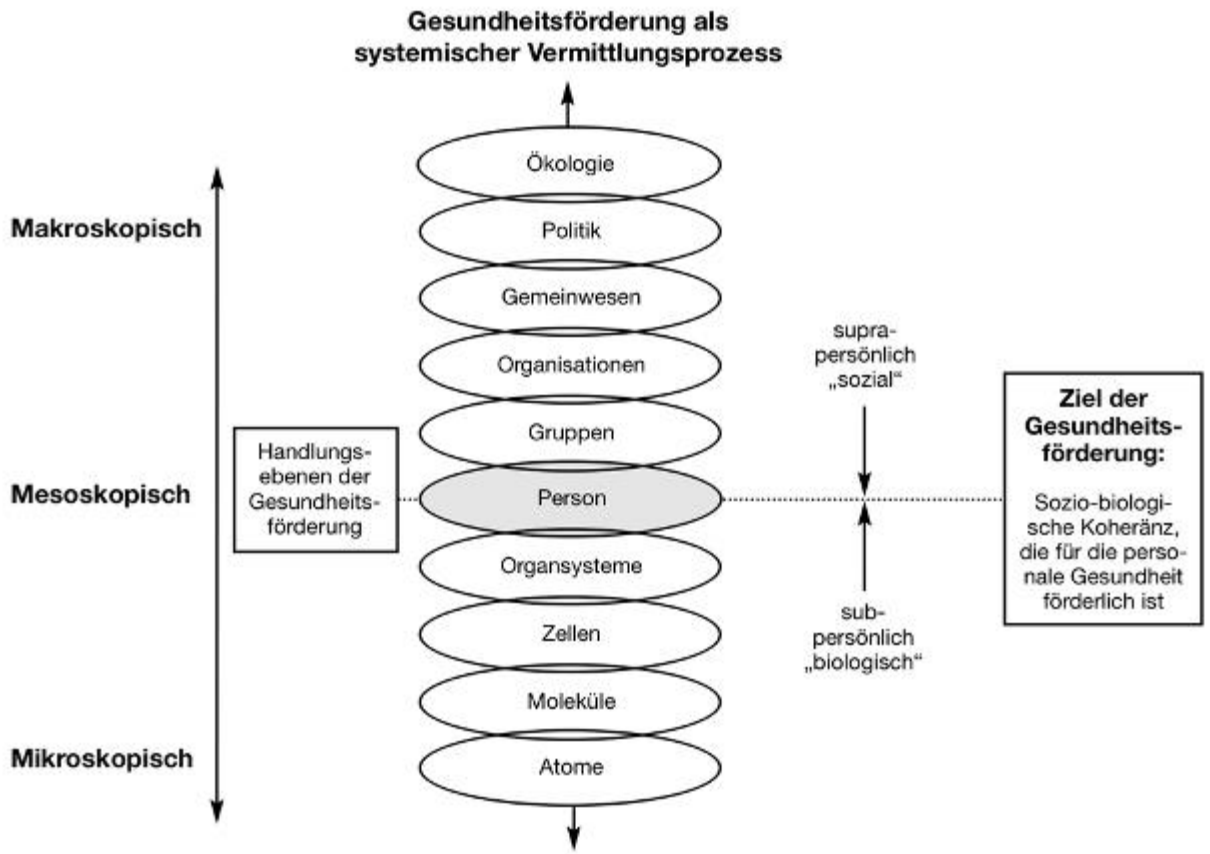


Abb. 2: Gesundheitsförderung als systemischer Vermittlungsprozess

In praktischer Hinsicht ist v.a. der **Settingansatz** der Gesundheitsförderung eine konzeptionelle Konsequenz dieser Sichtweise von Erkrankungs- und Gesundungsprozessen. Interventionen in einem Setting des Alltagslebens (z.B. Kindertagesstätte, Schule, Betrieb) sind darauf gerichtet, Beziehungs- und Erwartungsstrukturen zu stärken, die eine *salutogenetische Selbstregulation der Beteiligten* im Sinn- und Funktionszusammenhang des jeweiligen sozialen Systems wahrscheinlicher machen. Im Rahmen einer *gesundheitsfördernden Organisationsentwicklung* wird versucht, entsprechende Funktionszusammenhänge in den Organisationsroutinen und Umwelt-Gestaltungen dauerhaft zu verankern. Durch Praxisnetzwerke (s. Internetadressen) wird ein Informations- und Erfahrungsaustausch gestützt.

Als wirkungsvolle methodische Zugänge der Gesundheitsförderung in einer systemischen Perspektive haben sich z.B. erwiesen: das Mehrgenerationengespräch im Bereich der Familientherapie, das Instrument des Gesundheitszirkels im **Bereich betrieblicher Gesundheitsförderung**, Gesundheitsförderungskonferenzen auf der kommunalen Ebene (**kommunalpolitische Perspektive**), intersektorale Zusammenarbeit in der öffentlichen Politik und Verwaltung (z.B. im Bereich Umwelt und Gesundheit, **Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik**).

Literatur:

Göpel E (Hg.), Systemische Gesundheitsförderung, Frankfurt 2008;

Schwing R/Fryszer A, Systemisches Handwerk. Werkzeuge für die Praxis, Göttingen 2007

Simon, F.B,Einführung in systemische Organisationsentwicklung, 4.A. Heidelberg 2013

Lambers, H, Reflektionsgrundlagen Sozialer Arbeit. Eine systemtheoretische Einführung, Weinheim 2014

Internetadressen:

http://www.systemagazin.com/
www.gesundheitliche-chancengleichheit.de

Verweise:

Empowerment/Befähigung, Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik / Healthy Public Policy, Gesundheitsförderung und Betrieb, Gesundheitsförderung und Gesunde / Soziale Stadt / Kommunalpolitische Perspektive, Salutogenetische Perspektive, Settingansatz / Lebensweltansatz

Systemisches Anforderungs-Ressourcen-Modell in der Gesundheitsförderung

Stephan Blümel

(letzte Aktualisierung am 01.09.2015)

Gesundheit wird hier als Oberbegriff verstanden, der sowohl die körperliche als auch psychische Gesundheit umfasst. Der Gesundheitszustand einer Person lässt sich als deren Position auf dem **Gesundheits-Krankheits-Kontinuum** beschreiben. Die **Prävention** zielt darauf ab zu verhindern, dass sich diese Position in Richtung Krankheit verschiebt. Sie umfasst die Bereitstellung und Nutzung von Schutzfaktoren gegenüber gesundheitlichen Gefahren bzw. Risikofaktoren (z.B. Schutzimpfung, Tragen von Schutzkleidung oder Sicherheitsgurten). Gesundheitsförderung ist hingegen darauf ausgerichtet, die Position eines Individuums in Richtung Gesundheit zu verschieben (Abb. 1).

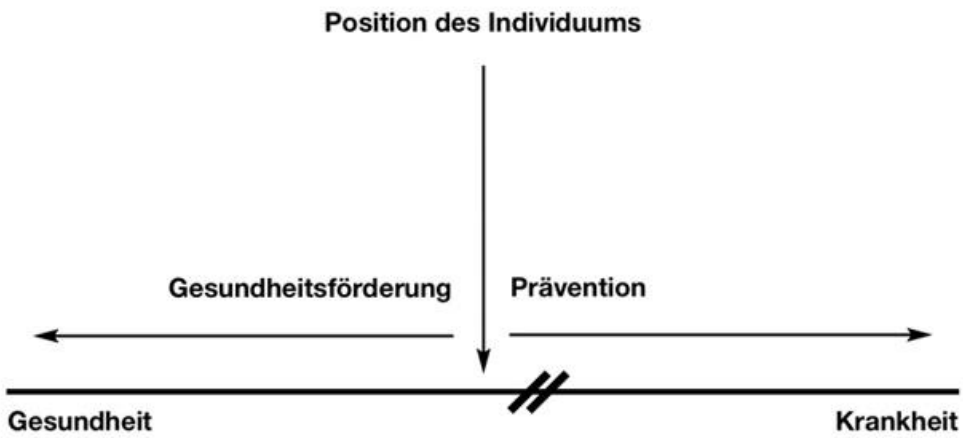


Abb. 1: Individuum, Prävention und Gesundheitsförderung auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum (Quelle: Leitbegriffe, 2. Aufl. 1999)

Gesundheitsförderung bedarf eines theoretischen Rahmenmodells, innerhalb dessen unterschiedlicher konzeptuelle und methodische Ansätze begründet und integriert werden können. Das im Folgenden skizzierte systemische Anforderungs-Ressourcen-Modell (SAR-Modell) liefert einen derartigen Rahmen. Es basiert auf Vorläufern, insbesondere dem **Stressbewältigungsmodell**, dem **salutogenetischen Modell** von Antonovsky, bedürfnistheoretischen sowie **systemischen** und **ökologischen Perspektiven und Ansätzen**.

Im SAR-Modell werden Gesundheit und Krankheit (bzw. die Position eines Individuums auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum) aus systemischer bzw. ökologischer Perspektive als Resultat von Anpassungs- und Regulationsprozessen zwischen einem Individuum und seiner Umwelt konzipiert. Sowohl die Umwelt als auch das Individuum werden als komplexe hierarchisch strukturierte Systeme aufgefasst. Systeme bestehen aus Subsystemen (Systemelementen) und sind Teile übergeordneter Suprasysteme. Systeme und Systemelemente stehen in Interaktion und beeinflussen sich wechselseitig. Wichtige Beeinflussungsprozesse können mithilfe der Begriffe „Anforderungen“ und „Ressourcen“ beschrieben werden.

Systeme oder Systemelemente stellen an andere Systeme oder Systemelemente Anforderungen, auf die - im Falle gut funktionierender, wechselseitig aufeinander abgestimmter Systeme - mit der Aktivierung oder Bereitstellung von Ressourcen geantwortet wird. Im günstigen Fall kommt es zu einer wechselseitigen Bewältigung von Anforderungen durch die Nutzung oder den Austausch von Ressourcen. In Abb. 2 sind derartige Prozesse stark vereinfacht dargestellt. So reagiert beispielsweise ein Individuum auf eine externe Anforderung (siehe unten) mit der Aktivierung interner Ressourcen (siehe unten). Umgekehrt reagiert die (soziale) Umwelt auf die interne Anforderung eines Individuums mit der Bereitstellung externer Ressourcen. Analoge Austauschprozesse (Bereitstellungen von Ressourcen als Reaktion auf Anforderungen) finden sowohl innerhalb von Subsystemen des Individuums als auch zwischen (Sub-)Systemen in der Umwelt statt. Grundlegend im SAR-Modell ist folgende Annahme: Der Gesundheitszustand eines Menschen hängt davon ab, wie gut es diesem gelingt, externe und interne Anforderungen mithilfe externer und interner Ressourcen zu bewältigen.

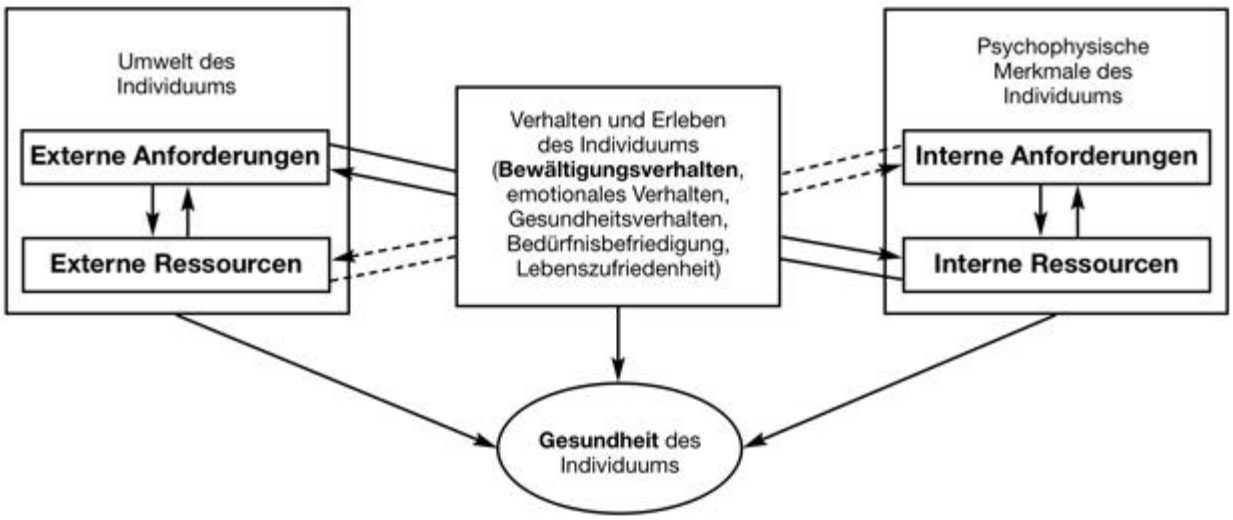


Abb. 2: Bedingungsmodell für Gesundheit des Individuums (Quelle: Leitbegriffe, 2. Aufl. 1999)

Unter *Anforderungen* werden Bedingungen verstanden, mit denen sich ein Individuum auseinandersetzen muss. Externe Anforderungen sind solche in der Umwelt, z.B. berufliche oder soziale Anforderungen (z.B. Wünsche des Partners bzw. der Partnerin nach gemeinsamen Aktivitäten). Interne Anforderungen resultieren aus den Bedürfnissen, Zielen, Werten und Normen des bzw. der Betreffenden. Zu den wichtigen Bedürfnissen des Menschen zählen neben physiologischen Bedürfnissen (z.B. nach Nahrung, Sauerstoff, ausreichendem Schlaf, Sexualität, Bewegung) die Bedürfnisse nach Erkundung der Umwelt und des Selbst, Selbstverwirklichung, Orientierung und Sicherheit, Bindung und Achtung (Selbstachtung und Achtung seitens anderer Menschen). Insbesondere sehr hohe, unter Umständen aber auch zu geringe Anforderungen - in Relation zu den verfügbaren Ressourcen - werden als belastend erlebt und lösen negative Emotionen und damit verbundene physiologische Reaktionen aus. Sie motivieren zum Handeln.

Zur Bewältigung von Anforderungen greift das Individuum auf *Ressourcen* zurück. Interne psychische und physische Ressourcen sind die zur Verfügung stehenden Handlungsmittel bzw. Eigenschaften (Fähigkeiten, Kompetenzen, Selbstwirksamkeitsüberzeugungen, Persönlichkeitseigenschaften, Kohärenzsinn usw.) und physischen Voraussetzungen (z.B. körperliche Fitness) einer Person. Unter externen Ressourcen werden solche in der Umwelt verstanden, insbesondere soziale Ressourcen (z.B. soziale Stützsysteme, gute Beziehungen zu wichtigen Bezugspersonen, Vereine, religiöse Gemeinschaften, Selbsthilfegruppen, soziales Ansehen), berufliche Ressourcen (z.B. Besitz eines Ausbildungs- oder Arbeitsplatzes, Kontrolle über die Arbeit, ergonomische Arbeitsbedingungen), materielle Ressourcen (z.B. hinreichendes Einkommen, gute Wohnbedingungen), gesellschaftliche Ressourcen (z.B. Bildungssystem, Gesundheitssystem, Rechtssystem) und ökologische Ressourcen (z.B. saubere, intakte Umwelt; gesunde Nahrung).

Im Rahmen des SAR-Modells kann Gesundheitsförderung charakterisiert werden als *Verbesserung der Voraussetzungen zur Bewältigung externer und interner Anforderungen mithilfe externer und interner Ressourcen*. Eine derart verstandene Gesundheitsförderung ist eine multidisziplinäre Aufgabe. Im Folgenden werden gesundheitsförderliche Maßnahmen exemplarisch und ohne Anspruch auf Vollständigkeit aufgelistet:

1. Gesundheitsförderung, ausgehend von Anforderungen

- Sie kann zum einen durch Anpassung externer (psychischer und physischer) Anforderungen an die Voraussetzungen und individuellen Besonderheiten einer Person, d.h. eine Verbesserung der Person-Umwelt-Passung, erfolgen: Verringerung von Überforderungen, Unterforderungen und mentalen Belastungen am Arbeits- oder Ausbildungsplatz; Beseitigung physischer Stressoren am Arbeitsplatz (z.B. durch Maßnahmen der Arbeitsergonomie).

- Zum anderen sind interne (physische und psychische) Anforderungen zu berücksichtigen: auf die Befriedigung von Bedürfnissen und damit verbundenes Wohlbefinden achten (z.B. durch Genuss- und Entspannungsübungen, Erholung, Aufbau und Aufrechterhaltung von Bindungen); Vermeidung von psychischer Selbstüber- oder -unterforderung in Beruf, Ausbildung, Familie und Freizeit; Vermeidung der Über- oder Unterforderung physischer Systeme (z.B. aufgrund von Alkoholmissbrauch, Fehlernährung oder mangelnder Bewegung).

2. Gesundheitsförderung, ausgehend von Ressourcen

- Gesundheitsförderung kann auch durch den Aufbau, die Bereitstellung und Nutzung externer (psychischer und physischer) Ressourcen erfolgen: Aufbau, Pflege und Nutzung sozialer Unterstützungssysteme (z.B. Partnerschaften, Freundschaften, Vereine, religiöse Gemeinschaften, Partnerschafts- und Familienberatung); Bereitstellung gesunder Nahrung (z.B. in Kantinen); Schaffung von Arbeitsplätzen; Gesundheitsaufklärung und -training in Elternhäusern, Schulen, Einrichtungen der Erwachsenenbildung, Arztpraxen oder Rehabilitationskliniken.
- Möglichkeiten der Gesundheitsförderung, die auf der Vergrößerung von internen Ressourcen basieren, umfassen u.a.: Verbesserung der körperlichen Fitness (z.B. durch regelmäßiges und richtig dosiertes Sporttreiben); Verbesserung der seelischen Gesundheit (z.B. durch Psychotherapie); Verbesserung der Kommunikations- und Konfliktlösungskompetenzen (z.B. durch ein Training zum Verzicht auf Gewalt als Mittel der Konfliktlösung); Verbesserung des eigenen schulischen, beruflichen oder gesundheitsbezogenen Wissens (z.B. durch Fortbildung).

Becker (2006) hält die Befriedigung von Bedürfnissen des Menschen für eine gesundheitsrelevante Schlüsselvariable. Dies wird im Folgenden am Beispiel der betrieblichen Gesundheitsförderung erläutert. Demnach sollten am Arbeitsplatz die Bedürfnisse der Beschäftigten durch Bereitstellung folgender Ressourcen berücksichtigt werden:

Physiologische Bedürfnisse:

- Ergonomische Arbeitsplätze
- Erholungspausen und Bewegungsangebote
- Erste Hilfe bei Unfällen und Verletzungen
- Gesundes Speisenangebot

Explorationsbedürfnis:

- Vermeidung von Monotonie
- Gelegenheiten zu Kontakten und zum Informationsaustausch

Selbstaktualisierungsbedürfnis:

- Förderung intrinsisch motivierter Tätigkeiten
- Gelegenheiten zu kreativen Problemlösungen
- Übertragung von Verantwortung
- Arbeitsbereicherung, Aufgabenvielfalt, sinnvolle Tätigkeiten

Bedürfnis nach Orientierung, Sicherheit und Kontrolle:

- Arbeitsplatzsicherheit
- Mitbestimmungs-, Partizipationsmöglichkeit
- Kontrolle über Arbeitsausführung; hoher Entscheidungsspielraum
- Klare Aufgaben und Zuständigkeiten; transparente Informations- und Kommunikationsstrukturen
- Arbeitsschutzmaßnahmen

Bedürfnis nach Achtung und Wertschätzung, Bindung und guten Beziehungen:

- Gutes Betriebsklima, vertrauensvolle Zusammenarbeit
- Wertschätzendes Verhalten sowie gegenseitige Unterstützung von Vorgesetzten und Arbeitskollegen bzw. -kolleginnen
- Anerkennung erbrachter Leistungen
- Aufstiegschancen
- Gute Bezahlung

Fehldosierte Anforderungen sowie Defizite und Verluste von Ressourcen und daraus resultierende Misserfolge bei der Anforderungsbewältigung sind begleitet von negativen Gefühlen, Lebensunzufriedenheit, Veränderungen im Gesundheitsverhalten (z.B. erhöhter Konsum von Alkohol) und oftmals kurz- oder langfristigen Beeinträchtigungen der körperlichen und seelischen Gesundheit. Hingegen tragen wohldosierte Anforderungen und die Bewahrung oder Vergrößerung von Ressourcen sowie die erfolgreiche Bewältigung externer und interner Anforderungen zu Wohlbefinden, Lebenszufriedenheit und körperlicher und seelischer Gesundheit bei.

Literatur:

Becker P, Gesundheit durch Bedürfnisbefriedigung, Göttingen 2006;

Becker P, Gesundheit und Gesundheitsmodelle, in: Bös K/Brehm W (Hg.), Handbuch Gesundheitssport, Schorndorf 2006;

Becker P, Modelle der Gesundheit - Ansätze der Gesundheitsförderung, in: Höfling S/Gieseke O (Hg.), Gesundheitsoffensive Prävention - Gesundheitsförderung und Prä-

vention als unverzichtbare Bausteine effizienter Gesundheitspolitik, München 2001, 41-53;

Bengel J/Strittmatter R/Willmann H, Antonovskys Modell der Salutogenese - Diskussionsstand und Stellenwert, BZgA, Köln 2001;

Kaluza G, Stress - Was ist das eigentlich? Wissenschaftliche Stresskonzepte, in: Kaluza G, Stressbewältigung, Trainingsmanual zur psychologischen Gesundheitsförderung, Heidelberg 2015, 15-60;

Reimann S, Systemisches Anforderungs-Ressourcen-Modell, in: Renneberg B/Hammelstein P (Hg.), Gesundheitspsychologie, Heidelberg 2006, 23-27

Verweise:

Gesundheits-/Krankheits-Kontinuum, Ökologische und humanökologische Perspektive, Prävention und Krankheitsprävention, Salutogenetische Perspektive, Stress und Stressbewältigung, Systemische Perspektive in der Gesundheitsförderung

Der Autor dankt Prof. Dr. Peter Becker für seine Vorarbeiten in früheren Ausgaben der Leitbegriffe.

Urban health/StadtGesundheit

Rainer Fehr

(letzte Aktualisierung am 14.01.2016)

Urban health / StadtGesundheit bezeichnet die Anwendung von Public Health -Theorie und - Praxis für die Gesundheit städtischer Bevölkerungen (**Gesundheitswissenschaften / Public Health**). Das Konzept StadtGesundheit umfasst folgende Teilthemen:

- Gesundheitszustand und (vermeidbare) Krankheitslast urbaner Bevölkerungen;
- Gesundheitsdeterminanten aus der physischen und sozialen Lebens(um)welt in der Stadt: Chancen und Risiken;
- Auswirkungen fehlender Gesundheit einschließlich Gestaltungs- und Versorgungsbedarfen;
- Urbaner **Gesundheitsschutz**, **Gesundheitsförderung**, Gesunderhaltung; Krankheitsprävention, -behandlung und -nachsorge;
- gesundheitsbezogene städtische Steuerungsprozesse (governance).

Die Fokussierung auf StadtGesundheit entspringt nicht etwa der Auffassung, dass „Gesundheit auf dem *Lande*“ ein weniger wichtiges Thema darstellt. Vielmehr geht es darum, die vielfältigen räumlichen Bezüge von Gesundheit und Krankheit ins Blickfeld zu nehmen; insofern ist „*Rural health*“ ein natürliches Pendant zu *Urban health*. Im Sinne der **ökologischen und humanökologischen Perspektive** auf „Gesundheit und Krankheit“ geht es programmatisch auch darum, dem komplexen und fragilen Verhältnis zwischen Mensch und städtischer (Um-)Welt gerecht zu werden.

„StadtGesundheit“ steht auch in Einklang mit weiteren zentralen Prinzipien der Gesundheitsförderung wie z.B. **Gesundheitsbezogener Gemeinwesenarbeit**, lokaler Vernetzung, Anknüpfen an Ressourcen in der Lebenswelt sowie mit der kommunalen Perspektive (**Gesundheitsförderung und Gesunde / Soziale Stadt / Kommunalpolitische Perspektive**). Mit sozialräumlicher Orientierung nimmt auch Urban Health die Gesundheits- und weiteren kommunalen Ämter sowie wirtschaftliche und zivilgesellschaftliche Akteure in den Blick und bemüht sich um die Entdeckung und Nutzung vorhandener Ressourcen sowie deren Organisation im Hinblick auf gesundheitsbezogene Ziele.

Ausdrücklich anknüpfend an die internationalen Entwicklungen zu Urban Health ist StadtGesundheit ausgerichtet auf *Blickfelderweiterung und Integration multipler Teilthemen* und bildet somit einen sinnvollen Gegenpol zu stetig fortschreitenden Ausdifferenzie-

rungen. Ergänzend zu den in der Gesundheitsförderung vorherrschenden Fokussierungen nimmt Urban Health auch Krankheiten und die medizinische Versorgungslandschaft mit in den Blick.

Die urbane Dichte, Heterogenität, Komplexität und Dynamik beinhalten nicht nur eine Vielfalt und Vielzahl unterschiedlicher Einflüsse *auf* menschliche Gesundheit und Krankheit (Ressourcen, Belastungen); sie modulieren auch die Folgewirkungen *von* (fehlender) Gesundheit wie z.B. spezifische Versorgungsbedarfe und Zugangserfordernisse. Auch wenn angesichts vielfältigster Teilthemen und Wechselwirkungen nur eine partielle Integration möglich sein wird, lässt sich doch ein ganzheitlicher Blick auf StadtGesundheit erreichen einschließlich (i) medizinischer Versorgung, (ii) Gesundheitsschutz, Prävention und Gesundheitsförderung durch den Gesundheitssektor sowie (iii) aller weiteren (über den Gesundheitssektor hinausgehenden) gesellschaftlichen Gesundheitsbezüge (**Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik**).

Der breite Blick auf StadtGesundheit bietet Orientierung für die vielfältigen Akteure, Strukturen und Prozesse; er kann kritische Analysen und Vergleiche z.B. zum Zusammenspiel der Komponenten unterstützen, ggf. Priorisierungen ermöglichen und in der städtischen Zivilgesellschaft das Thema Gesundheit solide verankern. Eine solche (ergänzungsbedürftige) Thematisierung von StadtGesundheit entsteht übrigens mitunter auch aus gesundheitsökonomischer Perspektive.

Über die gemeinsamen Wurzeln von Stadtplanung und Public health hinaus lassen sich mehrere Entstehungszusammenhänge unterscheiden, die im Folgenden als Punkte 1 bis 4 angesprochen werden.

(1) Das Konzept StadtGesundheit erkennt die *wachsende Rolle urbaner Lebenswelten* an. Städte sind im 21. Jahrhundert (nach ca. 11.000 Jahren seit der Entstehung von Städten) zur weltweit dominanten Siedlungsform geworden, was sich im Thema des Wissenschaftsjahres 2015 („Zukunftsstadt“) spiegelt und zu weitgehenden Proklamationen wie „Urbanes Zeitalter“ und „Millenium der Städte“ geführt hat. Als ausgewählte Kennzeichen des Stadtlebens seien genannt:

- hohe Bevölkerungs- und Nutzungsdichte mit der Folge kurzer Wege und guter Erreichbarkeit z.B. von Kontaktpersonen und unterschiedlichsten Einrichtungen;
- Heterogenität städtischer Populationen samt Herkunft, Lebensstilen und -lagen, insbesondere auch kulturelle und soziale Diversität;
- Komplexität urbaner Energie-, Materie-, Informationsströme sowie urbaner Versorgungs-, Entsorgungs- und Verkehrssysteme, bei raschem Wandel u.a. in physischer (z.B. Klimawandel), technologischer (z.B. Digitalisierung), ökonomischer

(einschließlich Krisen) und sozialer (einschließlich wachsender Spaltung und sozialer Verdrängung) Hinsicht.

(2) StadtGesundheit befasst sich u.a. mit gesundheitlich bedeutsamen *städtischen Besonderheiten*. Exemplarisch erwähnt seien:

- aus der hohen Dichte resultierende Einbindungs- und Zugangschancen, aber gleichzeitig gesteigerte Expositions- und Verbreitungschancen für Krankheitserreger, physikalische und chemische Noxen sowie Rauschmittel;
- spezielle Anforderungen an die Kommunikation mit heterogenen urbanen Populationen; ebenso Anpassung weitergehender Maßnahmen an ethnische und kulturelle Gegebenheiten;
- angesichts komplexer urbaner Systeme sowie multiplen urbanen Wandels ein gesteigerter Bedarf an Umsicht und Vorausschau bezüglich physischer und mentaler Gesundheit.

Vor diesem Hintergrund werden für die Praxis von StadtGesundheit folgende Kompetenzen als erforderlich angesehen: wissenschaftliches Verständnis urbaner Dynamik von Gesundheit und Krankheit; technische Ansätze der Messung, Beurteilung und effizienten Intervention im urbanen Umfeld; organisatorische Kompetenz u.a. zur Bildung von Koalitionen für StadtGesundheit; eine politisch verankerte Mobilisierung von Ressourcen.

(3) Urbane Umwelt unterliegt - teils formal geplant, teils als Zusammenspiel unterschiedlichster Einflüsse - einer steten Entwicklung. *Stadt- (und Umland-)planung* sowie städtische und metropolregionale Entwicklungsprozesse bieten Ansatzpunkte und Gestaltungschancen für Schutz und Förderung der Gesundheit urbaner (Teil-)Populationen. Städtische und regionale Steuerungsprozesse u.a. zur Stadtplanung, -entwicklung und -sanierung sowie Metropolentwicklung betreffen das gesamte Spektrum von Politik-Sektoren (samt Teilen der Zivilgesellschaft, Wirtschaftsbranchen, Ministerien und Ämtern), die Hierachie administrativer Ebenen von lokal bis global und eine Vielzahl von Strategien und Werkzeugen, darunter auch dynamische urbane Systemmodelle.

Inhaltlich geht es u.a. um Positionsbestimmung durch städtische **(Gesundheits-)Berichterstattung** über Sachstand und Trends sowie um Zielauswahl und „Kurshalten“, z.B. durch städtische Leitbilder, Szenarienbildung, übergreifende Planungen und spezifische Fachplanungen (auch für Gesundheit). Auch hier ist umsichtige Vorausschau z.B. durch frühzeitiges Erkennen von „Kollisionkursen“ (Nutzungskonflikten) eine zentrale Steuerungsaufgabe, wobei Folgenabschätzungen (**Health Impact Assessment**), Performance-Analysen und Evaluationen hilfreich sind. Die Relevanz von StadtGesundheit für die praktische / politische Diskussion liegt u.a. darin, die Rolle des Themas Gesundheit bei

städtischer Planung und Entwicklung im gesamten gesundheitspolitischen Aktionsszyklus (**Public Health Action Cycle)** zu stärken.

Als wichtiges Einzelthema sei hier städtische **Nachhaltigkeit** genannt. Städte und ihre BewohnerInnen sind einerseits als Verursacher und andererseits als Betroffene globaler Umweltveränderungen zunehmend anerkannt. Hier werden Wachstumsgrenzen spürbar und hier entstehen Impulse sozial-ökologischer Transformation. Nach jahrzehntelangen, u.a. auf die Brundtland-Kommission (*Our common future* 1987) und die Rio-Konferenz (*Agenda 21* 1992) zurückgehenden Vorarbeiten hat das Thema nun viele Städte erreicht. Angesichts enger inhaltlicher Verbindungen bietet es sich an, die Ziele Nachhaltigkeit und Gesundheit in enger Koordination zu verfolgen (**Nachhaltigkeit und nachhaltige Gesundheitsförderung**).

(4) Der Begriff StadtGesundheit ist in hohem Maße *anschaulich und eingängig*. Das Konzept wird sowohl in Fachkreisen als auch in der allgemeinen Öffentlichkeit meist schnell und richtig verstanden. Instruktiv-anschauliche Vergleiche generell bekannter sozialräumlicher Einheiten wie Stadtteile, Städte und Metropolregionen sowie Vergleiche im Rahmen von Städtepartnerschaften bieten sich an. Zusätzliche Möglichkeiten der Visualisierung von StadtGesundheit bieten die in großer Zahl und Vielfalt existierenden analogen (physisch modellierten) und digitalen (computer-modellierten) Stadtmodelle. In diese bisher oft auf Gebäude, Verkehrswege und stilisierte Vegetation beschränkten Stadtlandschaften könnten Menschen einziehen. Urbane gesundheitliche Ressourcen und Belastungen sowie deren Auswirkungen auf Wohlbefinden, Morbidität und Mortalität könnten dargestellt werden. Ansätze hierzu bestehen u.a. für Lärm- und Luftbelastung, ließen sich aber viel umfassender für Gesundheitsthemen nutzen. Stadträume laden auch dazu ein, für unterschiedliche Zwecke von Ausbildung, BürgerInnenbeteiligung und Fachplanung bis hin zu Öffentlichkeitsarbeit benutzt zu werden, wobei das Spektrum von kleinen Begehungen bis hin zu umfangreichen Exkursionen reicht.

An diese Entstehungszusammenhänge anschließend sei kurz mit Beispielen angesprochen, in welchen Zusammenhängen und Strukturen an der Umsetzung des Konzepts Urban health gearbeitet wird. Im internationalen Raum ist „Urban health“ ein etabliertes Themen- und Arbeitsfeld. In der Weltgesundheitsorganisation (WHO) existiert seit 1987 das *Healthy Cities*-Netzwerk; das *WHO Center for Health Development* in Kobe weist einen Arbeitsschwerpunkt Urban Health auf. Für die *WHO Commission on Social Determinants of Health* erstellte das *Knowledge Network on Urban Settings* im Jahre 2008 den Bericht “Our cities, our health, our future”. Neben der *International Society for Urban Health* behandeln auch andere Fachgesellschaften das Thema, so z.B. die European Public Health Association (EUPHA) in ihrer Sektion Urban Health, zu deren Zielen es gehört, ein „European Urban Health Knowledge Center“ aufzubauen.

In Deutschland war das Thema „Stadt(entwicklung) und Gesundheit“ über längere Zeit hinweg wenig sichtbar. Ausnahmen bildeten das „Gesunde Städte“-Netzwerk sowie Ansätze der Gemeindeorientierung und gesundheitsbezogenen Gemeinwesenarbeit. In den letzten Jahren wurden die Stärken dieses Ansatzes neu entdeckt, was sich u.a. im Arbeitskreis „Planung für gesundheitsfördernde Stadtregionen“ der Akademie für Raumforschung und Landesplanung (ARL) sowie in der Einheit Urbane Epidemiologie am Profilschwerpunkt Urbane Systeme der Universität Duisburg-Essen spiegelt.

Im Rahmen einer mehrjährigen Förderinitiative beim Deutschen Stiftungszentrum unterstützt die Fritz und Hildegard Berg-Stiftung seit 2011 das Förderprogramm „Stadt der Zukunft - Gesunde, nachhaltige Metropolen“ mit mehreren Juniorforschungsgruppen, einer Serie von Fachtagungen und einem Sonderprojekt zum „disziplinären und sektoralen Brückenbau“. Ein die Bereiche Gesundheit, Ökologie, Planung sowie Ökonomie/Nachhaltigkeit umfassender Fachbeirat begleitet das Förderprogramm. Wie sich zeigte, befassen sich inzwischen unterschiedlichste Institutionen in Deutschland mit dem Thema StadtGesundheit. Als „Gelbe Seiten“ werden die Profile von 20 interdisziplinär und sektorübergreifend tätigen Akteuren (Universitäten, öffentlichen Einrichtungen, Instituten, Fachgesellschaften, Verbänden und Vereinigungen) präsentiert, um bestehende Aktivitäten darzustellen und zur weiteren Vernetzung beizutragen.

- Drei *Kernaufgaben* von StadtGesundheit lassen sich benennen:
- bewusste Wahrnehmung städtischer Menschengruppen mit unterschiedlichem Gesundheitsbedarf (u.a. Wohnungslose, Flüchtlinge, Pendler- und Besucherinnen) mit ihren **Lebensphasen**, (auch gesundheitsbezogenen) **Lebenslagen** und -ereignissen, die allesamt durch urbane Umwelt mitgeprägt werden
- Analyse städtischer Lebens(um)welten (**Settingansatz**) mit jeweils physischer (mehr oder weniger natürlicher / anthropogen umgestalteter) und sozialer Dimension
- urbane Steuerung (Governance) mit der Dreigliederung: Steuerung medizinischer Versorgung; Steuerung von Gesundheitsschutz, Prävention und Gesundheitsförderung im Gesundheitssektor; und Steuerung der gesundheitsrelevanten Strukturen und Prozesse außerhalb des Gesundheitssektors.

- Stadtplanung, Fachplanungen
- Demographie einschließlich Verschiebungen der Altersstruktur, Zu- und Abwanderung
- Wohnungswesen

- Bildung und Erziehung in Kindergärten, Schulen, Bildungseinrichtungen
- Städtische Wirtschaft, Arbeitswelt
- Ver- und Entsorgung, einschließlich (Ab-)Wasser und Energie
- Verkehrswesen einschließlich des Öffentlichen Personennahverkehrs (ÖPNV)
- Soziale Arbeit in der Stadt, Obdachlosen- und Flüchtlingshilfe, Frauenhäuser
- Grundrechte, (Umwelt-, Gesundheits-)Gerechtigkeit, Segregation, Verdrängung
- Rechtsordnung, -sprechung, Vollzug, Bewährungshilfe
- Städtisches Polizei- und Ordnungswesen
- Feuer-, Unfall-, Verbraucherschutz in der Stadt
- Freizeit und Erholung
- Urbane Flora (Wild-, Nutz-, Zierpflanzen) und Fauna (Wild-, Haus-,Nutztiere, Vektoren)
- Ökosysteme und Biodiversität
- Städtische Raumnutzung, Grün- und Blauflächen, Altlasten; Nutzungskonflikte
- Urbane Meteorologie inkl. Extremwitterung, Klimawandel, -schutz, -anpassung
- Städtischer Umweltschutz, Luft-, Wasser-, Bodenverunreinigungen, Lärm, Strahlung

Abb. 1 StadtGesundheit außerhalb des Gesundheitssektors (eigene Darstellung)

Zu den traditionellen Problemen des Themen- und Arbeitsfeldes gehört die notorisch schwache Stellung des Themas Gesundheit in der Konkurrenz mit anderen Politikbereichen und die immer noch verbreitete Reduktion des Handelns auf Aspekte medizinischer Versorgung sowie persönlichen Verhaltens. Gleichwohl ist das Konzept geeignet, der Gesundheitsförderung und Prävention durch Gesundheitsdienste wie auch durch intersektorale, ressortübergreifende Maßnahmen stärkere Geltung zu verschaffen. Unverkennbar besteht ein Bedarf, die Wahrnehmung von StadtGesundheit in Fachkreisen und Öffentlichkeit z.B. durch geeignete Kasuistiken zu fördern und strategische Kooperationen der Teilbereiche weiter zu entwickeln. Schon jetzt dürfte der integrative Ansatz von StadtGesundheit hilfreich sein, um aktuelle städtische Herausforderungen besser in ihrer systemischen Verflochtenheit zu erkennen und angemessen darauf zu reagieren.

Literatur:

Corburn J, Healthy city planning. Routledge, Taylor & Francis Group 2013, London

Fehr R/ Annuß R/ Terschüren C, Urban health in North Rhine-Westphalia. Chapter 7 in: Krämer A/ Khan MMH/ Kraas F (eds.), Health in megacities and urban areas. Series: Contributions to Statistics. Physica Verlag / Springer Verlag 2011, New York, NY, pp.101-116

Fehr R/ Fertmann R/ Stender K-P/ Lettau N/ Trojan A, StadtGesundheit (Urban Health) - eine Blickfelderweiterung am Beispiel Hamburgs. Akzeptiert für "Das Gesundheitswesen" 2016

Galea S/ Vlahov D (eds.), Handbook of urban health. Populations, methods, and practice. Springer 2005, New York, NY

Kirst M/ Schaefer-McDaniel N/ Hwang S/O'Campo P. (eds.), Converging disciplines. A transdisciplinary research approach to urban health problems. Springer 2011, New York, NY

Kjellstrom T/ Mercado S/ Sattherthwaite D/ McGranahan G/ Friel S/ Havemann K, Our cities, our health, our future: Acting on social determinants for health equity in urban settings. Report to the WHO Commission on Social Determinants of Health from the Knowledge Network on Urban Settings (KNUS). Prepared by the WHO Centre for Health Development, Kobe, Japan, 2007, www.who.int/social_determinants/resources/knus_report_16jul07.pdf

Projekt Stadtentwicklung und Gesundheit, Universität Bielefeld, „Gelbe Seiten" für Stadt und Gesundheit / Urban Health in Deutschland: Ausgewählte Institutionen und Aktivitäten. www.stadt-und-gesundheit.de/stadt-und-gesundheit/akteure-und-akteurinnen/

Vlahov D/ Boufford JI/ Pearson CE/ Norris L (eds.), Urban Health: Global perspectives. Jossey-Bass / Wiley 2010, San Francisco, CA

Internetadressen:

www.stadt-und-gesundheit.de (Förderprogramm „Stadt der Zukunft - Gesunde, nachhaltige Metropolen)
www.uk-essen.de/en/cue/ (Center for Urban Epidemiology)
www.isuh.org/ (International Society for Urban Health)
www.who.int/kobe_centre/en/ (WHO Kobe)
http://icuh2015.org/ (12th International Conference on Urban Health 2015)
www.urhis.eu/ (EURO-URHIS 2 - European Urban Health Indicators System Part 2).

Verweise:

Gesundheitsberichterstattung, Gesundheitsbezogene Gemeinwesenarbeit, Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik / Healthy Public Policy, Gesundheitsförderung 1: Grundlagen,

Gesundheitsförderung und Gesunde / Soziale Stadt / Kommunalpolitische Perspektive, Gesundheitsschutz, Gesundheitswissenschaften / Public Health, Health Impact Assessment (HIA) / Gesundheitsverträglichkeitsprüfung, Lebenslagen und Lebensphasen, Nachhaltigkeit und nachhaltige Gesundheitsförderung, Ökologische und humanökologische Perspektive, Public Health Action Cycle / Gesundheitspolitischer Aktionszyklus, Settingansatz / Lebensweltansatz

Vermitteln und Vernetzen

Alf Trojan, **Waldemar Süß**

(letzte Aktualisierung am 27.02.2015)

„Vermitteln und vernetzen“ (engl.: „mediate“) ist eines der drei Handlungsprinzipien der Ottawa-Charta, in Verbindung mit „Interessen vertreten“ sowie „Befähigen und ermöglichen“ (**Gesundheitsförderung 3: Entwicklung nach Ottawa**).

Nach der Ottawa-Charta ist der Gesundheitssektor weder in der alleinigen Verantwortung noch allein in der Lage, gesunde Lebensbedingungen und Wohlbefinden für die Menschen herzustellen. Die Verantwortung für Gesundheit liege nicht nur beim Gesundheitssektor, sondern bei allen Politikbereichen. Gesundheitsförderung verlange daher das koordinierende Zusammenwirken aller einflussnehmenden Bereiche und Verantwortlichen, d.h. der Regierungen, des Gesundheits-, Sozial- und Wirtschaftssektors, der nichtstaatlichen und selbstorganisierten Verbände, von Initiativen, der Industrie und von Medienverantwortlichen (**Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik**, **Partnerschaften für Gesundheit**). Die besondere Verantwortung von Professionellen, Expertinnen und Experten sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern im Gesundheitswesen sei die Vermittlung zwischen den unterschiedlichen Interessen und Bereichen der Gesellschaft sowie deren Vernetzung. Weil das Wort „vermitteln“ im Deutschen sehr stark den Beiklang von „Konflikte schlichten“ hat, wurde in der Übersetzung zusätzlich das Wort „vernetzen“ herangezogen.

Vermittlung und Vernetzung bedeutet, *horizontale und vertikale Kooperationsstrukturen* aufzubauen und weiterzuentwickeln:

- Horizontal sind die verschiedenen Lebensbereiche der Menschen und die entsprechenden Politiksektoren miteinander zu verknüpfen und für gesundheitsfördernde Aktivitäten zu gewinnen. Das kann beispielsweise ein „Aktionsbündnis gegen Armut“, eine „Stadtteilkonferenz“, ein Runder Tisch für Gesundheit oder eine Veranstaltung wie „Gesundheitstage“ sein.
- Vertikale Kooperation bedeutet, dass die unterschiedlichen politischen Ebenen, von der internationalen bis hinunter zur lokalen und Nachbarschaftsebene und umgekehrt, miteinander verbunden werden müssen. Ziel dabei ist, dass die Interessenvertreter der verschiedenen Ebenen in einen gemeinsamen Arbeitszusammenhang gebracht werden, in dem Konflikte ausgetragen und Konsensprozesse auf den Weg gebracht werden können.

Horizontale und vertikale Kooperation sind für die Gesundheitsförderung wichtig, weil Konflikte zwischen den Vertretern von Zielen der Gesundheitsförderung häufig sind. Dazu einige konkrete Beispiele:

- Krankenkassen konkurrieren untereinander und möchten (ähnliche) möglichst attraktive Kurse für Gesundheitsförderung anbieten, statt sich untereinander abzusprechen.
- Gesundheitsämter und Krankenkassen sind sich uneins darüber, wer welche Aufgaben in der Gesundheitsförderung übernehmen soll bzw. darf.
- Selbsthilfegruppen von chronisch Kranken möchten für ihre Arbeit mehr Unterstützung durch Ärzte und Ärztinnen.
- Wohlfahrtsverbände streiten mit den kommunalen oder staatlichen Behörden über die Höhe der notwendigen Zuschüsse für eine umfassende pflegerische Versorgung alter Menschen.
- Bürgerinitiativen fühlen sich von Behörden abgeblockt.
- Anwohner einer Hauptstraße und ihre Vertreter in der Politik möchten Tempo 30; das Stadtparlament möchte den Verkehr nicht verlangsamen, weil negative Reaktionen der (wahlberechtigten!) Autofahrer befürchtet werden.

Diese und viele weitere Probleme brauchen „Vermittlung und Vernetzung".

Grundlegendes Handwerkszeug hierbei wie auch bei der Netzwerkbildung sind verschiedene Kommunikations- und Dialogverfahren, einschließlich Konfliktklärung, Mediation und Kooperationsmanagement. Anforderungen bzw. Qualitätskriterien dabei sind:

- gleichberechtigte, offene Kommunikation auf der Basis verabredeter demokratischer Regeln,
- wechselseitiges, für alle Beteiligten befriedigendes Geben und Nehmen,
- kein Verlust eigenen Profils der Beteiligten,
- kollektive Entscheidungen, die Minderheiten einbeziehen,
- Zusammenarbeit zwischen Gleichen; keine Macht-Hierarchie,
- Arbeitsteiligkeit entsprechend spezifischen Kompetenzen für gemeinsame Ziele,
- „lose Koppelung" und „schwache Bindungen", um überhöhte wechselseitige Erwartungen zu vermeiden.

Gesundheitsförderung ist eine intersektorale und interdisziplinäre Aufgabe, bei der alle betroffenen Bürgerinnen und Bürger beteiligt werden sollen. Hierzu bedarf es entsprechender Strukturen. Diese werden häufig intermediäre Instanzen (mediating structures) genannt. Aus diesem Bereich sind für die Gesundheitsförderung besonders relevant:

1. *intermediäre Kooperationsstrukturen wie „Netzwerke", „Foren", „Arbeitsgemeinschaften", „Konferenzen" etc.:* Bei den intermediären Kooperationsstrukturen handelt es sich um freiwillige, zielgruppen-, gebiets- oder problembezogene Verbundsysteme. Sie sind unterschiedlich stark formell organisiert und verknüpfen zumeist Staat, marktwirtschaftliche Instanzen und die informelle Sphäre von Bürgerengagement und Selbsthilfe miteinander. Solche Verbundsysteme entstehen, um träger- und politikbereichsübergreifend allgemeine gesellschaftliche Interessen bzw. Aufgaben gemeinschaftlich zu planen und durchzuführen. Diese Strukturen heißen für unseren Bereich häufig „Regionale Arbeitsgemeinschaften für Gesundheit/ Gesundheitsförderung" oder „Gesundheitsförderungskonferenzen".

2. *intermediäre Infrastruktureinheiten/„Brücken-Einrichtungen":* An den meisten Stellen, wo Kooperationsstrukturen wie in (1) entstanden sind, hat sich gezeigt, dass sie zur Unterstützung ihrer Arbeit intermediäre „Brücken-Einrichtungen" brauchen. Dies sind vermittelnde Infrastruktureinheiten mit räumlicher Ausstattung, Sach- und Personalmitteln. Ihre Aufgaben liegen einerseits in der praktischen Unterstützung solcher Kooperationsstrukturen. Darüber hinaus haben sie aber auch vermittelnde Aufgaben zwischen dem formellen Bereich der gesellschaftlichen Großinstitutionen und den kleinen, vielfach fragilen Bürgerzusammenschlüssen im informellen Bereich. Solche Brückeninstanzen gibt es in vielen auch für die Gesundheitsförderung wichtigen gesellschaftlichen Bereichen. Beispiele sind etwa Mütterzentren, Elternschulen," Community Centers", Stadtteilzentren, Bürgerhäuser, Kulturzentren, Nachbarschaftsheime, Kontakt-, Beratungs- und Informationsstellen (z.B. für Selbsthilfe, Arbeit, Umwelt oder andere Themen). Als Infrastruktur der ausdrücklich auf Gesundheitsförderung ausgerichteten Bemühungen sind bundesweit „Werkstätten Gesundheit", „Gesundheitsbüros", „Gesundheitsläden", „Gesundheitszentren", „Gesundheitshäuser", Regionale Koordinierungsstellen für Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten, kommunale Partnerschaften u. ä. m. gegründet worden.

Für die Gesundheitsförderung ist die Vorkämpferrolle dieser Brückeninstanzen besonders wichtig. Dabei ist kennzeichnend, dass sie zwischen politisch-administrativen Systemen, Märkten und Selbsthilfezusammenschlüssen stehen, jedoch zu keinem dieser Bereiche unmittelbar gehören („zwischen den Stühlen sitzen"). Als wichtige Vermittler und Vernetzer, Informationszwischenhändler und Initiatoren von Aktionen sind sie jedoch „Stütz- und Knoten"-Punkte für die Weiterentwicklung der traditionellen und für die Durchsetzung der neuen Ansätze über bestehende institutionelle Gräben und Grenzen hinweg. Dies gilt für die meisten westeuropäischen Staaten und besonders dort, wo die sozialstaatliche Absicherung weniger, der sogenannte „Freiwilligen-Sektor" jedoch stärker ausgebaut ist, wie z.B. in England.

Auch losgelöst von der Ottawa-Charta (vom Handlungsprinzip „mediate“) hat Vernetzung Hochkonjunktur. Oft wird der Begriff für verschiedene Varianten von Koordination, Kooperation oder Kommunikation entlang „persönlicher Drähte“ benutzt. Mit der Kooperation in Netzwerken werden verknüpft: Flexibilität, Unabhängigkeit, Interdisziplinarität, Multiprofessionalität, Synergieeffekte, bessere Versorgungsqualität und -kontinuität, Anschlussfähigkeit, Innovation, Integration unterschiedlicher Akteure und Institutionen, Stärke (auf einem Dienstleistungsmarkt), Gegenmacht (im Kontext neuer sozialer Bewegungen) und vor allem funktionale Arbeitsteilung ohne hierarchische Beziehungen.

Versorgungspolitisch ist Vernetzung als Antwort auf Spezialisierungs- und Ausdifferenzierungsprozesse der professionellen Institutionen zu verstehen. Neue Beziehungsarrangements entstehen auf der Basis freiwilliger Übereinkünfte. Die Bildung von Netzwerken spiegelt aber auch eine Fragmentierung von Akteuren und Institutionen wider, die zu erheblichen Teilen daraus entstanden ist, dass vormals staatliche Aufgaben in den Markt und in den Dritten Sektor verschoben werden. Netzwerke sind oft als ein Versuch der Selbststeuerung zu verstehen, der die fehlenden staatlichen Steuerungsmöglichkeiten ersetzen soll (Gesundheitsförderungs-, Pflegekonferenzen, u. a. m.).

Zur Durch- und Umsetzung der Gesundheitsförderung sind vielfältige Policy-, Akteurs- und Bewegungsnetzwerke nötig. Diese stellen die Allianzen, Bündnisse, **Partnerschaften** und Koalitionen dar, von denen in Programmatik und Politik der Gesundheitsförderung immer wieder die Rede ist.

Literatur:

Bayrisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (Hg.), Programmplanung in der gemeindenahen Gesundheitsförderung (Band 1 der Schriftenreihe „Materialien zur Gesundheitsförderung“) sowie Partnerschaften und Strukturen in der gemeindenahen Gesundheitsförderung (Band 2 der Schriftenreihe „Materialien zur Gesundheitsförderung“), Erlangen 2008;

Böhm B et al, Zusammenarbeit professionell gestalten - Praxisleitfaden für Gesundheitsförderung, Sozialarbeit und Umweltschutz, Freiburg 1999;

GesundheitsAkademie (Hg.), Gesundheit gemeinsam gestalten - Systemische Gesundheitsförderung, Frankfurt/M. 2008 (enthält im Anhang eine Sammlung von Netzwerk-Adressen);

Penta, Leo (Hg.), Community Organizing - Menschen verändern ihre Stadt, Hamburg 2007, edition Körber-Stiftung

Trojan A/Hildebrandt H (Hg.), Brücken zwischen Bürgern *und Behörden - Innovative Strukturen für Gesundheitsförderung, St. Augustin 1990*

Internetadressen:

www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/ (Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit)
www.besserweltlinks.de (u.a. auch zu Gesundheit)
www.gesunde-staedte-netzwerk.de (Deutsches Gesunde-Städte-Netzwerk)
www.i-jogg.info (Internet-Journal Gesundheitswissenschaften und Gesundheit)
www.mitarbeit.de (Seite der Stiftung Mitarbeit mit Informationsmaterial zu Bürgerbeteiligung und Vernetzung)

Verweise:

Gesundheitsförderung 3: Entwicklung nach Ottawa, Gesundheitspolitik, Partnerschaften für Gesundheit

Verwirklichungschancen/ Capabilities

Thomas Altgeld, **Uwe H. Bittlingmayer**

(letzte Aktualisierung am 04.01.2017)

Das Wort Verwirklichungschancen ist die aktuell populärste deutsche Übertragung des englischen Begriffs „Capabilities". Der so genannte Capabilities-Ansatz, hier entsprechend als Verwirklichungschancen-Ansatz bezeichnet (andere Übersetzungen sind etwa Fähigkeiten-Ansatz, Opportunitäten-Ansatz oder der Befähigungs-Ansatz) wurde in den 1980er und 1990er Jahren vom Ökonomie-Nobelpreisträger Amartya Sen und der Philosophin Martha Nussbaum entwickelt und bezeichnet zunächst eine *allgemeine Theorie sozialer Gerechtigkeit*. Sen definiert den Kern des Ansatzes als „die Möglichkeiten oder umfassenden Fähigkeiten („Capabilities") von Menschen, ein Leben führen zu können, für das sie sich mit guten Gründen entscheiden konnten, und das die Grundlagen der Selbstachtung nicht in Frage stellt" (Sen 2000, S. 29). Es geht also vor allem darum, *positiv* zu bestimmen, was Menschen an realen Freiheiten und materiellen und kulturellen Handlungsressourcen brauchen, um einen *autonomen Lebensentwurf* begründet entwickeln zu können und dazu *befähigt zu werden* diesen *Lebensentwurf praktisch umsetzen zu können*. Der Aspekt der Befähigung und die Orientierung an realen Freiheiten sind der Ausgangspunkt für die deutsche Übersetzung des Capabilities-Ansatzes als Befähigungsgerechtigkeit.

Die enge konzeptionelle Klammer von Ökonomie, Sozialphilosophie und Wohlfahrtsstaatlichkeit und ihre Verbindung zu einer Theorie komplexer sozialer Gleichheit im Verwirklichungschancen-Ansatz macht den Ansatz besonders anschlussfähig für praxis- und interventionsbezogene Wissenschaften wie Public Health oder auch Soziale Arbeit und Sozialpädagogik. Auch für die Theorie und Praxis der Gesundheitsförderung erweist er sich deshalb als relevante Grundierung und Weiterentwicklungsmöglichkeit (hierzu etwa Abel/Schori 2009; Abel/Frohlich 2012; Bittlingmayer/Ziegler 2012; Sahrai/Bittlingmayer 2014). Die Schnittstellen zwischen dem Verwirklichungschancen-Ansatz und der Theorie der Gesundheitsförderung sind zum Teil sogar direkt, weil Sen das WIDER (World Institute for Development of Economic Research) mitbegründete, das Bestandteil der UNU (United Nations University) in Helsinki war. Er führte in den 1980er Jahren mehrere Projekte durch an einer Universität der Vereinten Nationen, in der die 1986 verabschiedete Ottawa-Charta breit diskutiert wurde und dadurch Eingang in konkrete Gerechtigkeitsformulierungen des Verwirklichungschancen-Ansatzes fand. Die Bedeutung von Gesundheit wird

von Sen auch deutlich herausgestellt: "Gesundheit ist *unter anderem* eine Quelle des Wohlergehens (und hilft Schmerzen zu vermeiden). Es gibt viele Aspekte von Freiheit und Fairness in der Verteilung von Ressourcen (oder primären Gütern), die eng verbunden sind mit Gesundheit. Gesund zu sein kann zu unserer Fähigkeit beitragen, Dinge zu tun. Tatsächlich ist Gesundheit ganz allgemein mit der Erweiterung von Verwirklichungschancen verbunden, indem sie unsere vorhandenen Verwirklichungschancen vergrößert, Dinge zu tun, von denen wir annehmen, dass wir Gründe haben, sie zu tun." (Sen 2010: viii; eigene Übersetzung)

Der Ansatz der Verwirklichungschancen wurde in enger Auseinandersetzung zu der Theorie der Gerechtigkeit des US-amerikanischen Philosophen John Rawls entwickelt, der die Freiheitsrechte des Subjekts - auch gegen den Staat - zum Ausgangspunkt nimmt. Rawls verbindet seinen freiheitstheoretischen Ansatz mit moralphilosophisch begründeten Forderungen nach Umverteilung der gesellschaftlichen Ressourcen an Menschen, die aus welchen Gründen auch immer, zu wenig Handlungsressourcen zur Verfügung haben, um eine angemessene Vorstellung des guten Lebens umsetzen zu können. Die Kritik von Sen und Nussbaum und der Versuch der Weiterentwicklung von Rawls' Theorie setzen im Verwirklichungschancenansatz sowohl am Ressourcenbegriff als auch an der aus ihrer Sicht zu einfachen Konzeptionalisierung von Ungleichheit an. *Erstens* verweisen sie darauf, dass *Ressourcen keinen Selbstzweck* darstellen. Das bedeutet beispielsweise, dass es nicht darum geht, viel Geld zu besitzen, sondern dass Geld nur *Mittel zum Zweck* der Bedürfnisbefriedigung von Menschen ist. Erst die tatsächliche Bedürfnisbefriedigung führt zu einem Zustand, den man zu Recht als Freiheit bezeichnen kann. *Zweitens* wird dem Ansatz der Verwirklichungschancen zufolge die bloße Gleichverteilung von Ressourcen der Unterschiedlichkeit von Menschen nicht gerecht. Wenn alle Menschen dasselbe an Ressourcen oder Geld zur Verfügung haben, bedeutet das nicht, dass auch alle real existierenden Menschen das gleiche Maß an Bedürfnisbefriedigung und realisierter Freiheit besitzen. Es gibt Menschen, die zur Erfüllung etwa ihres Bedürfnisses auf Mobilität mehr Ressourcen benötigen, etwa weil sie auf den Rollstuhl angewiesen sind. Eine bloße Gleichverteilung an Ressourcen würde also solche Unterschiede der Menschen ignorieren und damit gerade zu Ungerechtigkeiten führen. Nussbaum hat eine Liste von Verwirklichungschancen (Capabilities-Set) entwickelt, die vorhanden sein müssen, damit Menschen ihre Idee vom guten Leben entwickeln und verwirklichen können. Nussbaum sagt *nicht, wie ein gutes Leben genau aussehen soll*, sondern argumentiert indirekter, dass Menschen, wenn sie eine eigenständige Idee des gutes Lebens für sich selbst konzipieren und realisieren wollen, *auf ein Fundament von bestimmten Dingen zurückgreifen* müssen. Diese Liste umfasst insgesamt zehn Punkte (Abb. 1; eine umfassende Analyse der mittelbaren und unmittelbaren Gesundheitsbezüge dieser Liste liefert Bittlingmayer/Ziegler 2012: 52ff.):

1. *Leben*: Die Fähigkeit, ein menschliches Leben normaler Dauer bis zum Ende zu leben; nicht frühzeitig zu sterben und nicht zu sterben, bevor dieses Leben so eingeschränkt ist, daß es nicht mehr lebenswert ist.

2. *Körperliche Gesundheit*: Die Fähigkeit, bei guter Gesundheit zu sein, wozu auch die reproduktive Gesundheit, eine angemessene Ernährung und eine angemessene Unterkunft gehören.

3. *Körperliche Integrität*: Die Fähigkeit, sich frei von einem Ort zum anderen zu bewegen; vor gewaltsamen Übergriffen sicher zu sein, sexuelle Übergriffe und häusliche Gewalt eingeschlossen; Gelegenheit zur sexuellen Befriedigung und zur freien Entscheidung im Bereich der Fortpflanzung.

4. *Sinne, Vorstellungskraft und Denken*: Die Fähigkeit, die Sinne zu benutzen, sich etwas vorzustellen,

5. zu denken und zu schlussfolgern - und dies alles auf jene ‚wahrhaft menschliche' Weise, die von einer angemessenen Erziehung und Ausbildung geprägt und kultiviert wird, die Lese- und Schreibfähigkeit sowie basale mathematische und wissenschaftliche Kenntnisse einschließt, aber keineswegs auf sie beschränkt ist. Die Fähigkeit, im Zusammenhang mit dem Erleben und Herstellen von selbstgewählten religiösen, literarischen musikalischen etc. Werken und Ereignissen die Vorstellungskraft und das Denkvermögen zu erproben. Die Fähigkeit, sich seines Verstandes auf Weisen zu bedienen, die durch die Garantie der politischen und künstlerischen Meinungsfreiheit und die Freiheit der Religionsausübung geschützt werden. Die Fähigkeit, Erfahrungen zu machen und unnötigen Schmerz zu vermeiden.

6. *Gefühle*: Die Fähigkeit, Bindungen zu Dingen und Personen außerhalb unserer selbst aufzubauen; die Fähigkeit, auf Liebe und Sorge mit Zuneigung zu reagieren und auf die Abwesenheit dieser Wesen mit Trauer; ganz allgemein zu lieben, zu trauern, Sehnsucht, Dankbarkeit und berechtigten Zorn zu fühlen. Die Fähigkeit, an der eigenen emotionalen Entwicklung nicht durch Furcht und Ängste gehindert zu werden. (Diese Fähigkeit zu unterstützen heißt auch, jene Arten der menschlichen Gemeinschaft zu fördern, die erwiesenermaßen für diese Entwicklung entscheidend sind.)

7. *Praktische Vernunft*: Die Fähigkeit, selbst eine persönliche Auffassung des Guten zu bilden und über die eigene Lebensplanung auf kritische Weise nachzudenken. (Hierzu gehört der Schutz der Gewissens- und Religionsfreiheit).

8. *Zugehörigkeit*:
   A. Die Fähigkeit, mit anderen und für andere zu leben, andere Menschen anzuerkennen und Interesse an ihnen zu zeigen, sich auf verschiedene Formen der sozialen Interaktion einzulassen; sich in die Lage eines anderen hineinzuversetzen. (Der Schutz dieser Fähigkeit erfordert den Schutz jener Institutionen, die diese Formen der Zugehörigkeit konstituieren und fördern, sowie der Versammlungs- und Redefreiheit.)
   B. Über die sozialen Grundlagen der Selbstachtung und der Nichtdemütigung zu verfügen; die Fähigkeit, als Wesen mit Würde behandelt zu werden, dessen Wert dem anderer gleich ist. Hierzu gehören Maßnahmen gegen die Diskriminierung auf der Grundlage ethnischer Zugehörigkeit, Geschlecht, sexueller Orientierung, Kaste, Religion und nationaler Herkunft.

9. *Andere Spezies*: Die Fähigkeit, in Anteilnahme für und in Beziehung zu Tieren, Pflanzen und zur Welt der Natur zu leben.

10. *Spiel*: Die Fähigkeit zu lachen, zu spielen und erholsame Tätigkeiten zu genießen.

11. *Kontrolle über die eigene Umwelt*:
    A. *Politisch*: Die Fähigkeit, wirksam an den politischen Entscheidungen teilzunehmen, die das eigene

Leben betreffen; ein Recht auf politische Partizipation, auf Schutz der freien Rede und auf politische Vereinigungen zu haben.
B. *Inhaltlich*: Die Fähigkeit, Eigentum (an Land und an beweglichen Gütern) zu besitzen und Eigentumsrechte auf der gleichen Grundlage wie andere zu haben, eine Beschäftigung auf der gleichen Grundlage wie andere zu suchen; vor ungerechtfertigter Durchsuchung und Festnahme geschützt zu sein. Die Fähigkeit, als Mensch zu arbeiten, die praktische Vernunft am Arbeitsplatz ausüben zu können und in sinnvolle Beziehungen der wechselseitigen Anerkennung mit anderen Arbeitern treten zu können.

Abb. 1 Liste der zentralen Verwirklichungschancen (Central Capabilities) nach Martha Nussbaum (2010: 112-114)

Nussbaum möchte damit nicht Menschen bestimmte Ideen des guten Lebens vorschreiben oder nahe legen, sondern die *Bedingungen der Möglichkeiten für das gesamte Spektrum an Realfreiheiten* abstecken, das Menschen mit guten Gründen erreichen möchten. Die Liste veranschaulicht auch die *inhaltlichen Überschneidungen zur Ottawa-Charta*, etwa bei der Betonung der Zugehörigkeit zu sozialen Gemeinschaften oder der Kontrolle über die eigene Lebenswelt. Darüber hinaus sind die unmittelbaren Bezüge zu Gesundheit wie Lebensdauer, körperliche Gesundheit, Verfügbarkeit über Life Skills und die indirekten Bezüge wie Partizipation oder Sozialität klar ersichtlich (**Gesundheitsförderung 1** - **3**).

Wie weit dieses Modell von der Idee der Bevormundung entfernt wird besonders dann deutlich, wenn es um die Frage nach dem *Zusammenhang von Gesellschaft und Subjekt* geht. Demnach ist es die Aufgabe der gesellschaftlichen Institutionen, die Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass sich die Individuen für die Realisierung der in der Liste enthaltenen Verwirklichungschancen entscheiden. Hier wird eine ähnliche Zielrichtung deutlich wie bei dem Empowermentansatz der Gesundheitsförderung (**Empowerment/Befähigungung** der Partizipationsfähigkeit (**Partizipation**) und der Strukturbildung (**Capacity Building**) eine vergleichbare Verschränkung von Entscheidungsfähigkeiten von Individuen und unterstützenden gesellschaftlichen Rahmenbedingungen dafür beinhalten. Auf der anderen Seite besteht von Seiten der Gesellschaft zu keiner Zeit an Anspruch darauf, dass sich Individuen für das eine oder andere entscheiden müssten. In Hinblick auf Gesundheit bedeutet das, dass die *gesellschaftlichen Verhältnisse so organisiert* werden, dass sich ein *Höchstmaß an Gesundheit für jeden einzelnen realisieren lässt*. Ob dann Individuen sich auch dafür entscheiden, gesundheitsförderlich zu leben, bleibt *ihnen selbst überlassen*. Der Ansatz der Verwirklichungschancen ist differenzierte Gerechtigkeitstheorie, die gut dazu dienen kann, Fragen gesundheitlicher Ungleichheiten und politischer Programmatiken angemessen komplex zu begreifen und gesundheitsfördernde Handlungsansätze zu entwickeln, die Respekt vor Lebensentwürfen anderer Menschen haben (siehe hierzu auch Ruger 2010; Abel/Frohlich 2012 und ausführlich Bittlingmayer/Ziegler 2012).

So plausibel der Verwirklichungschancenansatz als gerechtigkeitstheoretische Rahmung etwa von Empowerment und Gesundheitsförderung auch ist, so schwierig ist die Aufgabe einer konkreten Operationalisierung. Weil die Perspektive auf Verwirklichungschancen einen allgemeinen Optionsraum darstellt, ist es besonders schwer herauszufinden, ob sich Chancen vergrößert haben. Denn prinzipiell gilt, dass dem Verwirklichungschancenansatz zufolge auch bei gleichem beobachtbarem Verhalten eine Vergrößerung des Optionsraums vorhanden sein kann, das Subjekt es aber mit guten Gründen ablehnt, von dieser neu wahrgenommenen Option Gebrauch zu machen. Insgesamt lässt sich sagen, dass die Bemühungen nach Messbarkeit von Verwirklichungschancen noch am Anfang stehen (hierzu ausführlicher Sahrai/Bittlingmayer 2014).

Eine zweite Schwierigkeit liegt in der Aneignung des Ansatzes von unterschiedlichster Seite. Durch die Betonung des Subjekts und seine Entscheidungsfreiheit - die als Schutz vor staatlichen Zumutungen dient, eine bestimmte Form des guten Lebens den Bürgern und Bürgerinnen vorzuschreiben - liegt das Argument nahe, dass die Situation von ressourcenschwachen Personen ihnen selbst angelastet werden kann. Sie haben in dieser *neoliberalen Lesart* schlicht aus dem großen Optionsraum die falschen Entscheidungen getroffen.

Ein letzter Punkt betrifft die konkreten Umsetzungschancen des Ansatzes für die Public Health-Praxis. Public Health-Praktiker und Praktikerinnen handeln dem Capability-Ansatz zufolge mit Notwendigkeit in einem *Spannungsverhältnis* zwischen der *Absicht, die Gesundheit von Personen zu stärken*, der zu respektierenden *Autonomie* der Personen, ihren durch *Sozialisation* erworbenen - möglicherweise gesundheitsabträglichen - Gewohnheiten, Bedürfnissen und individuellen Vorstellungen vom guten Leben (*adaptive Präferenzen*) und schließlich der Gefahr, Personen durch bloße *Überredung* oder sogar *Zwang* zum gewünschten Verhalten zu bewegen (*Paternalismus*) (siehe Abbildung 2).

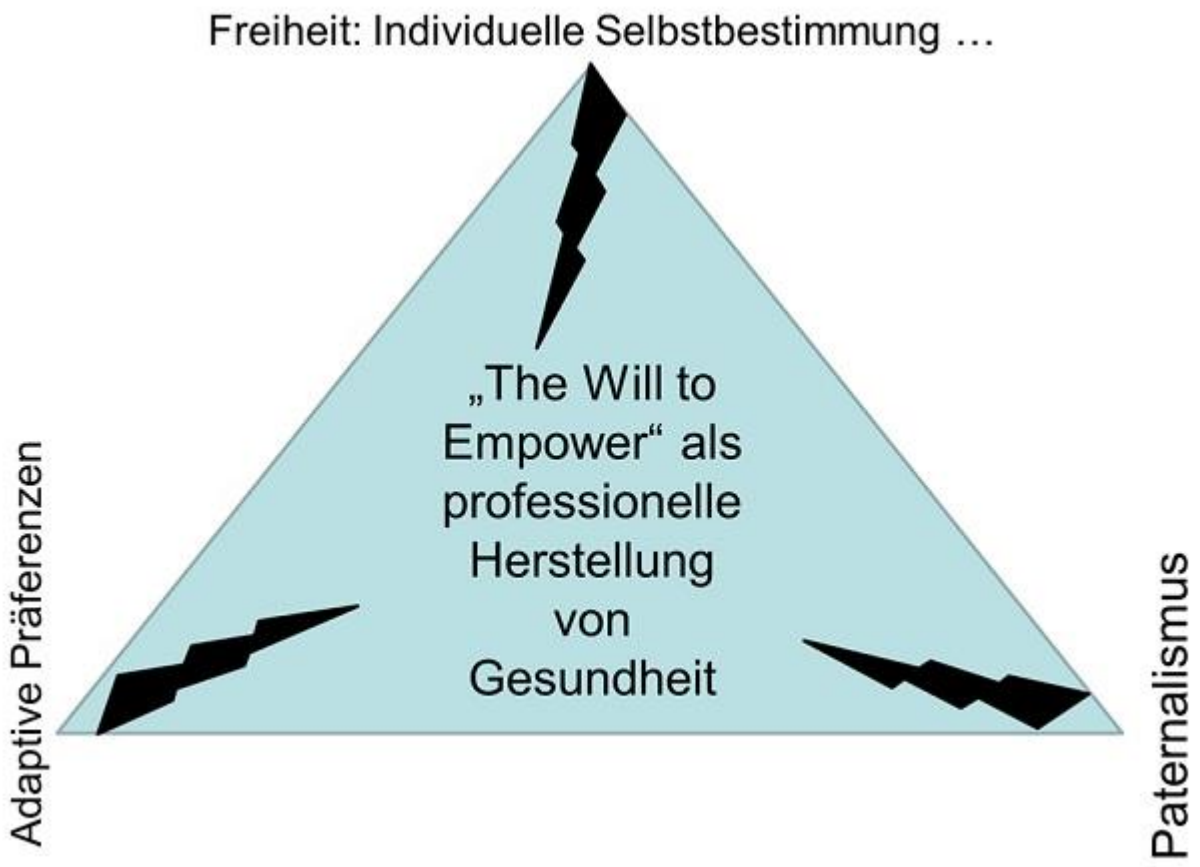


Abb. 2: Das Spannungsverhältnis der Public Health-Praxis (eigene Darstellung)

Mittlerweile hat die Rezeption des Verwirklichungschancen-Ansatzes in Deutschland eingesetzt, auch wenn sie im internationalen Vergleich deutlich geringer ist als in Ländern wir den Niederlanden, Finnland, Großbritannien oder den U.S.A. Bereits vergleichsweise früh wurde in Deutschland auf die großen Potenziale des Ansatzes für den Public Health Sektor hingewiesen, etwa in einem Beitrag von Thomas Abel und Dominik Schori (2009) oder z.B. im Rahmen der Kongresse Armut und Gesundheit durchgängig seit 2010. Verwirklichungschancen stellen hier eine zentrale Argumentationslinie für eine wesentlich gerechtere Sozial- und Gesundheitspolitik dar. Vor allem mit Blick auf die gewollte Partizipation von Menschen würde eine auf Verwirklichungschancen ausgerichtete Sozialpolitik erst die Voraussetzungen schaffen, um Formen der Partizipation auch von ressourcenschwächeren Mitgliedern der Gesellschaft zu ermöglichen. Der 13. Kinder- und Jugendbericht der Bundesregierung (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) hat 2011 erstmals den Verwirklichungschancenansatz als theoretische Klammer für die engere Verknüpfung von Gesundheitsförderung und Jugendhilfestrukturen verwendet. Die Empfehlungen des Berichts laufen auf eine engere Verzahnung des Gesundheits-, Bildungs- und Jugendhilfesektors hinaus, der die Wechselbeziehungen zwischen Gesundheit und Bildung ernst nimmt und sie vor dem Hintergrund der Verwirklichungschancen neu definiert.

Selbstbestimmtes Handeln wird hier an die strukturellen Bedingungen für die Ermöglichung von Selbstbestimmung gebunden.

Eine weitere Rezeptionslinie bestimmt den Verwirklichungschancenansatz als Erweiterung bisheriger theoretischer und konzeptioneller Modelle. In der theoriebezogenen Auseinandersetzung mit den Arbeiten von Sen und Nussbaum wird der Ansatz in der Regel ergänzend zu bestehenden Theorieangeboten innerhalb der Gesundheitswissenschaften diskutiert. So soll der Verwirklichungschancenansatz zum Beispiel ein besseres Verständnis für die Reduktion gesundheitlicher Ungleichheiten ermöglichen, weil er - im Unterschied etwa zur Soziologie Pierre Bourdieus - weniger auf die Erklärung der Reproduktion gesellschaftlicher Ungleichheiten angelegt ist (Abel/Frohlich 2012). In anderen Arbeiten wird der Capabilities-Ansatz als adäquate theoretische Rahmung des Empowerment-Ansatzes verstanden, weil sich auf seiner Grundlage schwierige normative Fragestellungen einer Praxiswissenschaft wie Public Health komplexer und gehaltvoller formulieren lassen (Bittlingmayer/Ziegler 2012; Sahrai/Bittlingmayer 2014). Dabei besteht bei der Implementation des Capability-Ansatzes in Public Health (wie bei dem anderen Ansatz auch) stets die Gefahr, dass der Erklärungsanspruch dieser Gerechtigkeitstheorie überdehnt wird, etwa indem der Capabilities-Ansatz in eine Handlungstheorie transformiert wird, die dann in die Gesundheitsförderung eingepasst wird. Dass der Verwirklichungschancenansatz aber insgesamt einen fruchtbaren Bezugspunkt darstellt, mit dem zuallererst das für Public Health konstitutive Spannungsverhältnis zwischen Autonomie, adaptiven Präferenzen und Paternalismus präzise dargestellt werden kann, sollte deutlich werden. Auf diese Weise liefert der Capabilities-Ansatz einen belastbaren Rahmen für die Fragen nach den normativen Bezugspunkten innerhalb von Public Health.

Aktuell wird in Deutschland beispielsweise der Ansatz spezifisch auf die gesundheitlichen Voraussetzungen älterer Menschen oder die räumliche Dimension des gesundheitsfördernden Settingansatzes für Quartiere bezogen. Hier wird beispielsweise die unterschiedliche Verfügbarkeit von Handlungsressourcen in Abhängigkeit vom sozialen Status und der räumlichen Verortung alter Menschen in den Fokus gerückt. Unter Rückgriff auf den Verwirklichungschancenansatz wird argumentiert, dass die sozialen bzw. gesellschaftlichen Bedingungen gerade für die Gesundheit älterer Menschen eine sehr große Rolle spielen: fehlt es an Infrastruktur wie Schwimmbädern, Parks oder nahräumlichen Freizeitangeboten hat das eine erhebliche Einschränkung der realisierte Freiheiten und Bedürfnisbefriedigungen insbesondere für mobilitätseingeschränkte Personen zur Konsequenz (Kümpers 2012). Gerade wenn etwa die Partizipation älterer Menschen gestärkt werden soll, lässt sich mit Blick auf den Capability-Ansatz feststellen, dass es hier zu einer empfindlichen Lücke kommt zwischen Rentnern und Rentnerinnen mit genügend monetären Ressourcen und alters- und kontaktarmen Menschen.

In einem weiteren Beitrag hat Hartmut Remmers (2009) aus der Perspektive der gerechten Teilhabe an gesundheitlichen Versorgungsleistungen den Ansatz der Verwirklichungschancen aufgearbeitet. In diesem Rahmen hat Remmers vergleichsweise früh den Ansatz übertragen auf das Feld der Versorgungsungleichheiten, die in Deutschland bis heute kaum flächendeckend diskutiert werden - verglichen mit den internationalen Publikationen. Zusammenfassend lässt sich aber feststellen, dass die Rezeption und die Umsetzung des Capability-Ansatzes in die Praxis der Gesundheitsförderung noch am Anfang steht. Deshalb finden sich über vereinzelte theoretische Verortungen hinaus bislang noch keine erfolgreichen Modelle guter Praxis, die hier ausgeführt werden könnten.

Literatur:

Abel, Th / Schori, D. (2009): Der Capability-Ansatz in der Gesundheitsförderung. Ansatzpunkte für eine Neuausrichtung der Ungleichheitsforschung. In: Österreichische Zeitschrift für Soziologie, 34 (2), 48-64.

Abel, Th & Frohlich, K. L. (2012): Capitals and capabilities: Linking structure and agency to reduce health inequalities. In: Social Science & Medicine, 74, 236-244.

Bittlingmayer, U.H. & Ziegler, H. (2012): Public Health und das gute Leben. Der Capability-Approach als normatives Fundament interventionsbezogener Gesundheitswissenschaften? WZB-Discussion Paper SP I 2012-301; download unter: https://bibliothek.wzb.eu/pdf/2012/i12-301.pdf;

Deutscher Bundestag (2011): Mehr Chancen für gesundes Aufwachsen. Gesundheitsbezogene Prävention und Gesundheitsförderung in der Kinder- und Jugendhilfe. 13. Kinder- und Jugendbericht. Berlin.

Keupp, H. (2013): Verwirklichungschancen für gelingendes Leben - Der Capability Approach und die Gesundheitsförderung Heranwachsender . Jugendsozialarbeit aktuell Nr. 119, S.1-4 (http://www.jugendsozialarbeit.info/JSA/lagkjsnrw/web.nsf/id/li_jsaaktuell11913.html?Open&highlight=Keupp)

Kümpers, S. (2012): Partizipation hilfebedürftiger und benachteiligter Älterer - die Perspektive der ‚Grundbefähigungen' nach Martha Nussbaum. In: Rosenbrock, R. & Hartung, S. (Hrsg.) (2012): Handbuch Partizipation und Gesundheit, Bern (Verlag Hans Huber).
Nussbaum, M. C. (2010): Die Grenzen der Zugehörigkeit. Behinderung, Nationalität und Spezieszugehörigkeit, Frankfurt/Main (Suhrkamp).

Remmers, H. (2009): Ethische Aspekte der Verteilungsgerechtigkeit gesundheitlicher Versorgungsleistungen. In: Bittlingmayer, U.H.; Sahrai, D. & Schnabel, P.-E. (Hrsg.): Normativität und Public Health, Wiesbaden (VS).

Ruger, J. (2010): Health and Social Justice. New York (Oxford Univ. Pr.).

Sahrai, E. & Bittlingmayer, U.H. (2014): Empowerment and the Capability Approach in Public Health - some remarks from the perspective of a scientific evaluation research.

In: Otto, H.-U. & Ziegler, H. (eds.): Critical Social Policy and the Capability Approach, Opladen (Barbara Budrich).

Sen, A. (2000): Ökonomie für den Menschen. Wege zu Gerechtigkeit und Solidarität in der Marktwirtschaft, München (Hanser Verlag).

Sen, A. (2010): Foreword. In: Ruger, J.: Health and Social Justice. New York (Oxford Univ. Press).

Internetadressen:

http://hd-ca.org/ [Human Development & Capability Association]

Verweise:

Capacity Building / Kapazitätsentwicklung, Empowerment/Befähigung, Gesundheitsförderung 1: Grundlagen, Gesundheitsförderung 3: Entwicklung nach Ottawa, Partizipation: Mitentscheidung der Bürgerinnen und Bürger

Wohlbefinden/Well-Being

Bernd Röhrle

(letzte Aktualisierung am 22.03.2018)

Die Weltgesundheitsorganisation WHO hat 1946 in ihrer Verfassung festgelegt, dass unter **Gesundheit** ein „Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen" zu verstehen sei. Dieses Gesundheitsverständnis ist zum Inbegriff einer, erst Jahrzehnte später expliziten, **salutogenetischen Perspektive** geworden. Für die WHO wird Wohlbefinden (im englischen Original: „well-being") zur Fähigkeit, eigene persönliche, soziale und ökonomischen Ziele umzusetzen. Dadurch können kritische Lebensereignisse bewältigt, ein gemeinschaftlich angelegter Lebensweg beschritten und die dafür notwendigen Lebensverhältnisse gepflegt werden. Damit sind sowohl subjektive wie objektive Anteile von Gesundheit angesprochen, und zugleich wird eine ganzheitliche Sicht einer bio-psychosozialen Gesundheit festgelegt.

Definition und Typisierungen

Wohlbefinden ist ein individueller oder kollektiver Zustand oder Prozess, sich selbst, andere und entsprechende Lebensumstände als positiv zu erleben. Allerdings wird Wohlbefinden je nach wissenschaftlichem Verwendungszusammenhang ((z.B. in der Wirtschaft, Politik, Soziologie oder Psychologie) unterschiedlich operationalisiert. Im engeren Sinne zeichnet sich Wohlbefinden durch folgende *Typisierungen* aus:

- aktuelles vs. habituelles,
- subjektives vs. objektives,
- psychologisches vs. soziologisches vs. ökonomisches,
- individuelles vs. umweltgebundenes,
- handlungsbezogenes vs. dispositionelles,
- mentales, physisch-körperliches, emotionales, funktionales, soziales, spirituelles, gemeindeorientiertes,
- hedonisches bzw. eudaimonisches und ontologisches Wohlbefinden.

Eine gewisse grundsätzliche und philosophienahe Bedeutung bei all diesen Unterscheidungen haben zwei unter dem letzten Spiegelstrich genannten Arten des Wohlbefindens. Unter hedonischen Formen des Wohlbefindens versteht man das Prinzip der Unlustvermeidung und der Annäherung an lustvolle Zustände. Das eudämonische Wohlbefinden

meint die Verwirklichung eines guten (sinnvollen, die menschlichen Potenziale verwirklichenden) Lebens. Daraus entstand ein psychologisches Konstrukt, das Momente der Selbstakzeptanz, und der Entwicklung der eigenen Persönlichkeit umfasst. Es schließt aber auch die Beziehungen zu anderen mit ein und betont auch die Fähigkeit zur Autonomie, zur Bewältigung alltäglicher Probleme, und zur zielorientierten Gestaltung des eigenen Lebens. Das hedonische Wohlbefinden beschreibt mehr die Seite des affektiven Erlebens, des Genießens. Die Vorstellung von einem ontologischen Wohlbefinden ist der Versuch, eudaimonisches und hedonisches Wohlbefinden als philosophische Kategorie zu verknüpfen.

Wohlbefinden wird manchmal auch gleichgesetzt mit positiven und negativen affektiven Anteilen, mit Glück, Lebenszufriedenheit, Lebensqualität, „Flourishing“ (positiv getöntes Erfahren im Lebensvollzug mit einem starken Erleben der eigenen Stärken, Kreativität, Güte, Wachstumsmöglichkeiten und Widerstandsfähigkeit), mit Wellness und auch der Negation von Krankheit oder Anomie bzw. Gesundheit. Auch diese begrifflichen Erweiterungen des Wohlbefindens sind zusätzlich noch in sich unterschiedlich definiert und zugleich auch an verschiedene Krankheiten bzw. Altersgruppen angepasst worden.

Subjektives Wohlbefinden ist das Ergebnis von Vergleichen. Diese beziehen sich auf Urteile, inwieweit Bedürfnissen, Wertmaßstäben und Einstellungen hinreichend entsprochen wurde. Beteiligt sind dabei Motive (z.B. Hoffnung, Optimismus, Prosozialität), die auf das Selbst oder das Kollektiv bzw. die Umwelt ausgerichtet sind. Zusammen sind sie mehr oder weniger bereichsspezifisch (materiell, sozial, gesundheitlich etc.) und im Extremfall an lebensübergreifenden Themen orientiert. Wichtig ist, wie die internen oder externen Handlungs-, Entwicklungs- und Bewältigungsmöglichkeiten beschaffen sind. Das auf das Wohlbefinden bezogene Handeln bzw. seine Ergebnisse oder die entsprechenden externen Ereignisse sind auf diesen Urteilsprozess bezogen.

Objektives Wohlbefinden beschreibt die für die subjektive Form notwendigen Lebensverhältnisse. In der Regel wird dabei das ökonomische, ökologische und humane Kapital einer Gesellschaft erhoben, d.h. seine strukturellen und Sicherheit bietenden Möglichkeiten, individuell und kollektiv die Voraussetzungen für das subjektive Wohlbefinden zu schaffen (**Determinanten von Gesundheit**). Individuelles Wohlempfinden entspricht der subjektiven Form. Das kollektive Wohlempfinden wird in die Nähe des Begriffs des Humankapitals gerückt, also des insbesondere im Wissen der Gesellschaft beheimateten und auch wirtschaftlich nutzbaren Potentials. Dieses kann durch Bildung und soziale Interaktion freigesetzt werden.

Bei der *Messung* von Wohlbefinden, von **Lebensqualität**, des Glücks, der Lebenszufriedenheit und des Flourishing finden sich fast alle der oben genannten Bestimmungsstücke wieder. Die OECD hat 2013 einen Orientierungsrahmen vorgestellt, um den Umgang mit

der Vielfalt der entwickelten Messinstrumente zu erleichtern. Dieser Rahmen hilft bei der Auswahl der Messverfahren insbesondere dann, wenn verstärkt an den Interessen der Nutzerinnen und Nutzer angesetzt werden soll. Aus epidemiologischen Untersuchungen zum Wohlbefinden in nationalen und transnationalen Zusammenhängen geht hervor, dass sich die Werte für das Wohlbefinden im mittleren Bereich bewegen (in der Regel mit Vorteilen für Europa und die USA). Ähnliche Angaben werden auch für die Lebenszufriedenheit und Lebensqualität von Kindern gemacht.

Wohlbefinden und Gesundheit: Modelle und Bedingungen

Wohlbefinden wird mit einer Vielzahl von Merkmalen in Zusammenhang gebracht. Dazu gehört die Qualität des sozialen Lebens, die eigene Befindlichkeit, der Erfolg des Lebensvollzugs sowie viele förderliche Umweltbedingungen - v.a. auch Kategorien der Gesundheit als selbst eingeschätzte Kategorie, als Korrelat der Langlebigkeit, des Gesundheitsverhaltens und objektiver Kriterien der physischen und psychischen Gesundheit. Der direkte Zusammenhang zwischen Wohlbefinden und Gesundheit steht in einem mäßigen korrelativen Bezug. Längsschnittsstudien können kaum quasi-kausale Wirkungen nachweisen.

Dieses Ergebnis dürfte damit im Zusammenhang stehen, dass zwischen Wohlbefinden und Gesundheit wesentlich komplexere Wirkgefüge anzunehmen sind. So konnte nachgewiesen werden, dass eine Vielzahl von psychophysiologischen, neurologischen, psychologischen Prozessen und Verhalten als vermittelnde Größen beteiligt waren. Zudem spielt auch eine Vielzahl von persongebundenen und kontextuellen Bedingungen bei diesen vermittelnden Prozessen eine Rolle. So ist u.a. die Wirkung nachgewiesen von Dopamin oder Endorphinen, der Reagibilität des Immun- und autonomen Nervensystems, der HPA-Achse, der Herzratentätigkeit, der neurologischen Aktivität der Amygdala und der des Verstärkerzentrums (mesolymbisches System; Nucleus Accumbens). Sie alle beeinflussen die affektiven, motivationalen und kognitiven Aspekte des Wohlbefindens und vermögen entsprechendes Verhalten zu verstärken. So wirken sich positive Affekte teilweise auf gesundheitsrelevantes Wissen und Motivationen (Risikowahrnehmung, Handlungserwartungen, Motive, etc.) aus. Auch stärkt Wohlbefinden die Bereitschaft, sich zu bewegen und gesunde Nahrungsmittel zu wählen, in beträchtlichem Ausmaß.

Modelle und Theorien des Wohlbefindens haben versucht, solche komplexen Zusammenhänge abzubilden. Die dabei beteiligten Faktoren sind in Abb. 1 zusammenfassend dargestellt.

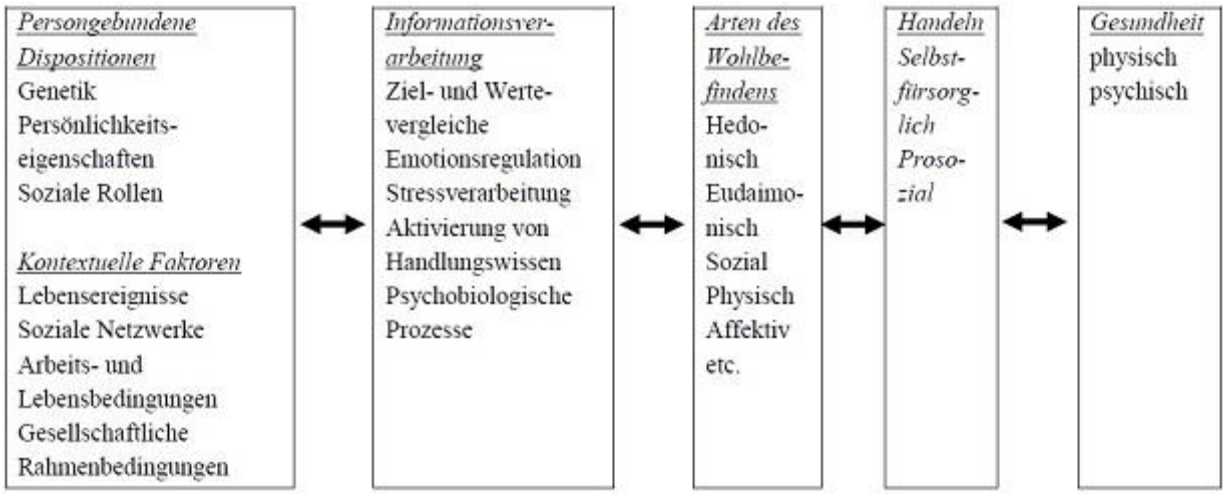


Abb. 1: Modell zum Zusammenhang von Wohlbefinden und Gesundheit

Für die Verarbeitung von Informationen, die für das Wohlbefinden relevant sind, müssen Handlungsziele und Wertorientierungen vorhanden sein. Diese führen Vergleichsprozesse zu bestimmten Empfindungen und Wahrnehmungen verschiedener Arten des Wohlbefindens. Durch psychobiologische oder psychologische Prozesse, aber auch durch wahrnehmbares Handeln (einschließlich der Verarbeitung von Stressoren), werden in Interaktion mit entsprechenden Umweltbedingungen die notwendigen Vergleiche als Voraussetzungen des Wohlbefindens möglich. Sollgrößen dieser Prozesse sind dabei auch kollektiv gesteuert (Wohlbefinden als soziologische Größe).

Individuelle und kontextuelle Bedingungen

Zu den derzeit gut untersuchten Rahmenbedingungen für Wohlbefinden zählen:

- Genetische Dispositionen und Persönlichkeitsmerkmale;
- Gender und Alter;
- Informationsverarbeitung und Verhalten;
- Lebensereignisse;
- Soziale Position und Lebenslage;
- Soziale Netzwerke und soziales Kapital;
- Arbeitswelt und gesellschaftliche Bedingungen.

In Zwillingsstudien zeigen sich zwar vereinzelt *genetische* bzw. dispositionelle Teileffekte. Es überwiegen jedoch Studien, welche Merkmale der Persönlichkeit, des Verhaltens und der sozialen Umwelt für das Wohlbefinden als bedeutsamer hervorheben. Bei *Persönlichkeitsmerkmalen* korrelieren Extraversion, Neurotizismus und Verträglichkeit am stärksten mit Lebenszufriedenheit, Glückserleben und negativem Affekt. Subjektives Wohlbefinden wird am deutlichsten durch Extraversion und Neurotizismus vorhergesagt.

Geringe *geschlechtsbezogene Unterschiede* im Wohlbefinden werden bei Frauen mit einer höheren Morbidität, mit häufigerem Witwendasein, mit empfundener geringerer Attraktivität im Alter, mit ökonomischer Benachteiligung und mit ihrer größeren Veröffentlichungsbereitschaft in Zusammenhang gebracht. Zum Wohlbefinden verschiedener *Altersgruppen* liegen folgende Ergebnisse vor*:* Abhängig von verschiedenen Rahmenbedingungen (physische und psychische Gesundheit, Persönlichkeitsmerkmalen, Beschäftigungsstatus, inneren Werten, Zielorientierung, Selbstwirksamkeit, Hoffnung, soziale Unterstützung bzw. Familienqualität, elterlicher Erziehungsstil, Lebensqualität der Nachbarschaft, Enkulturation - weniger bedeutend: Geschlechtsgruppenzugehörigkeit, ethnische Verbindung und sozio-ökonomischer Status) zeigen Kinder und Jugendliche eine hohe Lebenszufriedenheit und ein überwiegend ausgeprägtes Glücksempfinden. Zur Stabilität bzw. Veränderung von Wohlbefinden im Alternsprozess liegen keine konsistenten Ergebnisse vor. Der Höhepunkt für Glücksgefühle scheint jedoch nach 50 Lebensjahren abzunehmen, während die Lebenszufriedenheit wieder zunimmt.

In vielen Studien zur *Informationsverarbeitung* ist nachgewiesen, dass für die psychische Gesundheit, die Lebenszufriedenheit, Lebensqualität und für positive Affekte entscheidend ist, wie gut Emotionen oder Stress reguliert werden konnten. Klare interaktive Bezüge zwischen verschiedenen Formen des Wohlbefindens sind für hedonisches Wohlbefinden und affektive Lagen nachgewiesen. Weniger deutlich ist der Zusammenhang zwischen eudaimonischem Wohlbefinden und dem Sinnerleben. Positive Affekte helfen, Stressoren zu bewältigen und innere und äußere Ressourcen zu aktivieren (z.B. Kohärenzsinn, personale Projekte, soziale Unterstützung). Prosoziales, vertrauensvolles *Verhalten* und die Bereitschaft, Belohnungen aufzuschieben, erweist sich vielfach als „glücklich“ machend, Lebenszufriedenheit und Lebensqualität sind gesteigert. Risikoverhalten und gesundheitsbezogene Lebensqualität korrelieren hingegen negativ.

Lebensereignisse, soziale Netzwerke, Qualität an Arbeitsplätzen, verschiedene Merkmale der Umwelt bis hin zu gesamtgesellschaftlichen Merkmalen, wie Modernität, nehmen als *kontextuelle Merkmale* nachweislich Einfluss auf das Wohlbefinden. Heirat und Geburtserleben erweisen sich in Längsschnittstudien als bedeutsamste Prädiktoren für positiv gestimmtes kognitives und affektives Wohlbefinden. Scheidung, Verwitwung, Arbeitslosigkeit und Berentung sagen teilweise erhebliche negative Effekte des Wohlbefindens vorher. Diese Ergebnisse werden allerdings stark von weiteren Faktoren mitbestimmt wie Persönlichkeitsmerkmalen, Bewältigungsfertigkeiten, Fertigkeiten zur Emotionsregulation und Einbindung in soziale Netzwerke.

Soziale Position und Lebenslage: Die Zusammenhänge zwischen dem Einkommen bzw. Lebensstandard oder auch Bildung und verschiedenen Arten des Wohlbefindens bewegen sich weitgehend im mittleren Effektbereich. In Abhängigkeit von vielen Kovariaten (z.B. materialistische Orientierung, allgemeines Einkommensniveau eines Landes, Befriedigung

der Grundbedürfnisse) erhält der Zusammenhang einen u-förmigen und dabei meist auch stabilen Verlauf. Bedeutsamer ist jedoch die subjektiv empfundene Ungerechtigkeit in Form der wahrgenommenen Unterschiedlichkeit der konkreten **Lebenslagen**.

Soziale Netzwerke und soziales Kapital wirken sowohl direkt als auch indirekt auf das Wohlbefinden ein. Die Qualität sozialer Kontakte in sozialen Netzwerken, Freundschaften, Familien und ehelichen Beziehungen ist dabei für das Wohlbefinden bedeutsamer als deren Quantität. Untersucht man die Bedeutung des **sozialen Kapitals** (definiert als Ressourcenzugang, Vertrauen, soziale Integration, etc.), so finden sich auch hier positive Bezüge zur Lebensqualität, zum Glückserleben und, in einem weiten Sinne, auch zur Lebenszufriedenheit.

Arbeitswelt und gesellschaftliche Bedingungen: Der Wert von Arbeit wird meist als Ressource und sinnstiftendes Moment dargestellt. Auch Wohlbefinden ist nachweislich von Merkmalen am Arbeitsplatz abhängig. So zeigen sich im „World Happiness Report“ 2017 weltweit deutliche Unterschiede zwischen Beschäftigten und arbeitslosen Menschen in ihrer Lebenszufriedenheit und Affektqualität. Aber auch bei den Beschäftigten konnte nachgewiesen werden, dass Bedingungen am Arbeitsplatz (Belohnungswert, Kommunikation, Führungsqualität, Arbeitsplatzsicherheit- und Stabilität, etc.) in einem deutlichen Bezug zum Wohlbefinden stehen. Für Länder der OECD (2011) sind die Zusammenhänge zwischen der Lebenszufriedenheit und dem Einkommen, der sozialen Gerechtigkeit, Wohnverhältnissen, Arbeitsplatzsicherheit, Unterstützungspotentialen und Gesundheit besonders hoch. Zusätzlich scheinen das Ausmaß an Liberalität, die Stabilität von Regierungen, die soziale Sicherheit, das Ausmaß an persönlicher Sicherheit und weitere Merkmalen der Lebensqualität (u. a. Zugang zu sauberem Wasser, Luftqualität, sanitäre Ausstattung, Freizeitmöglichkeiten) für das subjektive Wohlbefinden entscheidend zu sein.

Das *Zusammenspiel von Person-Umweltbezügen* als Bedingungen des Wohlbefindens ist vermutlich am besten durch die Interaktion bestimmter Persönlichkeitseigenschaften und selbst gewählter Situation vorherzusagen. Ein stark mit dieser Vorstellung verbundenes Konzept ist die Idee der ***Verwirklichungschancen/Capabilities***. Ursprünglich wurde mit diesem Konzept der Wohlstand von Gesellschaften erfasst, also das Ausmaß an freiheitlichen, ökonomischen Ressourcen und Chancen bzw. Sicherheiten. Diese sind für das Wohlbefinden letztlich nur bedeutsam, wenn bestimmte Fertigkeiten vorhanden sind, entsprechende Angebote auch nutzen zu können. Wohlbefinden wird mit Verwirklichungschancen gleichgesetzt, um stabile Lebensverhältnisse zu schaffen und den Zugang zu Bildung, Bindung, Autonomie, Erfolg und Freude zu gewährleisten.

Interventionen zur Steigerung des Wohlbefindens

Nicht nur auf Basis der Befunde zum Zusammenhang von Wohlbefinden und Gesundheit, sondern auch durch eine positive Orientierung von Gesundheitszielen, wie sie die WHO, die positive Psychologie sowie andere gesellschaftliche Vorstellungen von einem gelingenden Leben vorgegeben haben, wurden zahlreiche Interventionen zur Förderung des Wohlbefindens entwickelt. Im Vordergrund stehen dabei kurativ und präventiv bedeutsame Programme, die edukativ oder selbsthilfeorientiert das Wohlbefinden v.a. von erkrankten Personen verbessern wollten. Es überwiegen Studien aus der positiven Psychologie, die psychischen Problemen vorbeugen und sie behandeln will.

- *(a) Interventionen bei körperlichen Erkrankungen*: Bei Studien zu diesem Thema wird in der Regel geprüft, ob klassische medizinische Maßnahmen bei körperlichen Erkrankungen nicht nur zu einer symptomatischen Besserung führen, sondern auch die Lebensqualität verbessern. Die Ergebnisse sind eher gemischt, wenn die Wirkung von Psychopharmaka bei Schmerzen, bei der Rückfallprophylaxe von Psychosen oder bei Demenzkranken untersucht wurde. Bariatrische Eingriffe (Verkleinerung des Magens) zeitigen kaum nachvollziehbare Effekte in der Lebensqualität der Patienten und Patientinnen. Auch wenn die Wirkung psychosozialer Maßnahmen untersucht wurde, fallen die Ergebnisse eher gemischt aus: so bei Arthritis, Asthma, Herzerkrankungen, COPD, Krebs, Herzkreislauferkrankungen und Hämodialysepatienten/-patientinnen. Hohe Werte konnten in der Veränderung der Lebensqualität bei Patienten/Patientinnen mit Osteoporose oder Multipler Sklerose nachgewiesen werden. Insgesamt bleiben die Wege noch im Dunkeln, auf welche Weise sich die Hilfen auf Arten und Komponenten des Wohlbefindens ausgewirkt haben.
- *(b) Interventionen bei psychisch Erkrankten:* Es liegen nur wenige Nachweise dafür vor, dass die psychotherapeutische Behandlung psychischer Störungen auch Merkmale des Wohlbefindens (meist Lebensqualität) verbessern hilft, Viele Ergebnisse zeigen überwiegend Effekte bei den Symptomen und weniger bei Merkmalen des Wohlbefindens (nachgewiesen für psychotische Erkrankungen, Ess- und Angststörungen).
- *(c)* Viele Maßnahmen werden auch *im präventiven Bereich* mit zum Teil deutlicheren Effekten angeboten. Spezielle Untersuchungen zur Wirksamkeit von Methoden zur Steigerung positiver Aktivitäten, zu mehr Achtsamkeit und Dankbarkeit berichten über schwache bis mittlere Effekte. Klassisch-präventive Vorgehensweisen wie das Training körperlicher Fitness erweisen sich für das Ausmaß an positiven Affekten bei älteren Menschen als nur wenig erfolgreich. Bei Jugendlichen lassen sich einige positive Effekte nachweisen, die aber möglicherweise mehr mit der Zugehörigkeit zu Vereinen oder Clubs zu tun haben

könnten. *Settingorientierte Maßnahmen* zur Stärkung des Wohlbefindens sind im Wesentlichen auf Interventionen am Arbeitsplatz beschränkt (**Gesundheitsförderung und Betrieb**). Körperliches Training am Arbeitsplatz, positiv psychologische Maßnahmen oder webbasierte psychosoziale Hilfen bessern nur wenig das psychische Wohlbefinden, die Absentismusrate und die Produktivität.

Fazit und Ausblick

Wohlbefinden im Zusammenhang mit dem Thema Gesundheit zu untersuchen und zu fördern, ließ viel Hoffnung aufkommen. Doch die Zusammenhänge zwischen den Bedingungen und Folgen des Wohlbefindens sind komplex. Nur selten werden Untersuchungen konzipiert, die umfassend alle beteiligten Komponenten prüfen. Das gilt gleichermaßen für individuelle, kollektive und gesellschaftliche Maßnahmen, Wohlbefinden zu pflegen. Selbst wenn sich die Ergebnisse durch komplexer angelegte Studien verbessern lassen, bleiben am Ende auch Gefahren, wenn man sich einseitig auf die Kategorie Wohlbefinden festlegt. Die Gefahren sind groß, Wohlbefinden nicht vorwiegend in der Interaktion mit dem Pathogenen zu sehen, es nur auf Personen zu reduzieren und nicht auch als ein Umweltmerkmal zu begreifen.

Die neueren gesundheitspolitischen Strategien zur Förderung von „Gesundheit und Wohlbefinden“ versuchen sich an einer Gesundheit der Bevölkerung zu orientieren, die mehr soziale Determinanten und nachhaltige Entwicklungsziele im Auge hat, um so auch den Gefahren eines individualisierenden Reduktionismus von Wohlbefinden vorzubeugen. Sie nutzen das vielfältige Potential des Konzepts des Wohlbefindens, um es mit verschiedenen Politikbereichen zu verknüpfen und um so dem übergeordneten Ziel der sozialen und **gesundheitlichen Chancengleichheit** zu dienen. Auch die globalen Vorstellungen zur nachhaltigen Entwicklung nehmen in der Agenda 2030 und den „Sustainable Development Goals (SDG)“ darauf Bezug (**Gesundheitsförderung international 3**, **Global Health/Globale Gesundheit**). Weltweit werden entsprechende Bemühungen erkennbar, insbesondere in Ländern wie USA, Kanada, Australien, aber auch in Ländern der Europäischen Union. Der Europäische Gesundheitsbericht (2012) will das Konzept des Wohlbefindens deutlich revitalisieren. Trotz der bislang schwachen Zusammenhänge zwischen Gesundheit, Krankheit und Wohlbefinden, will man dafür eintreten, dass die Lebensbedingungen und auch das Gesundheitssystem gerade auch über die Bedeutungsvielfalt des Konzepts zu einem Garanten des gesellschaftlichen Wohlbefindens werden. Diese Sicht beeinflusste u.a. auch europäische Aktionsprogramme zur Öffentlichen Gesundheit, wie das vom Statistischen Amt der Europäischen Union (Eurostat) und die von Netzwerken wie dem EuroHealthNet. Der gewünschte Paradigmenwechsel ist in einigen europäischen Ländern wie z.B. in England oder Holland schon deutlich angekommen. Sie alle verknüpfen des Ziel der gesundheitlichen Chancengleichheit mit der Förderung von Wohlbefinden

(**Gesundheitsförderung und Europäische Union**). In Deutschland wird das Wohlbefinden vor allem im Bericht der Bundesregierung zur Lebensqualität (2016) angesprochen. Es taucht aber auch als Thema im Bereich der Förderung der kindlichen Entwicklung, der Kindergesundheit und des Kindeswohls auf; hier auch als „Aufwachsen in ‚Wohlergehen'"(**Präventionsketten/Integrierte kommunale Gesundheitsstrategien**) und in Verbindung mit Förderung der **Resilienz**. Dadurch wird insgesamt ein Paradigmenwechsel weg von einer engen und eindimensionalen Auffassung von (physischer) „Gesundheit" zu einem mehrdimensionalen Konzept hin entwickelt, bei dem eine Vielzahl von biopsychosozialen Prozessen auf der individuellen Ebene und auch ein komplexes Gefüge von gesellschaftlichen Lebensbedingungen, Institutionen und sozialen Netzwerken beteiligt sind. Bleibt zu hoffen, dass diese differenziertere Revitalisierung von Wohlbefinden auch zu einer nachhaltigen gesellschaftlichen Wende führt, bei der Gesundheit und Wohlbefinden wichtige Säulen eines menschenwürdigen Lebens werden.

Literatur:

Biswas-Diener, R. (2013). Positive Psychology as Social Change. New York.

Brown, N. J. L., Lomas, T. & Eiroa-Orosa, F. J. (Eds.) (2018). The Routledge international handbook of critical positive psychology. London.

Bericht der Bundesregierung zur Lebensqualität in Deutschland: https://www.gut-leben-in-deutschland.de/SiteGlobals/PL/18795112.

Centers of Disease Control and Prevention (2016). Well-being concepts. Atlanta. (https://www.cdc.gov/hrqol/wellbeing.htm; 08.02.18)

Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E. & Smith, H. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. Psychological Bulletin, 125(2), 276-302.

Diener, E. & Tay, L. (2015). Subjective well-being and human welfare around the world as reflected in the Gallup World Poll. International Journal of Psychology, 50(2), 135-149

Estes, R. J. & Sirgy, J. (2017). The Pursuit of human well-being the untold global history. Cham.

Helliwell, J., Richard Layard, R. & Sachs, J. (eds.) (2017). The world happiness report. http://worldhappiness.report/wp-content/uploads/sites/2/2017/03/HR17.pdf.

Linton, M.-J., Dieppe, P., Medina-Lara, A. (2016). Review of 99 self-report measures for assessing well-being in adults: exploring dimensions of well-being and developments over time. British Medical Journal, 6, e010641.

OECD (2013). OECD guidelines on measuring subjective well-being. OECD Publishing. http://dx.doi.org/10.1787/9789264191655-en.

Röhrle, B. (2017). Ressourcen aktivieren: Förderung von Wohlbefinden bei älteren Menschen. In R. Frank (Hrsg.), Therapieziel Wohlbefinden. Ressourcen aktivieren in der Psychotherapie. (S. 275-290). Cham, 3. Aufl.).

Ruini, C. (2017). Positive psychology in the clinical domains. Research and practice. New York.

Unicef (2016). Innocenti Report Card (https://www.unicef-irc.org/publications/series/16/)

White, S. C. (2016) Introduction: The many faces of wellbeing. In S. C. White & C. Blackmore (Eds.), Cultures of wellbeing. (pp. 1-44). London.

WHO (2012). Measurement of and target-setting for well-being: an initiative by the WHO Regional Office for Europe. First meeting of the expert group, Copenhagen, Denmark, 8-9 February 2012. Copenhagen.

WHO (2013). Der Europäische Gesundheitsbericht 2012. Ein Wegweiser zu mehr Wohlbefinden. Kopenhagen

WHO (2013). Gesundheit 2020. Rahmenkonzept und Strategie der Europäischen Region für das 21. Jahrhundert. Kopenhagen.

WHO (2015). Der Europäische Gesundheitsbericht 2015. Der Blick über die Ziele hinaus-neue Dimensionen der Evidenz. Kopenhagen.

Verweise:

Determinanten von Gesundheit, Gesundheit, Gesundheitliche Chancengleichheit, Gesundheitsförderung 3: Entwicklung nach Ottawa, Gesundheitsförderung 4: Europäische Union, Gesundheitsförderung und Betrieb, Globale Gesundheit / Global Health, Lebenslagen und Lebensphasen, Lebensqualität - ein Konzept der individuellen und gesellschaftlichen Wohlfahrt, Präventionskette / Integrierte kommunale Gesundheitsstrategie, Resilienz und Schutzfaktoren, Salutogenetische Perspektive, Soziales Kapital, Verwirklichungschancen/ Capabilities

Zielgruppen, Multiplikatorinnen und Multiplikatoren

Stephan Blümel, Frank Lehmann

(letzte Aktualisierung am 01.09.2015)

Definitionen:

Zielgruppe:
Ein Teil der Bevölkerung bzw. eine Gruppe von Personen, die gezielt mit bestimmten Angeboten (z.B. Aufklärungskampagnen, Trainingsprogramme) erreicht werden soll. Der Begriff Zielgruppe wurde kritisiert, weil er gerade die gewünschte Partizipation konterkariert. Es wird auf eine Gruppe gezielt und nicht gemeinsam ein Ziel entwickelt (Mielck 2014). Es ist daher bei allen im Folgenden für Zielgruppen dargestellten Erläuterungen zu berücksichtigen, dass viele der dargestellten Anforderungen am besten auf Augenhöhe mit den sogenannten Zielgruppen erreicht werden.

Multiplikatoren/Multiplikatorinnen:
Personen oder Institutionen, die empfangene Informationen an mehrere Personen (i. d. R. die Zielgruppe) weiterleiten und dadurch multiplizieren.

In der Praxis werden die Begriffe häufig synonym verwandt, insbesondere „Zielgruppe" nicht nur für diejenigen, bei denen letztendlich Veränderungen von gesundheitlichen Einstellungen und Verhalten angestrebt werden (z.B. Schülerinnen/Schüler), sondern an die sich eine Maßnahme (z.B. Fortbildung) richtet (z.B. Lehrende), auch wenn es sich dabei eigentlich um Multiplikatoren/Multiplikatorinnen handelt.

Die Begriffe stammen aus Kommunikationswissenschaft, Konsumtheorie und Werbung und dienen dort dazu, marketingspezifische Ziele (z.B. Verkaufsförderung eines bestimmten Produktes) zu erreichen; auch in der Prävention und Gesundheitsförderung werden sie verwandt:

Um spezifisch Bevölkerungsgruppen mit einem erhöhten Präventions- und/oder Gesundheitsförderungsbedarf möglichst effizient zu erreichen (und um Angebote bedarfsgerechter als für die Allgemeinbevölkerung auszurichten), sind adäquate auf diese **Zielgruppen** ausgerichtete Maßnahmen notwendig. Im günstigen Fall werden Maßnahmen zusammen mit Zielgruppen entwickelt. Zur Bildung von Zielgruppen werden vielfältige Merkmale herangezogen (Abb. 1).

Zielgruppenmerkmale	Zielgruppen
Geschlecht	Männer, Frauen
Alter	Kinder, Jugendliche, alte Menschen
Lebenssituation und Lebenslage / soziale Lage	Arbeitslose, Alleinstehende, Alleinerziehende, Migrantinnen und Migranten, (weitere) sozial benachteiligte Gruppen
Lebensstile	Konsum-, Spaß-, Gesundheitsorientierte
Konsum-/Verhaltensgewohnheiten	Raucher/Raucherinnen, Fast-Food-Konsumierende
Formen des Beteiligtseins	Betroffene, Angehörige, Freunde, Bekannte
Regionale und Standortmerkmale	Mitarbeitende eines Betriebes, Bewohnerinnen/Bewohner eines Landkreises, einer Stadt, eines Landes, Gebietes mit besonderem Entwicklungsbedarf (**Soziale Stadt**)
bestimmte Interessen und Wünsche	Gesundheitsbewusste, Menschen, die abnehmen möchten; Menschen, die Anerkennung, Schönheit etc. suchen; bestimmte **Phasen der Verhaltensänderung**
bestimmte Gesundheitsrisiken	Übergewichtige, Risikofaktorenträger und -trägerinnen
bestimmte Tätigkeiten und Funktionen	Hausfrauen/Hausmänner, Lehrende, Lernende, Erziehende, Eltern, ärztliches Personal, Patienten/Patientinnen

Abb. 1: Merkmale für die Zielgruppenbildung (Beispiele) (Quelle: Leitbegriffe, 2. Aufl. 1999)

Die Wirksamkeit einer Maßnahme hängt mit davon ab, wie genau und wie umfassend eine Zielgruppe definiert wird. Deshalb sollen zur Zielgruppenbildung möglichst mehrere Merkmale herangezogen werden.

Je differenzierter eine Zielgruppe definiert ist, umso differenzierter kann das mit der Zielgruppenansprache bzw. mit der Zielgruppenarbeit verbundene Ziel sein. Allerdings vermindert sich damit auch die Zahl der angesprochenen Zielgruppenmitglieder. Bei der Definition von Zielgruppen kommt es also auch darauf an, das richtige Maß zwischen Differenziertheit und Allgemeinheit herzustellen. Will man ein bestimmtes Verhalten fördern und Verhaltensänderung erreichen, sind individuelle Beratung bzw. Ansprache von Einzelnen am effektivsten. Soll vor allem Breitenwirksamkeit (Imagebildung, Einflussnahme auf die öffentliche Meinung) erzielt werden, müssen mit Mitteln der Massenkommunikation möglichst viele Personengruppen angesprochen werden. Will man das Optimum an

beidem erreichen (möglichst viel Veränderung bei möglichst vielen Personen bei möglichst günstiger Kostenstruktur), muss zielgruppenspezifisch vorgegangen werden. Dabei empfiehlt es sich, typische Zielgruppenvertreter bzw. -vertreterinnen in die Planungs-, ggf. auch Durchführungsphase einzubeziehen (**Partizipation**).

Um bevölkerungsweite Präventionswirkungen zu erzielen, wird im Rahmen einer kontextbezogenen Mehrebenenkampagne das folgende Vorgehen empfohlen: Ansprache der gesamten Bevölkerung, um gesamtgesellschaftlich ein günstiges Klima für das Erreichen des präventiven Ziels zu schaffen („Bevölkerungsstrategie"), kombiniert mit der Ansprache von Teilgruppen, um durch intensive, meist personalkommunikative Maßnahmen die Zielgruppen mit besonderem Präventions- oder Gesundheitsförderungsbedarf („Hochrisikostrategie") zu erreichen (**Gesundheitskommunikation und Gesundheitskampagnen**).

Im Hinblick auf die Planung, Durchführung und Evaluation von zielgruppenorientierter Arbeit in der Gesundheitsförderung kann eine weitere Differenzierung nach

- Zielgruppen (bei wem werden Veränderungen angestrebt, z.B. Kita-Kinder?),
- Adressatinnen und Adressaten (wer muss dafür angesprochen werden, z.B. Eltern und Erzieherinnen/Erzieher?),
- Empfängern und Empfängerinnen (wer wird mit einer Maßnahme tatsächlich erreicht, z.B. Mütter mit einem bestimmten Bildungshintergrund?)
- wichtig sein. Alle drei Gruppen können, müssen aber nicht identisch sein.

Zielgruppenorientiertes Arbeiten wird heutzutage auch in der Gesundheitsförderung durchgängig erwartet. Dennoch können in der Praxis folgende Defizite auftreten: Ein Mangel kann die fehlende Zielgruppenorientierung als pauschale und undifferenzierte Ansprache der Gesamtbevölkerung - zudem mit unzureichenden Mitteln wie einem Printmedium in geringer Auflagenhöhe - sein. Als zweiter Kardinalfehler kann vorkommen, dass die Zielgruppen anhand eines einzigen Merkmals, nämlich eines **Risikofaktors**, definiert werden. Damit kann der Risikofaktorenansatz in fachlich fragwürdiger Weise reduziert und Adressaten sowie Adressatinnen darüber hinaus Desinteresse gegenüber ihren Lebensumständen signalisiert werden, was die Glaubwürdigkeit und Effizienz von Maßnahmen beeinträchtigen kann. Das Gleiche gilt analog für Herkunftsmerkmale wie beispielsweise Migrationshintergrund (**Gesundheitsförderung für Menschen mit Migrationshintergrund**), wenn andere bedeutsame Determinanten nicht berücksichtigt werden: Dabei kann es sich beispielsweise handeln um soziale Lage, Aufenthaltsstatus, negative Vorerfahrungen, Bildung, Gender, Alter, wobei in neueren Forschungen soziale Milieus als weiterer entscheidender Einflussfaktor identifiziert wurden. Ganze Bevölkerungsgruppen können so als „unkooperativ", „fatalistisch", „misstrauisch" gegenüber Institutionen und Handelnden in der Gesundheitsförderung und damit als „schwer erreichbar" diskriminiert

werden. Dabei wird übersehen, dass letztendlich die Erreichbarkeit von der angewandten Zugangsmethodik, dem Setting sowie von den Kommunikations- und Zugangskompetenzen der Wissenschaftler bzw. Wissenschaftlerinnen und der Gesundheitsfachkräfte abhängt.

Da in der Gesundheitsförderung tätige Institutionen und Fachkräfte meist nur in begrenztem Umfang die Zielgruppen direkt erreichen können (begrenzte personelle und finanzielle Ressourcen sowie Zugangsmöglichkeiten), sind sie in der Regel auf Multiplikatorinnen und Multiplikatoren angewiesen.

Multiplikatorinnen und Multiplikatoren können Berufsgruppen und Institutionen des Gesundheitswesens, der Sozialarbeit, Pädagogik sowie Angehörige der Zielgruppen sein (Meinungsführende und Schlüsselpersonen, „Innovatoren/Innovatorinnen" im Sinne der **Theorien und Modelle - Verbreitung I, Diffusionstheorie)** (Abb. 2). Sie haben eine wichtige Transferfunktion zur Unterstützung und Verstärkung von Absichten und Zielen der Prävention und Gesundheitsförderung:

- In der Kommunikation durch Massenmedien werden sie eingesetzt, um die Verbreitung und Glaubwürdigkeit von Botschaften bei der Zielgruppe zu erhöhen (z.B. Journalisten und Journalistinnen, Populärwissenschaftlerinnen und -wissenschaftler, Intellektuelle).
- In der personalen Kommunikation vermitteln sie Kenntnisse und Einstellungen (wie z.B. Lehrerinnen und Lehrer), worauf ihr Aufgabenbereich jedoch nicht begrenzt bleiben muss: Sie können darüber hinaus beschrieben werden als vortrainierte Personen, die ihr Wissen und Können weitergeben, oder auch als Personen mit neu erworbenem gesundheitsförderlichem Verhalten, die ihrerseits als Vorbild wirken und so das erwünschte Gesundheitsverhalten weitertragen (Haisch 1999). Hierzu zählen insbesondere Peers (**Peer Education**).

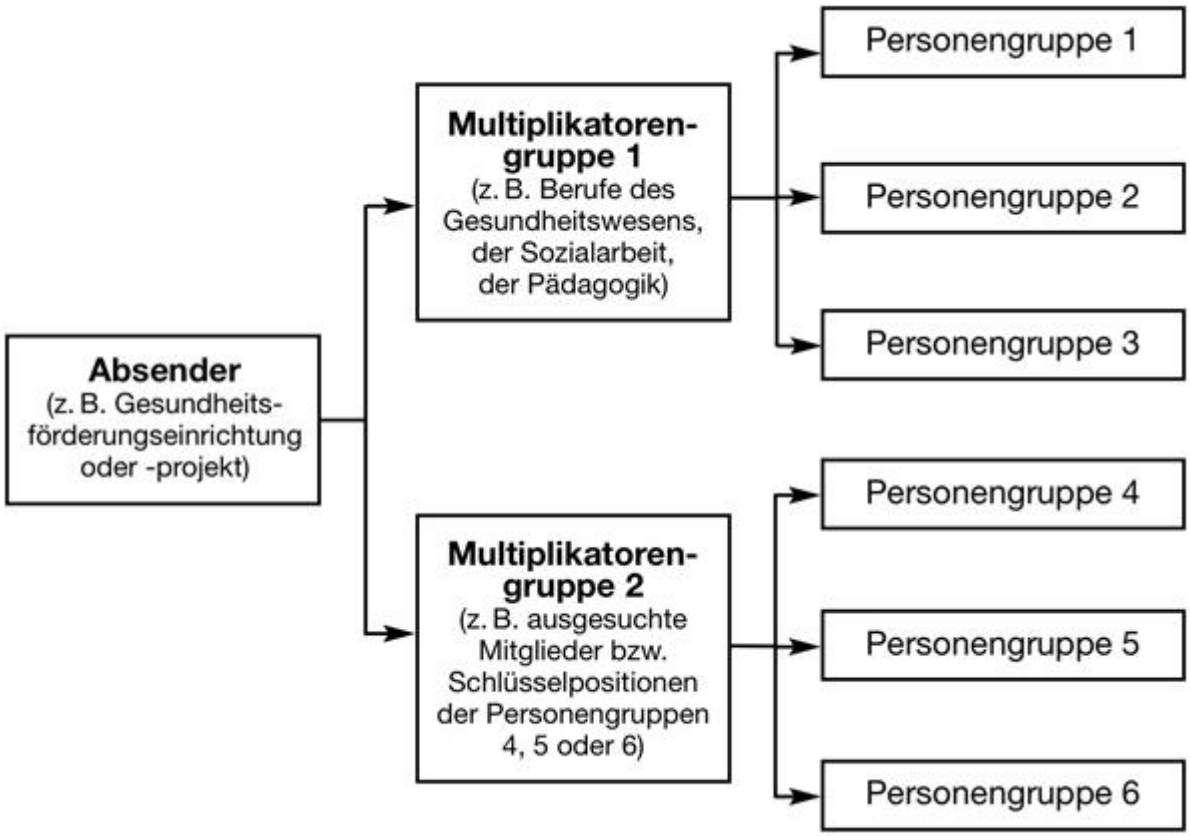


Abb. 2: Multiplikatoren vervielfältigen Botschaften (Quelle: Leitbegriffe, 2. Aufl. 1999)

Folgende Voraussetzungen müssen bei Multiplikatorinnen und Multiplikatoren vorliegen, damit sie die intendierten Botschaften zielgruppengerecht, d.h. lebensweisen- und alltagsnah (und nicht verzerrt, abgeschwächt und umbewertet) weitergeben können:

- hohes Maß an Übereinstimmung zwischen ihnen und den in der Gesundheitsförderung Tätigen,
- Glaubwürdigkeit und Akzeptanz bei den Zielgruppenmitgliedern,
- Kompetenzen in Fragen der Gesundheit und zielgruppenspezifischen Gesundheitsförderung (**Gesundheitliche Aufklärung**).

Daher sind Motivation und Qualifizierung, begleitende Betreuung und Kontrolle notwendig.Zum Teil werden synonym zum Multiplikatorenbegriff auch Begriffe wie „Mediatoren“, „Drehpunktpersonen“ oder „Schlüsselpersonen“ verwandt. Nach Haisch ist der Mediator ein Vermittler und Verbreiter von gesundheitsförderlichem Wissen und Verhalten. Zur Abgrenzung von beiden Konzepten schlagen wir die folgende Sprachregelung vor:

- Verwendung des Multiplikatorenbegriffs für ein einseitiges Kommunikations- und Marketingkonzept,

» Verwendung des Mediatorenbegriffs, wenn der Mittler bzw. die Mittlerin nicht nur die Ansichten, Interessen, Bedürfnisse und Wünsche einer Seite (Absender) berücksichtigt, sondern zwischen Absender- und Empfängerseite eine vermittelnde Funktion übernimmt.

Drehpunktpersonen haben wie Mediatoren und Mediatorinnen eine vermittelnde Funktion. Sie arbeiten als Scharniere an der Schnittstelle zwischen verschiedenen Milieus bzw. Beteiligtengruppen (**Streetwork**), z.B. zwischen Migranten und Migrantinnen sowie Behörden oder zwischen Jugendlichen und Erwachsenen. Im Vergleich zu Multiplikatoren und Multiplikatorinnen, Mediatoren und Mediatorinnen sowie Drehpunktpersonen sind Schlüsselpersonen wichtige Akteure in sozialen Kontexten, z.B. Entscheidungsträgerinnen und -träger in einer Einrichtung oder einem Betrieb.

Ein Multiplikatorenkonzept ist ein Kriterium guter Praxis, u.a. in der **Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten** (beispielsweise werden Menschen durch Multiplikatorinnen/Multiplikatoren mit dem gleichen Migrationshintergrund wirksamer angesprochen). Ein weiteres Beispiel: Programme für die **Gesundheitsförderung in Kitas** und **Schulen** sind dann vorbildlich, wenn sie Konzepte zur Einbeziehung von Erziehenden und Lehrenden vorweisen.

Literatur:

Behrens G et al (Hg.), Gabler-Lexikon Werbung, Wiesbaden 2001;

Borde T, Migration und Gesundheitsförderung - Hard to reach? Neue Zugangswege für „schwer erreichbare“ Gruppen erschließen; in: Migration und Gesundheitsförderung, Gesundheitsförderung konkret, Band 12, BZgA, Köln 2009;

Fuchs A, Health Target, in: Kirch W, Encyclopedia of Public Health, Heidelberg 2008, 1381-1382.

Haisch J et al (Hg.), Wörterbuch Public Health, Bern 1999;

Lehmann F et al, Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten, Gesundheitsförderung konkret, Band 5, 4. A., BZgA, Köln 2010;

Mielck A, Wer möchte schon gern „Zielgruppe“ sein? In Impulse 84, Newsletter LVG & AFS, Hannover 2014

Mielck A, Wie lassen sich die Zielgruppen für Interventionsmaßnahmen bestimmen, in: Diversity Management in der Gesundheitsförderung, Frankfurt/Main 2006;

Rose G, The Strategy of Preventive Medicine, Oxford, New York, Tokyo 1995.

Internetadressen:

Der „Wegweiser Gesundheitsförderung“(**www.wegweiser.bzga.de**) erleichtert den Zugang zu überregionalen Einrichtungen der Gesundheitsförderung, die Multiplikatorinnen und Multiplikatoren durch Beratung, Materialien und Fortbildung unterstützen.

Verweise:

Diffusionstheorie - Verbreitung von Innovationen (Erklärungs- und Veränderungsmodelle III), Gesundheitliche Aufklärung und Gesundheitserziehung, Gesundheitsförderung und Gesunde / Soziale Stadt / Kommunalpolitische Perspektive, Gesundheitsförderung und Kindertageseinrichtungen, Gesundheitsförderung und Migrationshintergrund, Gesundheitsförderung und Schule, Gesundheitsförderung und soziale Benachteiligung / Gesundheitsförderung und gesundheitliche Chancengleichheit, Gesundheitskommunikation und Kampagnen, Lebenslagen und Lebensphasen, Partizipation: Mitentscheidung der Bürgerinnen und Bürger, Peer Education, Risikofaktoren und Risikofaktorenmodell, Streetwork / Aufsuchende soziale Arbeit, Transtheoretisches Modell der Phasen der Verhaltensänderung (Erklärungs- und Veränderungsmodelle II)

Die Autoren danken Manfred Lehmann und Peter Sabo für ihre Vorarbeiten in den bisherigen Ausgaben der Leitbegriffe.

Autorenverzeichnis

Hier finden Sie alle Autorinnen und Autoren in alphabetischer Reihenfolge. Die Hyperlinks (**Namen**) führen zu weiteren Informationen auf **www.leitbegriffe.bzga.de/autorinnen-und-autoren/**.

Name
Abel, Thomas, Prof. Dr. Dr.
Altgeld, Thomas, Dipl.-Psych.
Backes, Jörg, Dipl.-Sozialarb., M.A.
Backes, Herbert, Dipl.-Psych.
Baumgarten, Kerstin, Prof., Dr. paed.
Bengel, Jürgen, Prof. Dr. Dr., Arzt, Dipl.-Psych.
Bittlingmayer, Uwe H., Prof. Dr. phil.
Blättner, Beate, Prof. Dr., Dipl.-Päd.
Blümel, Stephan, Arzt
Böhm, Andreas, Dr., Dipl.-Psych.
Böhme, Christa, Dipl.-Ing.
Bolte, Gabriele, Prof. Dr., MPH
Borde, Theda, Prof. Dr., MPH
Brandes, Sven, Dipl.-Soz. Päd. MPH
Broesskamp-Stone, Ursel, Dr. Public Health, MPH
Brosius, Hans-Bernd, Prof. Dr.
Bruhin, Eva, Dipl.-Psych., MPH, Gartenarchitektin
Dadaczynski, Kevin, Dr.
Dietscher, Christina, Mag.Dr.
Elkeles, Thomas, Prof. Dr., Arzt, Dipl.-Soz.
Faltermaier, Toni, Prof. Dr., Dipl.-Psych.
Farnir, Emilie, B.Sc.
Fehr, Rainer, Prof. Dr. med., MPH, Ph.D
Flor, Wiebke
Franke, Alexa, Prof. Dr., Dipl.-Psych.
Franzkowiak, Peter, Prof. (i.R.) Dr., Dipl.-Psych.
Geene, Raimund, Prof. Dr. rer.pol., MPH
Gerhardus, Ansgar, PD Dr., M.A., MPH, Arzt
Gerlich, Miriam G., Dr. MPH
Gerlinger, Thomas, Prof. Dr. Dr.
Geyer, Siegfried, Prof. Dr., Dipl.-Soz.
Göpel, Eberhard, Prof. Dr.
Gold, † Carola, Journalistin
Gräser, Silke, Dr. phil., Dipl.-Psych.
Gusy, Burkhard, Dr. Dr., Dipl.-Psych.
Haack, Gina, Dr.
Hallmann, Jürgen, Dr., Dipl.-Päd.
Hartmann, Thomas, Prof. Dr. rer. nat., Dipl.-Biol.

Hartung, Susanne, Prof. Dr.
Haß, Wolfgang, Dr.
Heinemann, Torsten, Prof. Dr.
Hildebrandt, Helmut
Holz, Gerda
Horn, Annett, Dr. rer. medic.
Hurrelmann, Klaus, Prof. Dr., Dipl.-Soz.
Jordan, Susanne
Jungmann, Tanja, Prof. Dr. , Dipl.-Psych.
Kaba-Schönstein, Lotte, Prof., Dipl.-Sozialwirtin, Dipl.-Sozialpäd.
Kilian, Holger, Dipl-Soz., MPH
Knesebeck, Olaf v. d., Prof. Dr., Dipl.-Soz.
König, Hans-Helmut, Prof. Dr. med., MPH
Köster, Monika, Dr.
Kofahl, Christopher, Dr., Dipl.-Psych.
Kolip, Petra, Prof. Dr. phil., Dipl.-Psych.
Kollek, Regine, Prof. Dr.
Krane, Elisabeth, Dipl.-Psych., MPH
Kuhn, Joseph, Dr., Dipl.--Psych.
Kurth, Bärbel-Maria, Prof. Dr., Dipl.-Math.
Lehmann, Frank, Dr., MPH, Arzt für Allgemeinmedizin
Leidel, Jan, Dr.
Lieb, Christiane, Soziologie M.A.
Linden, Susanne, B. Sc., M.A.
Loss, Julika, Prof. Dr. med.
Ludwigs, Stefan, Prof. Dr.rer.pol.
Lyssenko, Lisa, Dipl.-Psych.
Maschewsky-Schneider, Ulrike, Prof. Dr., Dipl.-Soz.
Meyer, Lisa, M.A.
Nickel, Stefan, Dr., Dipl.-Soz.
Nöcker, Guido, Dr. phil.
Noll, Heinz-Herbert, Dr.
Nowik, Daniel, M.Sc.
Otto, Christiane, Dr. rer. hum. biol., Dipl.-Psych.
Patzelt, Christiane
Paul, Mechthild, Dipl.-Päd.
Paulus, Peter, Prof. Dr., Dipl.-Psych.
Pelikan, Jürgen M., Prof. Dr. phil.
Petermann, Franz, Prof. Dr., Dipl.-Psych.
Plaumann, Martina, Dr.
Ravens-Sieberer, Ulrike, Prof. Dr., Dipl.-Psych., MPH
Reime, Birgit, Prof. Dr. MPH, Sozialepidemiologin, Gemeindepsycholgin
Reisig, Veronika, Dr. med., MPH
Richter, Matthias, Prof. Dr.
Richter-Kornweitz, Antje, Dr., Dipl.-Päd.
Rind, Esther, Dr., Umwelt- und Gesundheitswissenschaften
Robra, Bernt-Peter, Prof. Dr. med., M.P.H.

Röhrle, Bernd, Prof. Dr. Diplompsychologe
Rohrauer-Näf, Gerlinde, Mag., MPH
Rosenbrock, Rolf, Prof. Dr. rer. pol., Dipl.-Kfm.
Rossmann, Constanze, Prof. Dr.
Ruckstuhl, Brigitte, Dr., MPH
Schaeffer, Doris, Prof. Dr. phil.
Schluck, Stephanie, M.Sc. Prävention und Gesundheitsförderung
Schwartz, Friedrich Wilhelm, Prof. em. Dr., med. MHH
Seibt, Annette C., Prof., Dipl. Päd., PhD
Sobiech, Carolin, Dipl.-Sozialwiss.
Sommerhalder, Kathrin, EUMAHP
Sonntag, Ute, Dr., Dipl.-Psych.
Stark, Wolfgang, Prof. Dr., Dipl.-Psych.
Stender, Klaus-Peter, Dipl.-Päd..
Süß, Waldemar, Dipl.-Soz.
Thomas, Andrea
Töppich, Jürgen, Dipl.-Soz.
Trojan, Alf, Prof. Dr. Dr., Arzt, M.Sc. (Lond.)
v. d. Bussche, Hendrik, Prof. Dr.
Waldherr, Karin, Mag. Dr.
Walter, Ulla, Prof. Dr. phil.
Weidmann, Christian, Prof. Dr., Soziologe
Wildner, Manfred, Prof. Dr. med., MPH
Wismar, Matthias, Dr.
Wright, Michael T., Prof. Dr. MS, LICSW
Ziese, Thomas, Dr.