

Gesundheitsförderung:

Hintergründe, Grundauffassungen, Konzepte und Probleme

Dieter Kleiber, Berlin

Begründungsmuster für Gesundheitsförderung

Unser Gesundheitsversorgungssystem und die versicherungsrechtlichen Bestimmungen haben Gesundheit zu einer Angelegenheit der Medizin gemacht: Krankheit wird hierzulande seit 1902 aufgrund eines Gerichtsbeschlusses zur Auslegung der Reichsversicherungsordnung (RVO), die ja selbst keine Krankheits- oder Gesundheitsdefinition enthält, als „ein regelwidriger Körper- oder Geisteszustand“ definiert, der „ärztlicher Behandlung bedarf und zugleich oder ausschließlich Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat.“ Das diagnostische Urteil des Arztes und nicht etwa das **subjektive Wohlbefinden der Betroffenen** oder aber die Urteile anderer Experten (wie z.B. Psychologen) ist also zum Hauptkriterium für die Frage geworden, was als krank oder gesund (=nicht krank) zu gelten habe. Dies gilt auch für Fragen nach psychischer Gesundheit/Krankheit und begründet den aus der RVO abgeleiteten „Sicherstellungsauftrag“ für Ärzte, der bis heute ein zunehmend umstrittenes Heilmonopol für diese Berufsgruppe vorsieht und damit deren Krankheitsbegriff automatisch zum dominanten macht.

Die Medizin hat mit der Anwendung eines **naturwissenschaftlichen bzw. naturhistorisch-biomedizinischen Krankheitsmodells** unbestreitbar Erfolge gehabt. Unterstellt wird dabei die Gültigkeit eines **Noxen-** bzw. **Infektionsmodelles**, demnach eine unidirektionale Wirkung von Bakterien, Viren, toxischen Substanzen oder innerorganischen zellulären Fehlentwicklungen angenommen und als ursächlich (d.h. notwendig und zugleich hinreichend) für die Entstehung von Krank-

heiten angesehen wird. Der Krankheitsprozeß wird nach dieser Auffassung als etwas verstanden, **das einer von lebensgeschichtlichen Prozessen und sozialen Bedingungen unabhängigen Eigenlogik** folgt, in die Biographie einer Person einbricht und dann für einen abgrenzbaren Zeitraum (akut) oder auf Dauer (chronisch) die Lebensperspektive von Betroffenen bestimmt, die als **passive Opfer** erscheinen (vgl. Keupp, 1988). Die hier beschriebene Auffassung wird mit Einschränkungen auch als gültig für die Entstehung psychischer bzw. psychiatrisch relevanter Störungen angenommen: „Der Krankheitsbegriff ist für uns gerade in der Psychiatrie ein streng medizinischer. Krankheit selbst gibt es nur im Leiblichen und „krankhaft“ heißen wir seelisch Abnormes dann, wenn es auf krankhafte Organprozesse zurückzuführen ist“ schrieb Kurt Schneider in seinem Psychiatrie-Lehrbuch (1931, 1967⁸) und vertrat damit eine Position, die bis heute einen bedeutenden Teil der psychiatrischen Praxis beherrscht und als Lehrmeinung gilt. Mit dieser Auffassung und den darauf aufbauen-

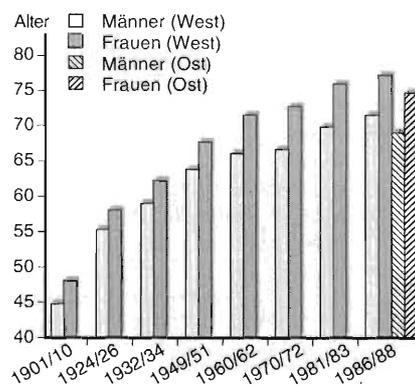


Abb. 1 Durchschnittliche Lebenserwartung bei Geburt.

den Entwicklungen in der Medizin ist es zunächst zweifelsohne gelungen, viele Akutkrankheiten behandelbar/bereicherbar zu machen. Mit den Erfolgen der Medizin stieg seit Beginn dieses Jahrhunderts die durchschnittliche Lebenserwartung für Männer um 27,39 Jahre auf heute 72,21 Jahre und für Frauen sogar um 30,35 Jahre auf 78,68 Jahre. In der ehemaligen DDR lagen 1986/88 die entsprechenden Werte für Männer 2,5 Jahre und für Frauen gar 2,94 Jahre niedriger (vgl. Abb. 1).

Diese Entwicklung wird in der Regel als Ergebnis des medizinischen Fortschrittes gewertet, obwohl Veränderungen der sozialen Lebenslage der Bevölkerung mindestens ebenso wichtig gewesen sein dürften, wie medizinische Fortschritte bei der Behandelbarkeit von Krankheiten. Die bereits klassischen Analysen von McKeown (1976; 1982) zeigen sogar, daß nicht einmal die Reduktionen der Todesraten von Tuberkulosen, Keuchhusten und Masern dem Erfolg von Impfprogrammen zugeschrieben werden dürfen sondern daß die entscheidenden Senkungen der Mortalitätsraten bereits vor Einführung von Impfprogrammen erfolgt waren. (vgl. auch Karmaus, 1982; Deutscher Bundestag (Zwischenbericht der Enquête-Kommission „Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung“), 1988).

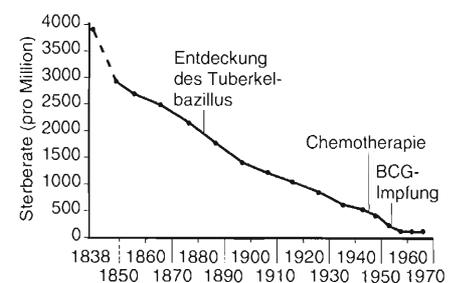


Abb. 2 Tuberkulose der Atemwege: Sterberate in England und Wales (aus T. McKeown, „The Modern Rise of Population“; New York (Academic Press) 1976, S. 96).

Eine sicherlich für viele provozierende, aufgrund der analysierten Datenfülle aber eindrucksvolle Position zur Erklärung der veränderten Morbiditäts- und Mortalitätsraten vertritt Sagan (1992): Anhand epidemiologischer, me-

dizinhistorischer, soziologischer und (gemeinde-)psychologischer Studien kommt auch er zur Einschätzung, daß Zuwächse der durchschnittlichen Lebenserwartung nur zu einem Bruchteil dem medizinischen Versorgungssystem zugeschrieben werden dürfen. Von nachrangiger Bedeutung seien sogar verbesserte Hygienebedingungen und eine bessere Ernährung gewesen, wobei letzterer infolge ihres immunsystemstabilisierenden Nebeneffektes aber dennoch eine indirekte Rolle zukommt. Die zentrale Rolle schreibt Sagan (1992) sozialen (Schicht-) Faktoren, Formen der Lebensbewältigung (coping styles, life skills, life styles) sowie sozialem Rückhalt in der familiären und sozialen Umwelt sowie dem Bildungsstand zu. Doch auch wenn man die oben aufgezeigte Entwicklung allen Analysen zum Trotz als Erfolg der Medizin interpretieren möchte, kann nicht übersehen werden, daß mit diesem „Erfolg“ zwischenzeitlich eine neue Realität hervorgebracht wurde, bei der die **Schattenseiten des naturwissenschaftlich eingegrenzten Krankheitsverständnisses** und die Grenzen eines kurativen Ansatzes in der Medizin unübersehbar geworden sind.

Veränderungen des Krankheitspektrums

Veränderungen des Krankheitspektrums führen zur Notwendigkeit einer Umorientierung medizinischen Handelns.

Etwa 80% des **aktuellen** Krankheits- und Sterbegeschehens in der Bundesrepublik Deutschland werden gegenwärtig durch nur wenige Krankheitsgruppen beherrscht: Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebserkrankungen, rheumatische Erkrankungen, Erkrankungen der Atmungsorgane, sowie psychi-(atri)sche Störungen u. Selbsttötungen (vgl. Tab. 1).

Für die meisten dieser Diagnosegruppen ist kennzeichnend, daß die Krankheiten **chronisch** verlaufen, daß die Erkrankungen mit den Mitteln der (kurativen) **Medizin weder sicher verhindert noch geheilt werden können** und daß es sich um **multifaktoriell**

Tab. 1 Mortalitätsraten (1980-85)* und Frühinvalidität aufgrund von Morbidität in %(1985)**.

	Mortalitätsraten (in%)	Frühinvalidität wegen... (in%)			
		Arbeiter		Angestellte	
		Männer	Frauen	Männer	Frauen
Herz-Kreislaufkrankungen	50,6%	38,8%	32,9%	45,7%	26,9%
Krebserkrankungen	22,4%	7,4%	12,2%	8,2%	12,6%
Rheumatische Erkrankungen	–	17,1%	22,0%	12,9%	24,4%
Erkrankungen der Atmungsorgane	5,0%	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
Selbstmorde	1,8%				
Psychiatrische Erkrankungen		7,9%	10,3%	7,9%	14,2%
insgesamt	83,4%	71,2	77,4%	74,7%	78,1%

Quellen: Kern & Braun (1987)*; Schmidt (1987)**.

verursachte, lebensweisen- und verhaltensabhängige Erkrankungen handelt. Für AIDS (vgl. Rosenbrock i.d. Heft) gilt zumindest bis heute Gleiches: Die Erforschung und Behandlung dieser Virusinfektion scheint auf den ersten Blick eine genuine Aufgabe der Medizin zu sein; doch da auch AIDS **nicht heilbar** ist, kommt präventiven, auf **Verhaltensänderungen** abzielenden Strategien derzeit zentrale Bedeutung zu. **Einzig Verhaltensänderungen relevanter Teile der Bevölkerung und Verhaltensänderungen begünstigende Rahmenbedingungen bieten gegenwärtig die Chance, die Ausbreitung von Aids einzugrenzen, zu verlangsamen oder gar zu stoppen sowie die Morbiditätsraten und Mortalitätsraten der wichtigsten Erkrankungen zu reduzieren.**

Sieht man die Veränderungen des Erkrankungs- und Mortalitätsspektrums im Zusammenhang mit mittel- und langfristig prognostizierten Veränderungen der Bevölkerungsstruktur (vgl. Kleiber, 1986), so verstärkt sich die Argumentationsbasis für obige Einschätzung. Die Vorausberechnungen bis zum Jahre 2030 prognostizieren eine Erhöhung des Anteils der über 60jährigen von gegenwärtig etwa 20% auf über 33% und damit einen drastischen Anstieg des Bedarfs an Versorgungsleistungen insgesamt und Versorgungsleistungen für chronisch (psychisch) Kranke. Mit dem Ziel der Verhinderung chronischer Erkrankungen kommt deshalb auch hier vorbeugend gesundheitsförderlichen und -erhaltenden Maßnahmen besondere Bedeutung zu. Auch regierungsamtlich mußte vor dem Hintergrund solcher Entwicklungen eingeräumt werden, daß „soziale Probleme der Menschen in der moder-

nen Gesellschaft“ sowie „Lebensbedingungen der Industriegesellschaft“ und „Schadwirkungen aus der technischen, aber auch aus der natürlichen Welt“ die gesundheitliche Lage der Bevölkerung bedrohen (vgl. Bundestagsdrucksache, 1985, Nr. 10/3374). Zusammenfassend wird eingeschätzt, daß insbesondere die sog. **verhaltensabhängigen** Krankheiten, die ja als prinzipiell vermeidbar eingestuft werden, an Bedeutung gewinnen werden. Ferner wird davon ausgegangen, daß **psychische Erkrankungen** mit einer vergleichbar geringen Sterblichkeit an Bedeutung gewinnen werden, für deren Entstehung wiederum insbesondere „Belastungen durch die technisch zivilisierte Gesellschaft“ kausal seien. **Gesellschaftliche Lebensbedingungen, gesellschaftlicher Wandel und darauf bezogene Verhaltensgewohnheiten erweisen sich zunehmend deutlicher als Determinanten für ursprünglich als genuin medizinisch eingestufte Probleme: AIDS, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, rheumatische Erkrankungen etc.. Für psychische Störungen/Erkrankungen gilt Analoges.**

Von Dilling und Weyerer (1978, 1984) durchgeführte, repräsentative Gemeindestudien (die in kleinstädtisch ländlichen Regionen Oberbayerns realisiert wurden) erbrachten eine Jahres-Prävalenzrate von 24,1%. Nahezu alle dieser potentiellen Klienten hatten innerhalb der letzten 12 Monate Hausarztpraxen aufgesucht. Dabei wurde von den Ärzten eine Prävalenz von 13,2% ‚erkannt‘ (=knapp 50%). Nur 1,9% der insgesamt untersuchten Population hatte jedoch Kontakt zu ambulanten oder stationären psychiatrischen Einrichtungen. Es zeigte sich, daß der Anteil der sog. ‚behandelten

Prävalenz' lediglich einen Bruchteil der ‚wahren Prävalenz‘ ausmacht, daß also die meisten psychischen ‚Probleme/Krisen‘ außerhalb des medizinischen Hilfsystems bewältigt werden (müssen). Berücksichtigt man ferner, daß auch die behandelten Patienten i.d.R. (zu) spät (vgl. *Bühringer & Hahlweg, 1985*) oder unangemessen/suboptimal (vgl. *Crawe, 1992*) behandelt werden und daß medikamentöse Behandlungen nur in Ausnahmefällen das Mittel der Wahl sind, so ist festzuhalten, daß der Anteil der ‚optimal behandelten Prävalenz‘ noch viel geringer sein dürfte. Der Nutzen der **medizinisch-kurativen Versorgung** für dieses Klientel muß daher als sehr begrenzt eingeschätzt werden.

Soziale Ungleichverteilung

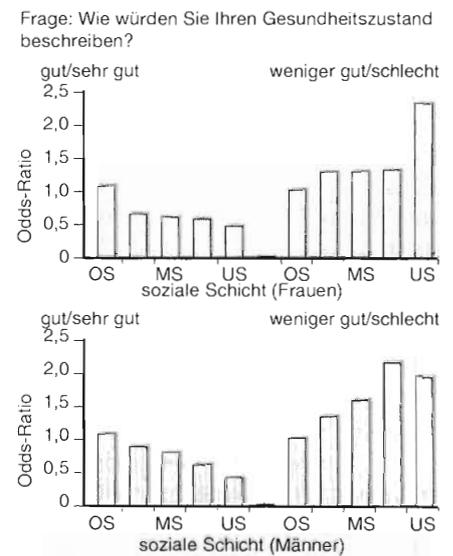
Soziale Ungleichverteilung psychischer und sozialer Belastungen sowie des Morbiditäts- und Mortalitätspektrums sind nicht mit den Mitteln der kurativen Medizin zu beseitigen

Auch in der Bundesrepublik, einem der reichsten Länder der Erde, ist es bis heute noch nicht gelungen, **soziale Ungleichverteilungen psychischer und sozialer Belastungen sowie körperlicher und psychischer Erkrankungen** zu beseitigen und eine wirkliche **Chancengleichheit der Nutzung von gesundheitsbezogenen Leistungen** herzustellen: Auch heute noch gilt der Standardbefund der Sozialepidemiologen: Mit geringerem sozialen Status und geringerer sozialer Absicherung und niedrigerem Bildungsstand steigt das Krankheitsrisiko und sinkt gleichzeitig die Chance auf eine angemessene Behandlung. Im psychosozialen Bereich bestätigen die Ergebnisse der Expertenkommission, die die Auswertung des „Modellprogramms Psychiatrie“ zur Aufgabe hatte, dieses ausdrücklich (vgl. Bundesminister für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit, 1988). Man kann – etwas lax – sagen, daß die Versorgung umso schlechter ist, je schlechter die Betroffenen ihre Bedürfnisse artikulieren

können. Probleme ergeben sich dadurch insbesondere für chronisch psychisch Kranke, psychisch kranke Kinder und Jugendliche, sowie bei der Versorgung und Betreuung psychisch kranker alter Menschen, Abhängigkeitskranker, neurotisch und psychosomatisch Erkrankter. Auch im Bereich der aufgezeigte negative Zusammenhang: Im Zwischenbericht der Enquête-Kommission zur „Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung“ wird die schichten- und gruppenspezifische Morbidität und Mortalität u.a. darauf zurückgeführt, daß „ungünstige Reproduktionsbedingungen zu gesundheitsrisikanten Arbeitsbedingungen hinzutreten“ (vgl. Deutscher Bundestag, 1988, S. 17). Berechnungen des Sterblichkeitsrisikos von Männern und Frauen in Abhängigkeit vom sozioökonomischen Status, bestätigen diese Zusammenhangshypothese eindrucksvoll (vgl. Tab. 2).

Aufgrund der – im internationalen Maßstab höchst defizitären Lage der sozialmedizinischen Berichterstattung und (sozial-)epidemiologischen Forschung in der Bundesrepublik fehlen hierzulande kontinuierlich erhobene repräsentative Daten über die gesundheitliche Lage der Bevölkerung. Dennoch können die aus singulär durchgeführten Querschnittsstudien wie z.B. der von *Neumann & Liedermann (1981)* gewonnenen Daten als deutliche Bestätigung der These einer schichtabhängigen Morbidität und Mortalität angesehen werden. Die jüngsten und wahrscheinlich wichtigsten Daten wurden zwischen 1984 und 1986 im Rahmen eines nationalen

Gesundheitssurvey bei einer repräsentativen Stichprobe der 25-69-jährigen Bevölkerung der (alten) Bundesrepublik Deutschland im Rahmen der „Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie“ (vgl. v. *Troschke* i.d. Heft) erhoben. Hinsichtlich des subjektiven Gesundheitszustandes zeigte sich für Männer und Frauen, daß im Vergleich zur Oberschicht in niedrigeren Sozial-



Kontrolliert für Lebensalter, Gemeindegröße, Region
Referenzkategorie: Oberschicht. (OS = Oberschicht, MS = Mittelschicht, US = Unterschicht)
Erläuterung: Odds Ratios ermöglichen den Vergleich des Risikos für ein Merkmal (hier: Gesundheitszustand) unter Kontrolle des potentiellen Einflusses der oben ausgeführten „kontrolliert für ...“-Variablen. Bezugspunkt (d.h. Referenzkategorie) ist hier der (durchschnittliche) Gesundheitszustand der Oberschichtangehörigen. Lesebeispiel: Ein Wert von 2,2 beim Kriterium weniger gut/schlecht in der Unterschicht bedeutet beispielsweise, daß 2,2 mal so viele Unterschichtangehörige wie in der Oberschicht ihren Gesundheitszustand als weniger gut/schlecht beschreiben.

Abb. 3 Gesundheitszustand nach sozialer Schicht.

Tab. 2 Sterblichkeit von Männern und Frauen nach ihrem sozioökonomischen Status (1975-1980), Frankreich.

Sozioökonomische Gruppe	Wahrscheinlichkeit, zwischen dem 35. u. 60. Lebensjahr zu sterben (in%)	
	Männer	Frauen
Professoren, Führungskräfte und Angeh. freier Berufe	9,1	4,9
Volksschullehrer	9,8	4,9
Landwirte	12,0	5,8
Angestellte mittl. Ebenen und Techniker	12,6	5,1
Facharbeiter	17,0	5,6
Bedienungspersonal	19,4	6,7
Ungeleitete Arbeiter	25,3	5,8
Erwerbstätige insgesamt	14,9	5,4
Nichterwerbstätige	47,0	8,9

Quelle: Deutscher Bundestag, 1988, S. 17

schichten weitaus weniger Personen mit gutem/sehr gutem Gesundheitszustand anzutreffen waren (vgl. Abb. 3). Und auch hinsichtlich der klassischen Risikofaktoren für koronare Herzkrankheiten (Bluthochdruck, Hypercholesterinämie, Übergewicht, Rauchen, sportliche Inaktivität) ergaben sich weitgehend analoge Zusammenhänge. „Ohne Kontrolle weiterer Variablen ergibt sich bei Männern für das Rauchen, das Übergewicht, die sportliche Inaktivität ein sehr enger Zusammenhang mit dem Merkmal soziale Schicht, und zwar derart, daß mit abnehmender sozialer Schicht die Risikofaktorenprävalenz deutlich zunimmt. Etwas anders stellt sich dieser Zusammenhang für Frauen dar. Für das Rauchen zeigt sich überraschenderweise kein signifikanter Zusammenhang mit sozialer Schicht. Die übrigen vier Risikofaktoren nehmen dagegen mit abnehmender sozialer Schicht signifikant zu. Die Prävalenz dieser Risikofaktoren liegt im Vergleich zur Oberschicht zwei- bis dreimal höher“ (Deutscher Bundestag, 1988, S.20). Ursächlich hierfür und daher zugleich wichtige Ansatzpunkte für Prävention und auf Gesundheitsförderung abzielende Maßnahmen dürften neben anderen Faktoren auch **Ungleichverteilungen der Arbeitsbelastungen** (Lärm, Schichtarbeit, Nachtarbeit, hohes Arbeitstempo, einseitige Belastungen, etc.) sowie Belastungen in der Lebenswelt (Lärm, schlechtere Wohnverhältnisse, höhere Exposition mit Schadstoffen, geringere soziale Unterstützung, schlechtere Bildung, geringere materielle Ressourcen, mit denen Belastungen kompensiert werden können; etc.) sein.

Die Kostenentwicklung

Die Kostenentwicklung in der medizinischen Versorgung zwingt zur Umorientierung

Die Medizin hat trotz aller Fortschritte weder die Krankheitsraten verringern, noch die Gesundheitsausgaben senken helfen können. Im Gegenteil: Die Leistungsausweitungen haben teilweise sogar kontraproduktive Effekte gehabt.

Der Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen – ein hochkarätig besetztes, dabei aber sicherlich nicht sonderlich medizinkritisches Gremium – hat noch vor wenigen Monaten darauf hingewiesen, daß höhere **Angebotskapazitäten** i.d.R. zu einer höheren Inanspruchnahme führen; die angebotsinduzierte Nachfrage habe aber im Gesundheitswesen eine besonders hohe Bedeutung. „Aus den höheren **Angebotskapazitäten** folgt eine höhere Inanspruchnahme, ohne daß damit eine höhere Bedarfsgerechtigkeit oder höhere Gesundheitlichkeit der Bevölkerung verbunden sein müßte. Im Gegenteil spricht sehr vieles für ein globales Überangebot an Leistungserbringern.“ (S. 281). Auch an anderer Stelle verdeutlicht das Gutachtergremium, daß die Annahme, eine sehr intensive medizinische Betreuung gehe mit einer hohen ‚Gesundheitlichkeit‘ der Bevölkerung einher, aufgrund internationaler Vergleichsdaten als unzutreffend zurückgewiesen werden muß. „Die Bundesrepublik liegt bei allen gängigen Vitaldaten (z.B. Lebenserwartung, Mortalitätspektrum, Perinatalmortalität) im Mittelfeld vergleichbarer Staaten und nicht an deren Spitze. Die Mengenausdehnung kann insofern sogar unerwünschte Wirkungen haben, als sie zu einer medizinisch problematischen Fraktionierung der Leistungen und gleichzeitig zu einer Volumenvermehrung der veranlaßten Leistungen führt“ (S. 287). Diese Fehlentwicklungen zeigen sich auch bei den Ausgaben für gesundheitliche Leistungen: Zwischen 1970 und 1988 haben sich im früheren Bundesgebiet die Ausgaben für gesundheitliche Leistungen vervierfacht (1970: 70,596 Mrd. DM; 1988: 277,138 Mrd. DM) (Statistisches Jahrbuch 1991, S. 455). Allein von den gesetzlichen Krankenversicherungen, deren Anteil an den Ausgaben für Gesundheit auf 45-50% geschätzt werden kann, wurden im ersten Halbjahr 1989 64,304 Mrd., im ersten Halbjahr 1990 bereits 69,242 und im ersten Halbjahr 1991 wiederum 11,9% mehr, nämlich 77,225 Mrd. DM ausgegeben. **Das entspricht je Versichertem einem Ausgabenvolumen von DM 2006,- allein für das erste Halbjahr 1991.** Bereits im ersten Halbjahr 1991 ergab sich dadurch für

die gesetzlichen Krankenkassen ein Defizit von 3,5 Mrd. Bis Ende 1991 wurde ein Defizit von 7 Mrd. DM vorausgesagt (vgl. Sachverständigenrat, Nov. 1991, S. 279). Und auch 1992 – also nur 4 Jahre nach Einführung des Blüm’schen Gesundheits-Reformgesetzes – steigen die Ausgaben für die gesundheitliche Versorgung wieder schneller als die Einnahmen. Unsere Gesellschaft gibt immer mehr Geld für gesundheitliche Leistungen aus und jeder Versicherungspflichtige führt bereits knapp 13% seines Einkommens für die Krankenversicherung ab. Wenn keine Umorientierung der medizinisch-psychosozialen Versorgung stattfindet, so wird vermutet, werde es deshalb aus Kostengründen unvermeidbar zu einer **Rationierung der Gesundheitsleistungen** kommen müssen. „Eine Allokation von Ressourcen für einen Patienten auf Kosten eines anderen wird mit dem weiteren Fortschritt und dem Auftreten von Kapazitätsengpässen immer häufiger auftreten müssen.“ prognostiziert der bereits erwähnte Sachverständigenrat. Angesichts immer aufwendigerer und kostenintensiverer Heilmethoden könnten wir genötigt sein, bei der Anwendung kostenintensiver Therapien selektiv zu verfahren, zitiert *Kurbjuweit* in der Zeit (Nr. 42, 1992, S. 37) den Philosophen *Robert Spaeman* und spitzt die aktuelle Debatte um die Finanzierbarkeit des Gesundheitssystems auf die ökonomisch möglicherweise aufgenötigte Anwendung der Triage-Regeln der Katastrophenmedizin (Selektion und Konzentration der Behandlungsmaßnahmen auf Personen vergleichsweise besserer Gesamtprognose) zu. Dadurch würde aber eine sozialdarwinistisch-geprägte Zweiklassenmedizin entstehen, sofern es nicht gelingt, eine **Umorientierung auf Prävention und Gesundheitsförderung** durchzusetzen. Bisher jedoch sieht es nicht danach aus, als würden diese Bedenken handlungsleitend: 1989 wurden lediglich 6,5% der Gesundheitsausgaben für vorbeugende und betreuende Maßnahmen und 2% für Ausbildung & Forschung aufgewendet. Kurative Behandlungen schlugen dagegen mit 59,2% und Krankheitsfolgeleistungen mit 27,8% zu Buche (Sachverständigenrat, 1992, S. 194). Dabei

hatte noch vor Inkrafttreten des Gesundheitsreformgesetzes die Enquête-Kommission „Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung“ (1988) mit erfreulicher Klarheit und Eindeutigkeit auf die Chancen einer Umorientierung in Richtung präventiver, auf Gesundheitsförderung abzielender Gesundheitspolitik hingewiesen.

Vorläufiges Fazit

Ganz offensichtlich wird der naturwissenschaftlich eingeeengte Krankheitsbegriff und die darauf bezugnehmende kurativ-medizinische Forschung und Praxis der Realität nicht mehr gerecht. Es ist zu fragen, was als Alternative angeboten wird. Zur Diskussion stehen dabei vor allem **Modellvorstellungen**, die Psychologen als alternatives, **sozialwissenschaftliches Krankheitsmodell** entwickelt und zur Begründung eines eigenständigen Gegenstandsreiches benutzt haben. Bezugnehmend auf sozialepidemiologische und (psychiatrie-) historisch vergleichende Befunde, die die Zeitgebundenheit unserer Vorstellungen von krank und gesund, normal und abweichend dokumentieren, wurde die „Auffassung von naturhaft verlaufenden Krankheitsprozessen“ infrage gestellt und durch die These von **der psychosozialen Determination psychischer Störungen** ersetzt.

Interessanterweise wurde aber die Gültigkeit des medizinischen Modells für organische Erkrankungen nicht einmal von Szasz (1961, 1963), einem der prominentesten Kritiker des medizinischen Krankheitsmodells infrage gestellt, sondern nur die **Übertragbarkeit** dieser Modellvorstellungen auf psychische Störungen kritisiert. Bezugnehmend auf die These von der **sozialen Verursachung** psychischen Leids wurden Lebensumstände (soziale Schichtzugehörigkeit) und Lebenslagen, später auch kritische Lebensereignisse (life events) bzw. den Alltag prägende tägliche Belastungen (daily hassles) als potentielle Determinanten psychischer Störungen identifiziert. In einem ganz wesentlichen Punkt unterschieden sich die sozialwissenschaftlichen Modellvorstellungen allerdings nicht von den medizinischen, bzw. haben sie ihre

Auffassungen häufig genug übernommen: Ob wir nun psychoanalytische, konditionierungstheoretische, soziologisch-sozialwissenschaftliche Ansätze (wie die Labeling-Perspektive) anschauen, sind sie bei allen Unterschieden im Einzelnen **einig in der Anwendung eines Noxenmodells** der Genese psychischer Störungen. Seien es nun intrapsychische Konflikte, soziale Noxen (wie Armut), soziale Zuschreibungen (Etikettierungen), die als Ursachen/Auslöser angenommen werden, jedes Mal wird von einer mehr oder weniger **unikausalen Krankheitsverursachung**, von einem deterministischen **Krankheitsmodell** und der Vorstellung des **Individuums als passiv-reagierendem Organismus** ausgegangen. Der Streit zwischen dem medizinischen und sozialwissenschaftlichen Modell wurde zunächst lediglich über die **Art der Noxen**, nicht aber über die **Implikationen des Noxenmodells** selbst geführt. **Genau hier sollte aber eine Differenzierung einsetzen!**

Grundauffassungen einer Strategie der Gesundheitsförderung

Krankheit und Gesundheit sind niemals Existenzformen stofflicher Materie oder ontologische Entitäten, sondern eine Dimension der Wechselwirkung von Organismus, Umwelt und Verhalten (vgl. Gleiss 1979). Im Normalfall ist die Wechselwirkungsbeziehung so geartet, daß verschiedenartige Umweltfaktoren, Noxen, Stressoren etc. als störende (oder entwicklungsfördernde) Einflüsse auf den Organismus einwirken. Solche Störungen (Belastungen) sind aber solange nicht krankheitsrelevant, wie dem Organismus eine Kompensation gelingt. Krankheit erfordert zusätzlich eine bestimmte Qualität des Kompensations- bzw. Bewältigungsprozesses. Solange die Noxen, Stressoren etc. nicht letal wirken, ist je nach Kompensations- und Bewältigungsvoraussetzungen Adaptation oder eine Beseitigung der Belastungen möglich oder aber es wird – im Krankheitsfall – eine Kompensation durch die **Bildung**

von Atypien (Symptomen) geleistet. Krankhafte Prozesse – sei die Symptomatik im psychischen oder organischen Bereich angesiedelt – haben nach dieser Modellvorstellung sowohl **äußere Ursachen** (sozial-gesellschaftliche Faktoren, toxische Substanzen, Bakterien etc.) als auch eine bestimmte Art der **Bewältigungsressourcen** zur Voraussetzung. Von psychischen oder organischen Krankheiten sollten wir erst dann sprechen, wenn die Wechselwirkung von äußeren Ursachen und personalen Ressourcen (Bewältigungskompetenzen) zur Produktion von Atypien führt, die als selbstproduzierte Schranken der eigenen Entwicklung wirken, die eigenen Handlungsspielräume einschränken, die Kontrolle über die eigene Lebensrealität verhindern und zu Handlungsdefiziten (z.B. soziale Ängste) oder -überschüssen (z.B. bei Zwängen) oder Symptombildungen führen (vgl. Gleiss 1975a, b, 1979, 1980).

Innerhalb des hier vorgestellten Modells, das als **Belastungs-Bewältigungs-Paradigma** (psychischer und organischer Störungen) konzipiert ist, wird eher danach gefragt (und werden unsere Handlungsstrategien darauf ausgerichtet), **was uns gesund erhält, wie wir Bewältigungsressourcen und -kompetenzen sowie Gesundheit fördern bzw. wiederherstellen können.**

Die zentralen Merkmale/Grundannahmen dieser Modellvorstellung seien kurz zusammengefaßt:

1. Es wird von einer multifaktoriellen und multikausalen Krankheitsentstehung ausgegangen, bei der physische, soziale, psychische und biologische Faktoren sich wechselseitig beeinflussend die Richtung und Qualität des Belastungs-Bewältigungsprozesses bestimmen. Konstituiert wird also ein bio-psycho-soziales Krankheits-/Gesundheitsmodell.
2. Das Individuum, das Belastungen erfährt, wird nicht als passiv reagierend aufgefaßt, sondern als **handelnder Akteur**, der seine natürliche und soziale Umwelt zu nutzen und zu bewältigen versucht (Keupp 1988, S. 74).

3. Neben Belastungen (Stressoren, Life events, sozialen Lebenslagenfaktoren, daily hassles) sind deshalb insbesondere Art und Umfang von **Bewältigungsressourcen** (Copingstrategien und -ressourcen, z.B. soziale Netzwerke, soziale Unterstützung etc.) zu untersuchen und in ihrer Bedeutung für die Lebensbewältigung zu bestimmen. Solche Ressourcen können materieller (z.B. Geld), informationeller, sozialer, kognitiver oder emotionaler Art sein. Die Qualität sozialer Netzwerke (die Verfügbarkeit von Angehörigen, Freunden, Kollegen etc., die Bereitstellung materieller, informeller, emotionaler Unterstützung) hat ebenso einen Einfluß auf Krankheitsentstehung und -verläufe, wie die persönlichen (Bewältigungs-)Ressourcen, (Wissen, Einstellungen, Kausalattributionen, Kontroll erleben, subjektive Handlungskontrolle, Verdrängungs- und Verleugnungsstrategien etc) und Umweltfaktoren.

Berücksichtigt man all dieses, so ergeben sich für die Gesundheitsforschung und Gesundheitsförderung einige wichtige Grundanforderungen/-postulate:

Innerhalb des Belastungs-Bewältigungsmodells ist eine Vorstellung vom „passiven Heilen“ nicht mehr aufrechtzuerhalten. Heilung setzt **aktives Handeln der Betroffenen**, die Unterstützung ihrer Bewältigungsressourcen, die Herstellung von Bedingungen zur Förderung von Gesundheit (Gelegenheiten für Gesundheit schaffen; **„make the healthy way the easy choice“**, heißt es bei der Weltgesundheitsorganisation WHO) voraus. Handeln statt Be-handeln ist die Devise! Doch dies setzt die Förderung/Herstellung von Bedingungen voraus, die den/die einzelne(n) handlungsfähig machen, ihm/ihr objektive und subjektive Kontrolle über die Lebensrealität ermöglichen. Entscheidende Anstöße für eine gesundheitspolitische Priorisierung von Prävention und Gesundheitsförderung gingen von der WHO aus, die sich be-

Handeln statt Be-handeln ist die Devise!

reits 1977 anlässlich einer Weltversammlung ihrer Mitgliedstaaten zur Strategie „Gesundheit für alle“ verpflichtet hatte. Ein Jahr später wurden in Alma-Ata Grundsätze für eine primäre Gesundheitsversorgung verabschiedet. Diese wiederum waren für die in der WHO-Euro zusammengesetzten Mitgliedstaaten Anlaß, eine für die europäischen Industriestaaten gültige Gesundheits- Problem-Analyse und Lösungsstrategie vorzuschlagen, die unter dem Schlagwort „Gesundheit (für alle bis zum Jahr) 2000“ prioritäre Gesundheitsziele und -vorschläge vorsah (vgl. O'Neill, 1983, dtsh. 1984).

Das zentrale Dokument der WHO für die Begründung der Strategie der Gesundheitsförderung ist ohne Zweifel die 1986 in Ottawa (Kanada) verabschiedete Charta zur Gesundheitsförderung. „Gesundheitsförderung“, so heißt es dort, „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. verändern können. In diesem Sinne ist Gesundheit als ein wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens zu verstehen und nicht als vorrangiges Lebensziel.“ (Ottawa-Charta, 1986). Die WHO geht dabei, von dem bereits in den Gründungsstatuten 1946 festgelegten Gesundheitsbegriff aus, demnach Gesundheit als ein Zustand „vollkommenen körperlichen geistigen und sozialen Wohlbefindens ... und nicht allein das Fehlen von Krankheiten und Gebrechen“ definiert ist. „Dem Zustand von Gesundheit in seiner höchsten Ausprägung nachzustreben sei ein fundamentales Recht jedes Menschen ohne Ansehen seiner Rasse, Religion und politischen Gesinnung, seiner ökonomischen oder sozialen Verhältnisse.“

Dieser zugegebenermaßen **utopische Gesundheitsbegriff** hat der WHO viel Lob, aber auch Kritik eingebracht: Auf der Seite der Fürsprecher wurde betont, daß endlich die Chance bestünde, reduktionistische, an Normabweichungen (die ja immer nur historisch gebunden definiert werden können) orientierte quasinaturalistische Krankheitsdefinitionen und insbesondere das medizinische Modell zu überwinden. Indem nämlich Gesundheit in den Focus gerät, verschiebt sich der Blick **von Devianzen auf Ressourcen**, von einer **passiv-reflexiven Betrachtung** auf die **aktiv-gestaltende Rolle des Individuums**. Durch die Dimensionen körperlich, seelisch und sozial wird klargestellt, daß die Herstellung, der Erhalt und die Förderung von Gesundheit nicht allein eine Sache der Medizin sein kann sondern mindestens zur **interdisziplinären Aufgabe**, genaugenommen aber zur **Aufgabe für alle** wird. Was zunächst als höchst problematisch angesehen wurde, die Tatsache nämlich, daß nach der (letztlich doch nur subjektiv bestimmbar) WHO-Definition allerhöchstens 20% unserer Bevölkerung als gesund anzusehen wären, für die übrigen mindestens 80% mithin **Gesundheitsförderungsmaßnahmen** notwendig seien, erweist sich unter einer anderen Perspektive als durchaus sinnvoll. Definieren wir nämlich Gesundheit im Sinne der WHO, so kann ihre Herstellung automatisch nicht mehr eine Sache für eine Minderheit oder Sache einer Minderheit sein, sondern wird zur Aufgabe aller. **Gesundheitsförderung und -forschung wird somit zur gemeinsamen gesellschaftlichen und politischen Aufgabe** und ist nicht länger allein ein Problem von/für Experten. Als unabdingbare Voraussetzungen für Gesundheit werden in der Ottawa-Charta Frieden, angemessene Wohnbedingungen, Bildung, Ernährung, Einkommen, ein stabiles Öko-System, eine sorgfältige Verwendung vorhandener Naturressourcen, soziale Gerechtigkeit und Chancengleichheit angesehen. Gesundheitsförderliches Handeln ziele darauf ab, durch anwaltschaftliches Eintreten (Interessen vertreten) diese Faktoren posi-

Der Blick verschiebt sich von Devianzen auf Ressourcen

Dieser zugegebenermaßen **utopische Gesundheitsbegriff** hat der WHO viel Lob, aber auch Kritik eingebracht: Auf der Seite der Fürsprecher wurde betont, daß endlich die Chance bestünde, reduktionistische, an Normabweichungen (die ja immer nur historisch gebunden definiert werden können) orientierte quasinaturalistische Krankheitsdefinitionen und insbesondere das medizinische Modell zu überwinden. Indem nämlich Gesundheit in den Focus gerät, verschiebt sich der Blick **von Devianzen auf Ressourcen**, von einer **passiv-reflexiven Betrachtung** auf die **aktiv-gestaltende Rolle des Individuums**. Durch die Dimensionen körperlich, seelisch und sozial wird klargestellt, daß die Herstellung, der Erhalt und die Förderung von Gesundheit nicht allein eine Sache der Medizin sein kann sondern mindestens zur **interdisziplinären Aufgabe**, genaugenommen aber zur **Aufgabe für alle** wird. Was zunächst als höchst problematisch angesehen

wurde, die Tatsache nämlich, daß nach der (letztlich doch nur subjektiv bestimmbar) WHO-Definition allerhöchstens 20% unserer Bevölkerung als gesund anzusehen wären, für die übrigen mindestens 80% mithin **Gesundheitsförderungsmaßnahmen** notwendig seien, erweist sich unter einer anderen Perspektive als durchaus sinnvoll. Definieren wir nämlich Gesundheit im Sinne der WHO, so kann ihre Herstellung automatisch nicht mehr eine Sache für eine Minderheit oder Sache einer Minderheit sein, sondern wird zur Aufgabe aller. **Gesundheitsförderung und -forschung wird somit zur gemeinsamen gesellschaftlichen und politischen Aufgabe** und ist nicht länger allein ein Problem von/für Experten. Als unabdingbare Voraussetzungen für Gesundheit werden in der Ottawa-Charta Frieden, angemessene Wohnbedingungen, Bildung, Ernährung, Einkommen, ein stabiles Öko-System, eine sorgfältige Verwendung vorhandener Naturressourcen, soziale Gerechtigkeit und Chancengleichheit angesehen. Gesundheitsförderliches Handeln ziele darauf ab, durch anwaltschaftliches Eintreten (Interessen vertreten) diese Faktoren posi-

tiv zu beeinflussen, Chancengleichheit auf dem Gebiet der Gesundheit (befähigen und ermöglichen) und ein koordiniertes Zusammenwirken (vermitteln und vernetzen) unter Beteiligung aller insbesondere auf regionaler Ebene zu fördern.

Ansätze zur Gesundheitsförderung

Gesundheitsförderung zielt damit als positive Forderung auf die Vermeidung und Verminderung gesundheitsriskanter Faktoren in der alltäglichen Lebens- und Arbeitswelt der Menschen und sie umschließt Strategien, die geeignet erscheinen, Individuen, Gruppen, Betriebe, Institutionen und Organisationen in den Stand zu versetzen, potentielle oder faktisch vorhandene Gesundheitsrisiken für sich zu erkennen und Handlungsmöglichkeiten zu entwickeln, um individuell und kollektiv besser damit umzugehen (vgl. *Rosenbrock*, 1989, *Rapport*, 1982; nach Deutscher Bundestag 1990, S.62). Konkrete Maßnahmen zur Gesundheitsförderung können auf ganz unterschiedlichen Ebenen ansetzen: auf der politischen, auf kommunaler und Gemeindeebene, bei den Arbeits- und Lebensbedingungen, den sozialen Netzwerken der Bürger/innen, oder aber beim Individuum, dem Informationen, Aufklärung, Unterstützung, Training ect. gegeben werden.

Gesundheitsförderliche Maßnahmen wären jeweils nach folgenden Kriterien zu beurteilen:

1. Tragen sie dazu bei, Basisvoraussetzungen für Gesundheit zu sichern (ökologische natürliche und soziale Umwelt, Wohnen, materielle Grundsicherung; Arbeiten, Lieben)?
2. Fördern sie die **Aktivität des einzelnen (Empowerment)**. Fördern sie Selbsthilfe, leisten sie Hilfe zur **Selbsthilfe**? Werden die Betroffenen dazu motiviert selbst initiativ zu werden?
3. Beziehen die gesundheitsförderlichen Strategien die **alltägliche Lebenswelt der Betroffenen** mit ein

oder schaffen sie künstliche **Surrogatrealitäten**, auf die bezogenes Verhalten unweigerlich scheitern muß, sobald eine Konfrontation mit der Alltagsrealität notwendig/unvermeidbar wird?

4. Wird die Nutzung „natürlicher“ sozialer Netzwerke und Bewältigungsressourcen gefördert oder werden ggf. durch Hilfsangebote sogar vorhandene Netzwerkressourcen zerstört (z.B. durch Behandlung in fernab liegenden Kliniken; Zerstörung von Selbsthilfekompetenzen durch Überversorgung etc.)?
5. Erhöhen gesundheitsförderliche Strategien wirklich Chancengleichheit, tragen sie zum Ziel „Gesundheit für alle“ bei oder produzieren sie ggf. nur Problemverlagerungen und wirken im Gesamteffekt wie ein Nullsummenspiel (produzieren also ebensoviele negative [Begleit-]Effekte wie positive [Haupt-]Effekte) oder gar kontraproduktiv?

Insgesamt ist festzuhalten, daß die WHO-Strategie zur Gesundheitsförderung beachtliche Resonanz ausgelöst hat. Dies dokumentieren viele Beiträge in der bereits im 15. Jahr erscheinenden Zeitschrift „Prävention“, die im Untertitel „Zeitschrift für Gesundheitsförderung“ heißt, der von Stark (1989) herausgegebene Band über lebensweltbezogene Prävention und Gesundheitsförderung, sowie der von Forster, Froschauer & Pelikan (1989) herausgegebene Band „Gesunde Projekte“. Auch Hildebrand (1992) beschreibt eine Fülle von Initiativen zur Gesundheitsförderung, die in den USA im Geiste der Ottawa Charta entstanden sind. Ein besonders prominenter, ebenfalls von der WHO initiiertes Ansatz zur Realisierung einer kommunalen Gesundheitsförderung ist das sog. ‚Healthy Cities-Projekt‘, an dem sich seit 1986 zwischenzeitlich 20 Europäische (Groß-)Städte beteiligen. Für jede Stadt wurden zunächst die Projektziele spezifiziert und operationalisiert, bevor mit der Realisierung konkreter Maßnahmen begonnen wurde (vgl. *Hildebrandt & Trojan*, 1987). Im deutsch-

sprachigen Raum sind Bremen, Düsseldorf, München und Wien am WHO-koordinierten Projekt beteiligt. Weitere Städte haben die Ziele des „healthy cities“-Projektes übernommen und zur Grundlage ihrer kommunalen Entscheidungen gemacht.

Insgesamt werden bisher aber vorrangig spezifische (verhaltensbezogene) präventionsprogramme zur Gesundheitsförderung (z.B. Raucherentwöhnung, Gewichtsreduktion, Streßbewältigung, Förderung sportlicher Aktivität und gesunder Ernährung) durch Schulen, Gesundheitsämter, Volkshochschulen oder Krankenkassen realisiert. Teilweise werden auch regionale Selbsthilfemaßnahmen gestützt und wird Netzwerkförderung, z.B. durch Schaffung von „Gesundheits-Aktions-Netzwerken“ oder die Gründung von regionalen „Gesellschaften für Gesundheitsförderung und Politik“ (z.B. in Hamburg) betrieben. Von Krankenkassen wurden Initiativen wie z.B. der Modellversuch „Gesundheitsberatung durch Ärzte“ oder Modellprogramme wie z.B. der AOK Kreis-Mettmann bzw. der Betriebskrankenkassen Berlin realisiert. Dadurch wurden ohne Zweifel bei einzelnen positive Wirkungen erzielt; insgesamt hatte man aber mit dem Problem zu kämpfen, daß die unteren sozialen Schichten hinsichtlich der Angebotsnutzung wiederum deutlich unterrepräsentiert waren.

Aussichtsreicher – was die Erreichbarkeit der Hauptbetroffenengruppen anbelangt – scheinen Gesundheitsförderungsmaßnahmen auf betrieblicher Ebene zu sein. Solche Maßnahmen flächendeckend durchsetzen zu wollen, dürfte jedoch sehr schwierig sein, da sie regelhaft in Konflikt mit betriebswirtschaftlichen Unternehmensinteressen geraten (können).

Wie wichtig und erfolgreich verhaltenspräventive Programme zur Gesundheitsförderung sein können, zeigt ein bereits als klassisch zu bezeichnendes Beispiel der Anwendung des Lebensweisenkonzeptes der WHO auf die Kariesprophylaxe in der Schweiz. Karies – verursacht durch bestimmte Ernährungsgewohnheiten und unzureichende Mundhygiene – ist vermeidbar. In Berlin (vgl. *KZV Westfalen Lippe*, 1987) wiesen nur 36% der 7jährigen und 18% der 10jährigen kariesfreie

Dauergebisse auf. In Basel dagegen, wo seit Beginn der 60er Jahre eine systematische und kontinuierliche Kariesprophylaxe betrieben wird, die im Kindergarten spielerisch beginnt, in den Primarschulen durch Aufklärung fortgesetzt und in der flächendeckend eingeführten Schulzahnpflege stabilisiert wird, lagen die Vergleichszahlen bei 89% bzw. 68%. Maßnahmen wie diese rechnen sich auch ökonomisch! Allerdings besteht die Gefahr, daß – sofern gesundheitsbeeinträchtigende Effekte bestimmter Verhaltensweisen identifiziert sind – letztere zu einer Art Lebensnorm werden und zusätzlich übersehen wird, daß Gesundheitsverhalten selbst als lebenslagenabhängig und lebenslagenbedingt gelernter Adaptationsversuch an eine über- oder unterfordernde Lebensumgebung interpretiert werden muß. Allein mit Mitteln der Aufklärung oder Ermahnung, mit Appellen, Anklagen oder gar mit Bestrafung arbeitende Versuche zur Förderung gesundheitsbewußten Verhaltens beinhalten nicht nur die Gefahr eines „blaming the victims“, sondern laufen auch Gefahr, zu kurz zu greifen und langfristig wirkungslos zu bleiben. Prominentes Beispiel hierfür ist die relative Erfolglosigkeit gesundheitserzieherischer Maßnahmen, die sich am Risikofaktorenkonzept orientiert haben. Zigarettenrauchen, Bluthochdruck, Hypercholesterinämie und Übergewicht sind zwar unstrittig Risikofaktoren für das Auftreten koronarer Herzkrankheiten, jedoch zeigte sich im sog. „Pooling-Projekt“ nach 10jähriger Beobachtung der Erkrankungsinzidenz, daß „86% der Personen mit einem der genannten Risikofaktoren und 90% der Personen mit zwei oder drei Risikofaktoren keine koronare Herzkrankheit bekamen“ (vgl. *Marmot & Winkelstein*, 1975; nach Deutscher Bundestag 1987, S. 39). In der Bundesrepublik fanden sich analoge Ergebnisse: Zwei Drittel der in einer Studie von *Badura* (1983) untersuchten Herzinfarktpatienten wiesen nur einen der genannten Risikofaktoren auf und bei nur 5,6% der Patienten lagen die drei Risikofaktoren Zigarettenrauchen, Hypertonie und Hypercholesterinämie vor. Die Untersuchung der (sozialen, gesellschaftlichen und individuellen) Bedingungen, unter denen gesundheits-

riskante Lebensweisen entstehen und aufrechterhalten werden, wird damit zur wichtigen Voraussetzung für verhältnispräventive Maßnahmen.

Forschung, Aus- und Weiterbildung im Bereich Gesundheitsförderung

Gesundheitsförderung bedarf auch auf der Ebene der Forschung, Aus- und Weiterbildung neuer Initiativen. Wichtige Impulse – so hoffe ich – werden vom neu eingerichteten, beim Bundesministerium für Forschung und Technologie (BMFT) angesiedelten Forschungsförderschwerpunkt „Public Health“ ausgehen. Eine aktuell wichtige Rolle dürften dabei Ost-West-Kooperationen haben die systemvergleichende Forschungsvorhaben realisieren. So sind in den nächsten Jahren konkrete Kenntnisse über den Einfluß der aktuellen sozial-ökonomischen Veränderungen auf Lebensweisen und Gesundheit (*Reis*), Ergebnisse kommunaler Modelle zur Gesundheitsförderung und Prävention (*Huyoff*), aber auch regionenbezogene Analysen der Wirkung von Einrichtungen und Diensten des Gesundheits- und Sozialwesens auf die Förderung selbstbestimmten Lebens (*Kliemke*) neben den Ergeb-

nissen vieler weiterer Projekte zu erwarten (dargestellt in: *Keyser, Mielck & Hendrichs* (Hrsg.), 1992).

Zwischenzeitlich sind auch auf der Ebene von Aus- und Weiterbildung eine Fülle von Initiativen, Modellen, Aus- und Weiterbildungsgängen entstanden, die verstärkte Prävention und Gesundheitsförderung und ihre wissenschaftliche Fundierung zum Ziel haben (im Überblick: *Lasser, Wolters & Kaufmann*, 1990). Im Hochschulbereich haben (mit regional unterschiedlichen Schwerpunktsetzungen) die Technische Universität Berlin, die Freie Universität Berlin, die Medizinische Hochschule Hannover, die Ruhr-Universität Bochum sowie die Universitäten Ulm, Wuppertal, Bielefeld und Bremen gesundheitswissenschaftliche Studiengänge konzipiert und z.T. bereits realisiert. Zumeist orientiert man sich dabei am Modell der amerikanischen Schools of Public Health und versucht – den historischen Rückstand und aktuellen Bedarf im Public Health-Sektor im Auge habend – durch Forschung und Lehre zur Institutionalisierung von „Public Health“ beizutragen. Unter dem Begriff „Public Health“ sind dabei alle Fragestellungen und Gegenstände zu subsumieren, „die über die somatisch-medizinische Betrachtung von Gesundheit und Krankheit hinausgehen und sich auf ganze Populatio-

Prinzipien und Ziele des Studiengangs Gesundheitswissenschaften (TU Berlin)

Der Studiengang ist interdisziplinär aufgebaut; der gemeinsame Grundgedanke aller Lehrveranstaltungen ist der Erhalt und die Förderung der Gesundheit ganzer Populationen sowie die Steigerung von Effektivität und Effizienz vorhandener Gesundheitsdienste und -einrichtungen. ...

Ziel der gesundheitswissenschaftlichen Ausbildung in Berlin ist die Weiterqualifikation von Hochschulabsolvent/inn/en für

- Planung und Management von gemeindenahen und betrieblichen Programmen für Gesundheitsförderung
- Planung und Management von Versorgungseinrichtungen, Trägerorganisationen und Verbänden im Gesundheitswesen;
- Forschungsaufgaben in wissenschaftlichen Einrichtungen und in der Industrie;
- Lehraufgaben an Hochschulen, Weiterbildungseinrichtungen, Schulen.

Weitere übergreifende Studienziele sind:

- Die Analyse der Gesundheitssituation von Regionen und Populationen;
- die Analyse von Struktur, Kosten und Dynamik des nationalen Gesundheitssystems (inkl. internationale Vergleiche)
- die Planung, Gestaltung und Evaluation von Versorgungsstrukturen und -leistungen;
- die Vermittlung von Managementfähigkeiten;
- die Planung, Gestaltung Durchführung und Evaluation von Programmen zur Gesundheitsförderung und Prävention;
- Vermittlung eines gesundheitsorientierten und konsumentenzentrierten Problembewußtseins sowie von theoretischen, methodischen und praktischen Kompetenzen;
- die Vermittlung von Teamfähigkeit und der Fähigkeit zur multidisziplinären Zusammenarbeit.

nen und Versorgungssysteme beziehen.“ (Badura, 1990, S. 64). Zum WS 1991/92 ist der Ergänzungsstudiengang Gesundheitswissenschaften (Public Health), ein auf vier Semester konzipiertes interdisziplinäres Ergänzungsstudium an der TU Berlin mit den Schwerpunkten „Gesundheitsförderung“ sowie „Planung und Management im Gesundheitswesen“ eröffnet worden (vgl. Kasten „Prinzipien und Ziele“, S. 227).

Mit einer anderen, sich auf **psychosoziale Fragestellungen konzentrierenden Zielrichtung** wird an der Freien Universität Berlin (voraussichtlich) zum WS 1993/94 ein vorher bereits als Modellversuch „Fachkräfte für die psychosoziale Versorgung“ erfolgreich realisierter Ergänzungsstudiengang „Psychosoziale Versorgung: Prävention und Gesundheitsförderung“ eröffnet. Mit diesem ebenfalls als postgraduales Ergänzungsstudium (4semestrig) konzipierten Studienangebot sollen bereits *praxiserfahrenen Fachkräften* aus der psychosozialen Versorgung (z.B. Mediziner, Psychologen, Sozialarbeiter und -pädagogen, Erziehungswissenschaftler, Soziologen etc.) Möglichkeiten eröffnet werden, zusätzliche wissenschaftliche und berufliche Qualifikationen für die psychosoziale Arbeit mit dem Schwerpunkt Prävention und Gesundheitsförderung zu erwerben. Qualifikationen sollen dort insbesondere in folgenden Bereichen vermittelt/erarbeitet werden:

- Lebensweltbezogene Beratung von Einzelnen und Gruppen;
- Selbsthilfe und Netzwerkförderung;
- Projekt-, Feld- und Institutionenentwicklung;
- Planung, Entwicklung und Evaluation von gemeindebezogenen Projekten, Programmen und Einrichtungen;
- Aufgaben der Moderation, Koordination und Leitung;
- Fortbildung und Beratung;
- Praxisorientierte Forschung.

Das Studium ist interdisziplinär ausgerichtet und wird als Teilzeitstudium in Verbindung mit Teilzeitarbeit durchgeführt, um eine möglichst enge Kooperation und Verzahnung von Forschung, Lehre und beruflicher Praxis zu fördern. Den besonderen Aufgaben, die sich mit der Wiedervereinigung hin-

Studienziele des Ergänzungsstudienganges „Psychosoziale Versorgung: Prävention und Gesundheitsförderung“ (FU Berlin)

Das Ergänzungsstudium soll den Studierenden im einzelnen Kenntnisse, Fähigkeiten und berufspraktische Kompetenzen vermitteln:

- zur vertieften (Selbst-) Wahrnehmung und Reflexion der eigenen beruflichen Rolle und Tätigkeit, der Kommunikation und Interaktion mit Klienten und Kollegen;
- zur theoretischen und empirischen Analyse von individuellen und kollektiven Problemsituationen, sozialen Lebenslagen und Milieus, institutionellen Settings, sowie sozialen Strukturen und Prozessen im Arbeitsfeld;
- zur Kommunikation und Kooperation mit Personen, (Selbsthilfe-) Gruppen und Personen/Gruppen aus dem sozialen Netzwerk;
- zur Entwicklung und Umsetzung von gemeindeorientierten Konzepten/Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung auf unterschiedlichen Ebenen (personbezogen, gruppenbezogen, institutions- und feldbezogen);
- zur Planung, Entwicklung und Implementation psychosozialer Dienste und Projekte im lokalen Kontext;
- zur Evaluation der Handlungspraxis, von Institutionalisierungsformen psychosozialer Hilfe und von Interventionsprogrammen.

Diese Ziele sollen erreicht werden durch die Auseinandersetzung mit der eigenen Praxis, mit theoretischen Konzepten und empirischen Befunden, durch die Aneignung und Einübung berufspraktischer Kompetenzen sowie durch die Beteiligung an Forschungs- und Entwicklungsarbeiten.

Quelle: Studienordnung (Entwurf); nähere Informationen beim Autor

sichtlich der Kooperation, Koordinierung und Abstimmung historisch unterschiedlich gewachsener Versorgungssysteme und -ansätze ergeben soll in besonderer Weise Rechnung getragen werden (zu den Studienzielen vgl. Kasten).

Probleme, Schwierigkeiten, Kritik

Zum Abschluß sei – wenn auch an dieser Stelle nur in knapper Form möglich – zumindest auf einige Schwierigkeiten, Probleme und Kritikpunkte bei der Umsetzung der Ziele „Prävention und Gesundheitsförderung“ verwiesen. Voraussetzung für die Entwicklung und Evaluation präventiver und gesundheitsförderlicher Maßnahmen wäre eine in der Bundesrepublik leider bisher nicht vorhandene kontinuierliche und möglichst differenzierte sozialepidemiologische (-medizinische) Berichterstattung, die Informationen über die Entstehungsbedingungen und Zusammenhänge von Krankheiten in der Lebens- und Arbeitswelt, sowie über die Bedingungen veränderter gesundheitsbezogener Lebensweisen und ihrer Ursachen bereitstellt. Gefordert ist damit die kontinuierliche Produktion konkreten Wissens über die gesundheitlichen Wirkungen grundsätzlich aller potentiell gesundheitsbeeinträchtigenden Faktoren der natürlichen und sozialen

Umwelt und ihrer wechselseitig sich beeinflussenden Wirkungen auf die psychische, physische Befindlichkeit sowie das Verhalten der Menschen. Aufgrund der *multifaktoriellen Genese* der meisten Krankheiten und der Interdependenz aller Einflußfaktoren dürfte diese Forderung bereits theoretisch kaum erfüllbar sein. Es bereitet ja bereits große (teilweise unüberwindbare) Schwierigkeiten, schlüssige Kausalnachweise der schädigenden Wirkungen *einzelner* Faktoren/Substanzen zu erbringen. Dadurch ist naturgemäß auch die Abschätzung und Evaluation der *Maßnahmewirkungen* und *-nebenwirkungen* (diskutiert unter dem Stichwort „Methodentod umweltpolitischer Maßnahmen“) äußerst erschwert. Sofern solche Nachweise (insbesondere auch die Prüfung potentieller Nebenwirkungen) als Voraussetzung für den Einsatz **verhältnisbezogener Präventions-** und Gesundheitsförderungsmaßnahmen eingefordert würden – was bei Anwendung therapeutischer Handlungsstandards keineswegs abwegig wäre – dürfte es zu konkreten Maßnahmen niemals kommen. Prävention – insbesondere Verhältnisprävention – wird sich den dabei entstehenden ethischen, wissenschaftlichen und praktischen Fragen ebenso stellen müssen, wie Fragen nach dem Kosten-Nutzen-Verhältnis oder den Beurteilungen aufgrund von Wirkungs- und Nebenwirkungsanalysen.

Bezugnehmend auf die Konzeptionen der WHO ist im § 20 des Sozialgesetzbuches-V Gesundheitsförderung zur Pflichtaufgabe der Krankenkassen geworden. Dies ist erfreulich; doch in diesem Zusammenhang vorgetragene Bedenken sind ebenfalls nicht von der Hand zu weisen: Sie befürchten nämlich, daß angesichts des unleugbaren Konfliktes, der insbesondere entsteht, wenn **verhältnisbezogene Maßnahmen** (z.B. eine andere Arbeitsgestaltung) realisiert werden sollen, Konstellationen entstehen, die kaum lösbar sind. Da die Krankenkassen keine Eingriffsmöglichkeiten in unternehmerische Entscheidungen haben, letztere aber beim Entweder-Oder zwischen betriebswirtschaftlichen und gesundheitlichen Interessen in der Regel die erste Option priorisieren werden, wird befürchtet, daß solche Vorschläge, wenn sie von den Krankenkassen kommen, kaum durchgesetzt werden können. Die Regelungen des § 20 laufen damit Gefahr, als „symbolische Politik“ zu verkommen. „Gesundheitsgefahren würden zwar benannt; es entstünde sogar der Eindruck, daß etwas geschieht; in Wahrheit gelänge keine ausreichende Durchsetzung der Gesundheitsinteressen gegenüber ökonomischen oder politischen Anliegen“ (Deutscher Bundestag, 1990, S. 62). Hinzu kommt noch, daß Betriebe nun mit dem Hinweis, die Krankenkassen seien ja zuständig, ihre Verantwortung für gesundheitsförderliche Arbeitsbedingungen abschieben können. Betrachtet man den Umfang der für Präventionsleistungen nach Einführung dieses Gesetzes für Prävention und Gesundheitsförderung bereitgestellten Mittel, so ist diese Kritik schwer zu entkräften.

Zusätzlich zu den bereits genannten Problemen stellen sich aber noch viel grundsätzlichere Fragen. Anstrengungen zur Prävention und Gesundheitsförderung sind von einigen auch als „soziale Kontrolle über das richtige Leben“ (insbesondere bei Anwendung eines Risikofaktorenkonzeptes (Wenzel, 1990), als expertendominierte Bevormundungsversuche weiter Bevölkerungskreise (vgl. *Franzkowiak*, 1990), als ‚Standardisierungs- und Zurichtungsversuche menschlicher Vielfältigkeit‘ interpretiert worden, denen ein

Menschenbild zugrundeliege, das den Menschen als Risikoträger konzipiert (*Wambach* 1983). Es gälte daher, der Prävention vorzubeugen. Die sich hier ausdrückende Skepsis gegenüber Prävention berührt Ängste und Fragen der Akzeptanz entsprechender Maßnahmen (Compliance) in der Bevölkerung. Es wird deshalb wichtig sein, ‚Gesundheitsförderung von unten‘ zu unterstützen und Maßnahmen zu ergreifen, die Selbstbestimmung und -entfaltung der Individuen fördern bzw. dafür Voraussetzungen schaffen.



Prof. Dr. Dieter Kleiber
Psychologisches Institut der FU Berlin
Habelschwerdter Allee 45
W-1000 Berlin 33

Literatur

- Badura, B.* (1990). Zur Idee von Public health und ihrer Realisierung in einer Berliner Hochschule für Gesundheit. In *U. Laaser, P. Wolters & F.X. Kaufmann* (Hrsg.), *Gesundheitswissenschaften und öffentliche Gesundheitsförderung* (61-68). Berlin: Springer.
- Badura, B.* (1933). Erste Ergebnisse der Oldenburger Longitudinalstudie. In *C.v. Ferber & B. Badura* (Hrsg.), *Laienpotential, Patientenaktivierung und Gesundheitsselfhilfe*. (S. 191-220), München: Oldenbourg Verlag.
- Bühringer, G., Hahlweg, K.* (1985). Untersuchungen zur Effektivität psychologischer Behandlungen in der Krankenversicherung. In *V. Ebel* (Hrsg.), *Psychologische Heilkunde – Möglichkeiten, Nutzen, Kosten* (17-20). Bonn: Deutscher Psychologen Verlag.
- Bundesminister für Forschung und Technologie (1990). *Gesundheitsforschung*. München: Gesellschaft für Strahlen- und Umweltforschung (Projekträgerchaften).
- Bundesminister für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit (1988) (Hrsg.). *Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich auf der Grundlage des Modellprogramms Psychiatrie der Bundesregierung*. Bonn.
- Deutscher Bundestag (1985). *Leistungsfähigkeit des Gesundheitswesens und Qualität*

der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung. Prävention, Vorsorge, Gesundheitsschutz. (Drucksache 10/3374). Bonn.

Deutscher Bundestag (1988). *Zwischenbericht der Enquête-Kommission „Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung“*. (Drucksache 11/3267). Bonn.

Deutscher Bundestag (1990). *Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung. Endbericht der Enquête-Kommission*. (Bd. 1 & 2). Bonn

Dilling, H. von, Weyerer, S. (1984). *Psychische Erkrankungen in der Bevölkerung bei Erwachsenen und Jugendlichen*. In *H. Dilling, Weyerer, S. & R.Catell* (Hrsg.), *Psychische Erkrankungen in der Bevölkerung* (1-121). Stuttgart: Enke.

Dilling, H., Weyerer, S. (1978) *Epidemiologie psychischer Störungen und psychiatrische Versorgung*. München: Urban & Schwarzenberg.

Forster, R., Froschauer, U. & Pelikan, J.M. (1989) (Hrsg.). *Gesunde Projekte. Initiativen und Modelle im österreichischen System der Gesundheitssicherung und Krankheitsbewältigung*. Wien: Jugend und Volk Verlagsges. m.b.H.

Franzkowiak, P. & Wenzel, E. (1990). *Gesundheitsförderung: Karriere und Konsequenzen eines Trendbegriffes*. psychosozial 13, (2), 43-54.

Gleiss, I. (1975a). *Der konservative Gehalt der Antipsychiatrie*. *Das Argument* 89, 31-51.

Gleiss, I. (1975b). *Verhalten oder Tätigkeit?* *Das Argument* 91, 440-456.

Gleiss, I. (1979). *Psychische Störungen als Bewegungsform des Subjekts im gesellschaftlichen Alltag – ein handlungstheoretischer Entwurf*. In *H. Keupp* (Hrsg.), *Der Krankheitsmythos in der Psychopathologie*. München – Berlin – Wien: Urban & Schwarzenberg, 2. Aufl.

Gleiss, I. (1980). *Psychische Störungen und Lebenspraxis*. Weinheim – Basel: Beltz.

Hildebrandt, H. (1992). *Gesundheitsbewegungen in den USA. Neue Initiativen im „ändern Amerika“*. Opladen: Leske & Budrich.

Hildebrandt, H., Trojan, A. (1987) (Hrsg.). *Gesündere Städte – kommunale Gesundheitsförderung*. Hamburg: Hein & Co.

Keupp, H. (1988). *Psychische Störungen im gesellschaftlichen Lebenszusammenhang*. In *G. C. Davison & J.M. Neale* (Eds.), *Klinische Psychologie* (69-92). Weinheim – München: Psychologie Verlags Union.

Keyser, I., Mielck, A. & Hendrichs A. (1992) (Hrsg.). *Kooperatin zwischen den alten und den neuen Bundesländern in der Public Health-Forschung*. München: GSF - Forschungszentrum für Umwelt und Gesundheit, GmbH.

Kleiber, D. (1986). *Immer mehr psychisch Kranke? Überlegungen zur Epidemiologie*

und zur Versorgungssituation. In *D. Kleiber & B. Rommelspacher* (Hrsg.). Die Zukunft des Helfens. Neue Wege und Aufgaben psychosozialer Praxis. (S. 13-73) Weinheim – München: Psychologie Verlags Union, Beltz.

Kurbjuweit, D. (1992). Tödliche Grenzen. In *Die Zeit*, Nr. 42.

Laaser, U., Wolters, P. & Kaufmann, F.X. (1990) (Hrsg.). Gesundheitswissenschaften und öffentliche Gesundheitsförderung. Berlin: Springer.

Marmot, M. & Winkelstein, W. (1986). Epidemiologic observations on intervention trials for prevention of coronary heart disease. *American Journal of Epidemiology* 1975, 101, S. 177-181.

McKeown, T. (1976). The Modern Rise of Population. New York: Academic Press.

McKeown, T. (1982). Die Bedeutung der Medizin – Traum, Trugbild oder Nemesis? Frankfurt a. M.: Suhrkamp.

O'Neill, P. (1984). Gesundheit 2000 Krise und Hoffnung. Berlin: Verlagsgesellschaft Gesundheit mbH.

Ottawa-Charta (1986) zur Gesundheitsförderung. In *H. Hildebrandt & A. Trojan* (Hrsg.). Gesundere Städte – kommunale Gesundheitsförderung (10-13). Hamburg: Hein & Co.

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1992). Ausbau in Deutschland und Aufbruch nach Europa. (Jahresgutachten). Baden-Baden: Nomos.

Sagan, L.A. (1992). Die Gesundheit der Nationen. Die eigentlichen Ursachen von Gesundheit und Krankheit im Weltvergleich. Hamburg: Reinbek.

Schneider, K. (1931). Klinische Psychopathologie. (1967, 8. Aufl.). Stuttgart: Thieme.

Stark, W. (1989) (Hrsg.). Lebensweltbezogene Prävention und Gesundheitsförderung Konzepte und Strategien für die psychosoziale Praxis. Freiburg i.Br.: Lambertus.

Statistisches Bundesamt (1985) (Hrsg.). Statistisches Jahrbuch für die Bundesrepublik Deutschland. Stuttgart – Mainz: Kohlhammer.

Statistisches Bundesamt (1991) (Hrsg.). Statistisches Jahrbuch für das vereinte Deutschland. Wiesbaden: Metzler Poeschel.

Szasz, T.S. (1961). The Myth of Mental Illness: Foundations of a Theory of Personal Conduct. New York: Hoeber-Harper.

Szasz, T.S. (1963) (Ed.). Law, Liberty and Psychiatry. (deutsche Ausg. 1978: Recht, Freiheit und Psychiatrie. Wien: Europa Verlag.

Wambach, M. (1983) (Hrsg.). Der Mensch als Risiko. Zur Logik von Prävention und Früherkennung. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.

Wenzel, E. (1990). Gemeindeorientierung und Gesundheitsförderung: Soziale Kontakte über das „richtige Leben“. psychosozial 13, (2), 21-29.

Q

Der Quintessenz Fachbuch-Tip:



Siegfried Grosse

Praktische Sauberkeitserziehung

Wie Kinder sauber und trocken werden.

1992; 120 S., mit 14 Abb.;
kart.; DM 24,-
(Quintessenz Ratgeber)
ISBN 3-928036-63-7

Ein ebenso wichtiges wie heikles Thema in der Erziehung, das oft nicht nur von Fachleuten, sondern gerade auch von Eltern, Großeltern und Erziehern konträr diskutiert wird, ist die Sauberkeitserziehung des Kindes. Hierzu ist es ein verbreitetes Erziehungsziel, möglichst früh ein sauberes und trockenes Kind zu haben. Beherrscht das Kind Blase und Darm, sehen dies viele Eltern als Beweis für eine geglückte Erziehung an. Doch wie erreicht man das, und mit welchem Erziehungsverhalten?

Oft wird übersehen, daß man von einem kleinen Kind nicht mehr fordern und erwarten kann, als es aufgrund seiner Reifung und Entwicklung zu leisten in der Lage ist. An der Entwicklung der Fähigkeit, die Ausscheidungen zu kontrollieren, sind zahlreiche körperliche, seelische und soziale Faktoren beteiligt, die sich nicht (und schon gar nicht durch einen Druck von außen) beliebig beeinflussen lassen. Letztlich kann man diese Entwicklungsvorgänge nicht beschleunigen, – im Gegenteil: man kann sie durch unangemessene erzieherische Eingriffe behindern und stören.

Das vorliegende Buch soll Eltern, Großeltern, Kindergärtnerinnen und anderen Betroffenen Informationen und praktische Hilfestellungen für das erzieherische Vorgehen geben.

Über den Autor

Dr. Siegfried Grosse, geb. 1949, ist seit 1975 als Diplom-Psychologe in einer Beratungsstelle für Eltern, Kinder und Jugendliche tätig. Seit vielen Jahren ist er als Lehrbeauftragter und Supervisor an der Universität Gießen an der Ausbildung von Studenten und Kollegen beteiligt. Er ist als Verhaltenstherapeut ausgebildet und anerkannter Lehrtherapeut. Zum Thema Bettnässen hat er mehrere Bücher und viele Beiträge in Fachzeitschriften veröffentlicht.

Quintessenz Verlags-GmbH, München

Bestellungen bitte an den Quintessenz Verlag,
Postfach 42 04 52, W-1000 Berlin 42, Fax: (0 30) 7 41 50 80

Quintessenz