

REIHE „BLICKPUNKT GESUNDHEIT“ · 3

BZgA

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.)

Leitbegriffe der Gesundheitsförderung

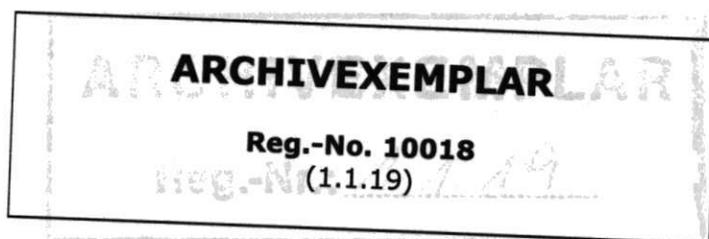
*Glossar zu Konzepten, Strategien und
Methoden in der Gesundheitsförderung*

010018



VERLAG PETER SABO

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.)
Leitbegriffe der Gesundheitsförderung



Reihe „Blickpunkt Gesundheit“ · 3



Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.)

Leitbegriffe der Gesundheitsförderung

*Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden
der Gesundheitsförderung*

Redaktionsgruppe:

Peter Franzkowiak, Lotte Kaba-Schönstein,

Manfred Lehmann, Annette C. Seibt



Verlag Peter Sabo - Schwabenheim a. d. Selz

Die Deutsche Bibliothek - CIP-Einheitsaufnahme

Leitbegriffe der Gesundheitsförderung : Glossar zu Konzepten,
Strategien und Methoden der Gesundheitsförderung /
Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung (Hg.). Red.-
Gruppe: Peter Franzkowiak ... - 1. Aufl. - Schwabenheim a.d.
Selz : Sabo, 1996

(Reihe „Blickpunkt Gesundheit“ ; 3)

ISBN 3-927916-13-7

NE: Franzkowiak, Peter Red.; Bundeszentrale für Gesundheitliche
Aufklärung <Köln>; GT

1. Auflage 1996

Alle Rechte vorbehalten

© 1996 Verlag Peter Sabo, Schwabenheim a. d. Selz

printed in Germany

Druck: Print Concept, Treis-Karden

ISBN 3-927916-13-7

Inhaltsverzeichnis

Vorwort des Herausgebers	7	Gesundheits- / Krankheits-Kontinuum	53
Vorwort der Redaktionsgruppe	8	Gesundheitstraining	54
Anmerkung des Verlages	10	Gesundheits- und Krankheitsverhalten	55
Anwaltschaft	11	Gesundheitswissenschaften /	
Attributionstheorie /		„Public Health“	56
„Attribution Theory“	12	Informationsverarbeitung /	
Belastung und Bewältigung /		„Information Processing“	58
„Stress-Coping-Modell“	13	Kommunalpolitische Umsetzung	
Biomedizinisches Paradigma	15	der Gesundheitsförderung - Das	
Empowerment	17	Gesunde-Städte-Projekt in Deutschland	60
Epidemiologie und Sozialepidemiologie	18	Kompetenzförderung als Strategie	
Evaluation	19	der Gesundheitsförderung	62
Existentiell-anthropologische Perspektive		Krankheit	65
in der Gesundheitsförderung	20	Kulturwissenschaftliche Perspektive	
Finanzierung der Gesundheitsförderung	22	in der Gesundheitsförderung	66
Gemeindeorientierung	23	Lebenslage	67
Gesundheit	24	Lebensstil / Lebensweise	69
Gesundheit / Krankheit und		Lern- und verhaltenstheoretisches	
Geschlechtsunterschiede	28	Krankheitsmodell	70
Gesundheit / Krankheit und		Medienanwaltschaft /	
soziale Ungleichheit	29	„Media Advocacy“	72
Gesundheitliche Aufklärung	30	Modell der Gesundheitsüberzeugungen /	
Gesundheitsberatung	31	„Health Belief Model“	73
Gesundheitsberichterstattung	33	Multiplikatoren / Mediatoren	75
Gesundheitsbezogene Gemeinwesenarbeit	35	Organisationsentwicklung als	
Gesundheitsbildung	36	Methode der Gesundheitsförderung	76
Gesundheitserziehung	38	Organisationsentwicklung von	
Gesundheitsförderung I:		Institutionen der Gesundheitsförderung	78
Internationale Entwicklung,		Pantheoretisches Modell - Eine Anleitung für	
historische und programmatische		die Entwicklung und Durchführung von	
Zusammenhänge	39	Gesundheitsprogrammen	79
Gesundheitsförderung II:		Partizipation / BürgerInnenbeteiligung	81
Ziele und Prinzipien	43	Phasen der Verhaltensänderung /	
Gesundheitsförderung III:		„Stages of Change“	84
Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung	45	Prävention	85
Gesundheitsförderung IV:		Primäre Gesundheitsversorgung /	
Die Entwicklung in Deutschland		„Primary Health Care“	86
(ab Mitte der 80er Jahre)	48	Projektmanagement	88
Gesundheitsförderung V:		Protektivfaktoren	89
Einordnung und kritische		Psychosomatische Krankheitsmodelle	91
Bewertung der Entwicklung	51		

Qualitätssicherung	93	Strukturfunktionalistisches Krankenrollenmodell der Soziologie	111
Risikofaktoren	94	Subjektive Gesundheit / Laienkonzeptionen von Gesundheit	112
Salutogenetische Perspektive	96	Theorie der Handlungsveranlassung / „Theory of Reasoned Action“ bzw. „Theory of Planned Behavior“	113
Selbsthilfe	98	Verbreitung von Innovationen / „Diffusion of Innovations“	115
Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeförderung	99	Verhältnisprävention	117
Setting-Ansatz in der Gesundheitsförderung	100	Vermitteln und Vernetzen	119
Soziale Lerntheorie / „Social Learning Theory“ (SLT)	101	Zielgruppen / Adressaten	120
Soziale Netzwerke und Netzwerkförderung	104	Anschriften der Autorinnen und Autoren	122
Soziale Unterstützung	105	Register	123
Sozialmedizin	106		
Soziales Marketing	107		
Stigmatisierungsansatz / „Labeling Approach“ im Rahmen soziologischer Krankheitsmodelle	110		

Verzeichnis der Abbildungen

Abb. 1: Sozialepidemiologisches Modell der Krankheitsentstehung	15	Abb. 11: Reagieren von Institutionen	77
Abb. 2: Abhängigkeits- und Bestimmungsfelder von Gesundheit	27	Abb. 12: Systematik verschiedener Beteiligungsformen	82
Abb. 3: Hancocks „Mandala-Modell der Gesundheit“	27	Abb. 13: Häufige funktionelle bzw. vegetative Störungen	92
Abb. 4: Sozialepidemiologische Modellbildung zu Gesundheit/Krankheit und sozialer Ungleichheit	29	Abb. 14: Modell zur medizinsoziologischen Erforschung des Herzinfarktes	95
Abb. 5: Bereiche der Gesundheitsbildung an der Volkshochschule	37	Abb. 15: Das salutogenetische Modell von Antonovsky in vereinfachter Form	97
Abb. 6: Internationale Entwicklung der Gesundheitsförderung	42	Abb. 16: Schema des „reciprocal determinism“, der drei ständig interaktiv aufeinander wirkenden Determinanten für menschliches Verhalten	102
Abb. 7: Kontinuum zwischen Gesundheit - Krankheit	54	Abb. 17: Ausgewählte Konstrukte der Sozialen Lerntheorie	103
Abb. 8: Die Informationsverarbeitungs-/Kommunikations-Matrix als Planungstabelle.	59	Abb. 18: Soziales Marketing	108
Abb. 9: Verhaltensgleichung	71	Abb. 19: Variablen der Theorie der Handlungsveranlassung	114
Abb. 10: Multiplikatoren und Mediatoren in der gesundheitlichen Aufklärung	76	Abb. 20: Kumulation von Adoptern einer Innovation	116

Vorwort des Herausgebers

Dieses Glossar wurde zur Unterstützung der Lehrgangsarbeit als Handreichung für Lehrgangsteilnehmerinnen und Lehrgangsteilnehmer in Auftrag gegeben und entwickelt. Es soll zur Begriffsklärung beitragen und wichtige Sichtweisen und Modelle, die der Gesundheitsförderung und Prävention zugrundeliegen, in ihren Grundzügen verdeutlichen. Ziel war ein Glossar, das sich in der Darstellung auf wesentliche Aussagen beschränkt und sowohl für Praktikerinnen und Praktiker wie für Angehörige der verschiedensten Fachdisziplinen verständlich ist. Dabei waren Vereinfachungen und z.T. auch Setzungen unvermeidlich.

Die BZgA dankt Herrn Prof. Dr. P. Franzkowiak für die zielstrebige koordinierende Projektleitung, den Autoren, die für ein symbolisches Honorar bereit waren, ihre Beiträge nach den Vorgaben der Redaktionsgruppe zu erstellen und zu überarbeiten, sowie Frau L. Kaba-Schönstein und Frau Dr. A. C. Seibt für ihre engagierte Mitarbeit in der Redaktionsgruppe.

Dr. Elisabeth Pott
Direktorin der BZgA

Vorwort der Redaktionsgruppe

Mit diesem Glossar legen wir das Ergebnis eines zweijährigen Entwicklungs- und Bearbeitungsprozesses vor. Die Zusammenstellung und Erarbeitung der hier versammelten 68 „Leitbegriffe“ soll dazu beitragen, die Vielfalt von Konzepten und Begrifflichkeiten in der Gesundheitsförderung im deutschsprachigen Raum zu systematisieren und übersichtlicher zu machen. Das Glossar soll interessierten Neu- oder QuereinsteigerInnen erste Orientierungsmöglichkeiten und Anregungen zur Vertiefung bieten. Es wendet sich auch an langjährig engagierte und erfahrene PraktikerInnen, die auf neue Anregungen durch die Konzepte, Modelle und Strategien der Gesundheitsförderung hoffen bzw. ihren eigenen Planungs, Forschungs- oder Projektalltag auf Verbesserungsmöglichkeiten überprüfen möchten.

Wir sind uns bewußt, daß ein solcher Anspruch nicht auf Anhieb zu verwirklichen ist und an vielen Stellen noch gar nicht eingelöst werden kann. Die Gesundheitsförderung befindet sich in einer stetigen, zuweilen stürmischen, Weiterentwicklung und Reibung mit vielfältigen politischen, wissenschaftlichen und praktischen Interessen und Modellen. Dieses Glossar ist ein fundiertes Zwischenergebnis und ab dem Zeitpunkt seines Erscheinens auf ständige Aktualisierung und kritische Überarbeitung angewiesen. Zu entsprechenden Anregungen und Hinweisen fordern wir alle LeserInnen und BenutzerInnen ausdrücklich und herzlich auf.

Die Idee zu einem umfassenden Gesundheitsförderungs-Glossar wurde im Jahr 1993 im Fortbildungsreferat der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und im Zentrum für Angewandte Gesundheitswissenschaften (ZAG) Lüneburg im Rahmen der von beiden Einrichtungen gemeinsam durchgeführten Fortbildungslehrgänge zur Gesundheitsförderung entwickelt. In diesen Lehrgängen zeigte sich ein großes Bedürfnis der TeilnehmerInnen nach Klärung von Begrifflichkeiten und Konzepten. Die Redaktionsgruppe konstituierte sich Anfang 1994 und arbeitete kontinuierlich bis zum Jahresende 1995. Ein zu Projektbeginn ins Auge gefaßter Pool von 30-35 Leitbegriffen wuchs im Laufe des Jahres 1994 auf nahezu 80 Stichworte, aus denen in einem mehrstufigen, nach Relevanzkriterien geordneten, Verfahren die vorliegenden 68 Leitbegriffe ausgewählt wurden.

Die Auswahl von Begriffen, Konzeptionen und Theorien orientierte sich an thematischen Schwerpunkten, die den Stand der programmatischen Entwicklung in der Gesundheitsförderung bis zur Mitte der 90er Jahre widerspiegeln sollten. Dazu wurden fünf „Begriffsfamilien“ gebildet, denen jedes Stichwort zugeordnet werden kann:

1. *Grundlagen, Grundbegriffe, Strategien und Handlungsfelder der Gesundheitsförderung* (Gesundheit, Subjektive Gesundheit, Krankheit, Gesundheitsförderung I-V, Lebensweisen, Lebenslagen, Partizipation, Setting-Ansatz, Soziale Netzwerke, Soziale Unterstützung, Verhältnisprävention u.a.);
2. *Konzeptionelle und programmatische Vorläufer der Gesundheitsförderung sowie „Abgrenzungsbegriffe“* (Prävention, Gesundheitserziehung, Gesundheitliche Aufklärung, Gesundheitsbezogene Gemeinwesenarbeit, Gesundheitsbildung, Primäre Gesundheitsversorgung, Risikofaktoren u.a.);
3. *Wissenschaftliche Erklärungsmodelle für Gesundheit und Krankheit* (Biomedizinisches Paradigma, Belastung und Bewältigung, Lern- und verhaltenstheoretisches Krankheitsmodell, Salutogenetische Perspektive, Kulturwissenschaftliche Perspektive, Gesundheitswissenschaften u.a.);
4. *Wissenschaftliche Erklärungsmodelle für präventive und gesundheitsfördernde Veränderungen* (Attributionstheorie, Modell der Gesundheitsüberzeugungen, Soziale Lerntheorie, Pantheoretisches Modell, Phasen der Verhaltensänderung, Theorie der Handlungsveranlassung u.a.);
5. *Weitere wichtige Bezugsdisziplinen, Konzepte, Handlungsstrategien und Grundbegriffe* (Sozialmedizin, Epidemiologie, Evaluation, Projektmanagement, Protektivfaktoren, Soziales Marketing, Mediatoren / Multiplikatoren, Selbsthilfe, Qualitätssicherung, Zielgruppen, u.a.).

Wir waren um Vollständigkeit, Aktualität und inhaltliche Abstimmung bemüht. Dennoch 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 gegebenen Leitbegriffe immer wieder kritisch zu überprüfen, bleibt Aufgabe der Weiterentwicklung dieses Glossars.

Ein Großteil der Begriffe wurde von den Mitgliedern der Redaktionsgruppe bearbeitet. Zur Ausformulierung der verbleibenden Stichworte konnten externe ExpertInnen gewonnen werden. Die Verantwortung für die Auswahl und Benennung der Leitbegriffe sowie die Rekrutierung externer AutorInnen lag bei der Redaktionsgruppe. Die Schwerpunkte der Arbeit in der Redaktionsgruppe lagen in der kontinuierlichen inhaltlichen Koordination, Abstimmung und Querverbindung von Stichworten untereinander, bei der mehrfachen Überarbeitung oder Neupositionierung von Begriffen und der damit verbundenen AutorInnenbetreuung.

Die Stichworte sind alphabetisch angeordnet, um den lexikalischen Charakter eines Glossars zu gewährleisten. Jede/r AutorIn wird zum Abschluß eines Stichworts namentlich ausgewiesen. Alle AutorInnen zeichnen alleinverantwortlich für den Inhalt ihrer Beiträge. Querverweise auf andere Stichworte wurden von der Redaktionsgruppe eingefügt. Im gesamten Text wird dafür das Zeichen „>“ verwandt.

Die redaktionelle Bearbeitung des Glossars wurde Anfang 1996 abgeschlossen. In mehreren Leitbegriffen wird daher auf das Gesundheits-Reformgesetz (GRG V) vom 20.12.1988 bzw. auf das Gesundheits-Struktur-Gesetz (GSG, SGB V) vom 21.12.1992 Bezug genommen. Die am 13.9.1996 vom Deutschen Bundestag beschlossene erhebliche Veränderung des § 20 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch konnte nicht mehr berücksichtigt werden.

Peter Franzkowiak, Lotte Kaba-Schönstein, Manfred Lehmann,
Annette C. Seibt

Anmerkung des Verlages

Zu den Beschreibungen der Leitbegriffe hat der Verlag ein Register erstellt (Seite 123 - 126). Damit soll über das Inhaltsverzeichnis hinaus eine weitergehende Orientierungsmöglichkeit angeboten werden. Die im Register erfaßten Stichwörter weisen auf Seiten des Glossars hin, auf denen sie näher erläutert werden oder im Zusammenhang mit anderen Begriffen stehen. Einige Begriffe sind im Text sehr häufig vertreten, wie z. B. Gesundheit, Gesundheitsförderung, Krankenkassen, Krankheit. Sie werden im Register nur angeführt, wenn sie als Leitbegriffe verwendet werden.

Anwaltschaft

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 können eine anwaltschaftliche Rolle sowohl als

- InteressenvertreterInnen von Betroffenenengruppen (z.B. als Behinderten- oder Kinderbeauftragte) sowie als
- AnwältInnen für die Gesundheit (z.B. als ExpertInnen im Bereich der gemeinwesenorientierten Gesundheitsarbeit oder als GesundheitspolitikerInnen)

verstehen und einnehmen. Beide Rollen und die damit verbundenen Arbeitsprinzipien sind wichtig (> Gesundheitsförderung III, IV).

(1) *Interessenvertretung für Betroffene*: Anwaltschaft wird hier eingesetzt als Arbeitsprinzip. Dabei vertreten fachlich 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 Zukunftspläne durchzuführen. Oft wird es sich um ein Eintreten für „latente Gesundheitsbedürfnisse“ der Bevölkerung handeln. (Parallelen zur Arbeit von RechtsanwältInnen sind unverkennbar). Hier kann jedoch das Problem „selbsternannter AnwältInnen“ auftreten: GesundheitsförderInnen, die vorgeben, die Interessen einer Klientel oder Betroffenenengruppe zu vertreten, ohne dafür die entsprechende Legitimation zu haben, bzw. im Interesse „der Gesundheit“ zu handeln, ohne den notwendigen > Gesundheitswissenschaftlichen Erkenntnisstand zu besitzen.

Am besten etabliert ist Anwaltschaft als Methode in Form der „Anwaltschaft“. Dieser Ansatz (auch genannt: advokatorische Planung; engl.: advocacy planning) stammt vor allem aus den Vereinigten Staaten. Er wurde Anfang der 70er Jahre in Deutschland bekannt als ein Verfahren der Bewohnerbeteiligung in städtebaulichen Pla-

nungsprozessen. AnwaltsplanerInnen erstellen zusammen mit Bürger- bzw. Anwohnergruppen alternative Lösungen im Interesse ihrer „KlientInnen“, wobei die Entwürfe der „Gegenanwälte“ mit Planungen der Verwaltung konkurrieren. Bei längerfristigen Prozessen der Stadtentwicklung gibt es von der Anwaltschaft 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 potentiell 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). Anwaltschaft wird immer dann nötig, wenn eine Betroffenenengruppe 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 enggefaßte Professionalisierungsinteressen zu verfolgen.

Im Gesundheitsbereich sind neben Einzelpersonen und -institutionen vor allem Kooperationszusammenschlüsse wie regionale Arbeitsgemeinschaften für Gesundheitsförderung oder „Gesundheitsförderungskonferenzen“ angetreten, neben Kooperation und Koordination auch das Interesse der Gesundheit anwaltschaftlich für eine Kommune oder eine Stadt zu vertreten (> Vermitteln und Vernetzen). Konkret bedeutet dies in der Regel, 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 genannten Gremien jedoch häufig zu kurz gegenüber der Organisation und Koordination von gesundheitsfördernden Angeboten und Anbietern.

Literatur: Trojan A / Stumm B (Hg.), Gesundheit fördern statt kontrollieren, Frankfurt/M. 1992; Karas F / Hinte W, Grundprogramm Gemeinwesenarbeit, Wuppertal 1978

Alf Trojan

Attributionstheorie „Attribution Theory“

Diese psychologische Theorie beschreibt, wie die „Interpretationen“, die sich Menschen über die Konsequenzen ihres Verhaltens geben, ihr zukünftiges Verhalten beeinflussen. Laut Theorie sind beispielsweise die Erklärungen, die wieder rückfällig gewordene RaucherInnen sich und anderen über ihren „Mißerfolg“ geben, entscheidend dafür, ob und mit welchem Erfolg sie weitere Entwöhnungsversuche unternehmen werden oder nicht.

„Attributionen“ sind subjektive Erklärungen oder Zuschreibungen für Verhalten. Verschiedene Zuschreibungen führen zu unterschiedlichen Erfolgserwartungen in der Zukunft. Konkret heißt das, daß Menschen für die Ergebnisse ihres früheren Verhaltens nach Gründen suchen und dabei Zuschreibungen bzw. Attributionen vornehmen, die wiederum stark beeinflussen, welches Ergebnis sie als Konsequenz ihres zukünftigen Verhaltens erwarten. Beispielsweise wird davon ausgegangen, daß die Motivation, sich einer schwierigen Aufgabe zu stellen, von den Erwartungen auf künftigen Erfolg abhängt, wobei die Erfolgserwartungen stark davon geprägt sind, welche Attributionen mit früheren Erfolgen oder Mißerfolgen verbunden worden sind.

Die Theorie wurde vom amerikanischen Psychologen Weiner in den 70er Jahren als Attributionstheorie zusammengefaßt. Sie wird den Kognitiven Theorien in der Psychologie zugeordnet. Diese gehen von der Annahme aus, daß menschliches Verhalten bestimmt ist durch rationale Erklärungen (Kognitionen), die sich Menschen über ihr Ver-

halten geben. Für die Gesundheitsförderung von besonderer Relevanz ist die Erkenntnis, daß Zuschreibungen auch veränderbar bzw. „uminterpretierbar“ sind.

AttributionsforscherInnen gehen von folgender Voraussetzung aus: insbesondere wenn das Ergebnis einer Handlung negativ, unerwartet oder wichtig ist, suchen Menschen nach Erklärungen. Erklärungsversuche geschehen dabei in drei Dimensionen:

1. *Verortung der Kausalität:* Diese Dimension erfaßt, ob eine Erklärung für das Ergebnis innerhalb (internal) oder außerhalb (external) der eigenen Person gesucht wird. Beispielsweise kann der Rückfall von (ehemaligen) RaucherInnen als eigene Schwäche oder durch bestimmte äußere Umstände und die „Situation“ (z.B. Gruppendruck) bedingt erklärt werden.

2. *Stabilität:* Stabile Gründe für das Ergebnis sind unveränderbar und werden auch beim nächsten Mal wieder so erwartet, wohingegen nicht-stabile Gründe bei einem neuen Versuch nicht mehr oder anders vorliegen konnten. Wenn eine Person z.B. ihren Erfolg, das Übergewicht zu reduzieren, ihren eigenen Fähigkeiten zuschreibt und betont, daß „ich zu meinen Vorsätzen stehe“ (ein stabiler Grund), dann sind die Erwartungen für einen erneuten Erfolg (z.B. für eine weitere Gewichtsabnahme) größer, als wenn sie den Erfolg darauf zurückführt, diesmal Glück gehabt zu haben („es gibt sowieso in unserer Kantine nichts Gutes zu essen“). Wenn für den Mißerfolg eigene Unfähigkeit zugeschrieben wird im Sinne von „in diesen Situationen werde ich immer schwach“, dann ist dies eine stabilere Zuschreibung als wenn „ich einen schlechten Tag“ hatte. Menschen mit stabilen Zuschreibungen für den eigenen Mißerfolg haben geringere Erfolgserwartungen und investieren folglich weniger Energie in die bevorstehende Aufgabe. Diese Dimension deckt sich mit Banduras Konzept der Selbstwirksamkeitsüberzeugung (> Soziale Lerntheorie), die definiert ist als Grad der Überzeugung oder des Vertrauens, eine Aufgabe auch kompetent ausführen zu können. Studien, die diese Dimension untersuchten, haben gezeigt, daß nicht die Anzahl der Versuche, z.B. Gewicht zu verlieren oder mit dem Rauchen aufzuhören, von Bedeutung waren, sondern die Interpretation der Gründe für den (Miß-)Erfolg.

3. **Kontrollierbarkeit:** Die dritte Dimension beschreibt den Grad der Kontrollierbarkeit über künftige Ergebnisse („mit mehr Anstrengung und Vorbereitung schaffe ich es beim nächsten Mal“ im Gegensatz zu Aussagen wie „da kann man nichts machen, das ist für mich zu schwierig“).

Während für die ersten beiden Dimensionen starke empirische Belege vorliegen, existieren diese für die letzte Dimension kaum oder sind nur schwach.

Die Attributionstheorie hat auch affektive Komponenten, wonach unterschiedliche Zuweisungen zu unterschiedlichen Emotionen führen. Laut Theorie führt die Attribution „mangelnde Anstrengung“ (intern und kontrollierbar) eher zu Schuldgefühlen, während die Attribution „Unfähigkeit“ (intern und nicht kontrollierbar) eher Schamgefühle auslösen soll. Schuldgefühle sollen dabei motivierend wirken, während Schamgefühle eher als demotivierend erkannt werden. Bei der Erforschung der emotionalen Komponenten der Theorie bestehen größere Unklarheiten als bei den kognitiven Komponenten, auch sind sie bisher empirisch kaum unterlegt.

Die Attributionstheorie ist in den letzten Jahren für die Veränderung von Gesundheitsverhalten eingesetzt worden, um eine Uminterpretation einmal vorgenommener Attributionen, die kohärenter zu gewünschtem Gesundheitsverhalten sind, anzustoßen. Insbesondere wird sie in der Rückfallpräventions-Forschung eingesetzt. Dabei geht es darum, Menschen, die in ein altes Verhalten „zurückgefallen“ sind und z.B. wieder mit dem Rauchen angefangen haben, neue Interpretationen für ihren Rückfall anzubieten, um sie erneut zu einem Verhaltensänderungsversuch zu motivieren: eine stabile und unkontrollierbare Attribution für Mißerfolg („eigene Charakterschwäche“, „ich bin zu verführbar in diesen Kneipensituationen“) wird zu diesem Zweck uminterpretiert zu einer nicht-stabilen und kontrollierbaren Attribution („die meisten Leute machen mehrere Anläufe, bevor sie es schaffen“). Da zwischenzeitlich neue Hilfen, mehr Wissen und Erfahrung und neue Fähigkeiten dazu erworben wurden, wird ein Erfolg wieder denkbar(er) gemacht. Dadurch erhöht sich die Erfolgserwartung, was wiederum die Anstrengung vergrößert und somit einen Erfolg wahrscheinlicher macht. Die Theorie wird in Holland und in den USA als Anleitung für Programme zur Veränderung von Gesundheitsverhalten benutzt: z. B. für Versuche,

mit dem Rauchen aufzuhören oder zur Gewichtskontrolle bei Übergewichtigen oder umdiskriminierende Einstellungen und Verhalten gegenüber HIV-infizierten oder AIDS-kranken Menschen zu beeinflussen.

Literatur: Weiner B, *An Attributional Theory of Motivation and Emotion*, New York 1986; Den Boer DJ et al., *Health Education Strategies for Attributional Retraining and Self-Efficacy Improvement*. in: *Health Education Research*, 1991, 6 (2), 239-248; Eiser JR et al, *Trying to Stop Smoking - Effects of Perceived Addiction, Attributions for Failure, and Expectancy of Success*, in: *Journal of Behavioral Medicine*, 1985, 8 (4), 321-340

Annette C. Seibt

Belastung und Bewältigung „Stress-Coping-Modell“

Wie Menschen Belastungen (Stress) bewerten und mit ihnen umgehen, hat Einfluß auf ihre Gesundheitsressourcen und ihre Gesunderhaltung. Unterschiedliche Bewertungen und Bewältigung von Belastungen können die Art und den Zeitpunkt der Entstehung von chronisch-degenerativen Erkrankungen mitbestimmen, aber auch die Schwere und Dauer des Krankheitsverlaufes und das Ausmaß der Krankheitsfolgen beeinflussen. Die gelungene Bewältigung von erlebten Belastungen kann eine wesentliche Rolle in der Vermeidung von individuellen Gesundheitsrisiken und ihren Nachfolgekrankheiten spielen. Auf dieser Grundannahme der modernen Stressforschung baut das Belastungs-Bewältigungs-Modell (engl.: Stress-Coping-Modell) auf. Es ist ein interdisziplinäres wissenschaftliches Modell, das > psychosomatische und > soziologische Gesundheits-/Krankheitsmodelle miteinander verknüpft.

Belastungen/Stress: Als Stress bezeichnet man einen Zustand des Ungleichgewichts. Außergewöhnlich starke körperliche, seelische, geistige oder soziale Anforderungen beanspruchen die vorhandenen Anpassungs- und Regulationsfähigkeiten eines Menschen in hohem Maße oder übersteigen sie. Stress kann sowohl negative als auch positive Seiten haben. Positiver Stress wird oft als „Eustress“ bezeichnet, gesundheitsbelastender negati-

ver Streß hingegen als „Dis-Streß“. Negative Stressoren können akut auftreten, z.B. als kritische Lebensereignisse oder Bewährungssituationen. Sie können aber auch chronischen Charakter haben, z.B. als berufliche Dauerkrisen, soziale Isolation, Armut, Arbeitslosigkeit, beruflich-private Doppel- und Mehrfachbelastungen.

Überforderung durch negativen Streß, in Verbindung mit mangelnden Bewältigungsfähigkeiten, gilt als ein eigener > Risikofaktor für die Entstehung von chronischen Krankheiten, v.a. der koronaren Herzkrankheit. Chronische Anspannung und Kreislaufüberlastung infolge von Streßbelastung begünstigt Arteriosklerose, eine erhöhte Anfälligkeit gegenüber Infektionskrankheiten sowie die Entstehung chronischer Kopf-, Rücken- und Nackenschmerzen. Neben der objektiven Stärke von Belastungen (z.B. Zeitdruck im Berufs- und Privatleben, starker Lärm, starke Schmutzbelastung) ist von großer Bedeutung, wie Menschen die jeweiligen Belastungen gedanklich bewerten. Sowohl für die Entstehung von Krankheiten als auch für ihre Vermeidung ist wichtig, ob ein akuter Reiz bzw. chronisch belastende Situationen überhaupt als „Streß“ eingeschätzt werden (> Subjektwissenschaftliche Perspektive).

Bewältigung/Coping: Erst nach solchen gedanklichen Bewertungen ergreifen Menschen besondere Bewältigungsstrategien („Coping“). Diese können

- persönlicher Art sein, z.B. als aktive Auseinandersetzung mit der Belastung, aber auch als Versuch, die Belastungen etwa mit Medikamenten oder Drogen zu verdrängen bzw. individuell zu kompensieren oder
- sozialer Art sein, d.h. sich auf die Umgebung des sozialen Umfeldes beziehen, indem man versucht, die Stressoren aktiv zu entfernen, Hilfe anfordert und annimmt oder den Stressoren so weit wie möglich ausweicht.

Ob das „Coping“ gelingt, ist abhängig vom Grad der persönlichen und sozialen Ressourcen, über die ein Mensch in Streßsituationen verfügen kann. Ressourcen sind alle verfügbaren Kräfte und Mittel in sich und in seiner/ihrer Umwelt, die ein Mensch aktivieren kann, um mit Belastungen fertig zu werden, Konflikte zu lösen und letztlich die eigene Gesundheit zu erhalten oder wiederherzustellen. Es kommt also darauf an, über welche

Handlungskompetenzen eine Person verfügt und über welche Problemlösungsangebote bzw. > Proaktivfaktoren sie in ihrer sozialen Umwelt verfügt.

Coping besteht aus zwei miteinander verbundenen Bereichen:

- persönliche Bewältigungsmöglichkeiten („life skills“, d.h. Kompetenzen zur aktiven Problemlösung sowie das grundlegende Gefühl, Problemlagen aktiv und konstruktiv meistern zu können);
- kollektive Bewältigungsmöglichkeiten, die im sozialen Umfeld einerseits als > soziale Unterstützung zur Verfügung stehen, andererseits als gesellschaftliche Hilfsangebote und Dienstleistungen abgerufen werden können.

Copingversuche können nicht nur konstruktiv, sondern auch destruktiv sein und somit selbst zu Krankheitsvorläufern werden, z.B. als Betäubung von Inkompetenzerlebnissen durch Drogenmißbrauch. Die erlebte Belastung ist zwar eine notwendige, aber nicht allein ausschlaggebende Bedingung in der Streßentstehung. Streßzustände ergeben sich auch dann, wenn sich ein Mensch als handlungsunfähig bei der Auseinandersetzung mit neuen Problemsituationen erlebt oder immer wieder bei Versuchen der Problemlösung scheitert. Die moderne Entwicklungsforschung konnte einen solchen Zusammenhang zwischen dem Scheitern an allgemeinen Entwicklungsaufgaben des Jugendalters (Bildungsabschlüsse, soziale Vergleiche mit Gleichaltrigen, Ablösungsprozesse) und einem erhöhten Drogenrisiko bzw. einer gesteigerten Abweichungsgefährdung der betroffenen Jugendlichen aufdecken.

Belastungs-Bewältigungs-Modell: Auf dem Hintergrund dieser Überlegungen entwickelte der Gesundheitswissenschaftler Badura ein sozial-epidemiologisches Modell der Krankheitsentstehung. Danach können akute oder chronische Streßreaktionen auf psychosoziale Risiken in Wechselwirkung mit der Lebensweise zu körperlichen, seelischen oder psychosomatischen Risiken führen, die sich dann in entsprechenden Krankheiten umsetzen (siehe Abb.1).

Der wissenschaftliche Wert des Streß-Coping-Modells für die Gesundheitsförderung besteht darin, daß die Aufmerksamkeit auf die Wechselwirkung zwischen Belastungen, ihrem subjektiv wahrgenommenen Ausmaß und den jeweils vor-

- jede Erkrankung besitzt spezifische Ursachen;
- jede Krankheit zeichnet sich durch eine bestimmte genetische, biochemische und/oder mechanische Grundschädigung aus;
- Krankheiten haben typische äußere Zeichen (Symptome) und können daher nur durch wissenschaftlich geschultes Personal (d.h. vorwiegend durch ÄrztInnen) erkannt werden;
- Krankheiten haben beschreibbare und vorhersagbare Verläufe; ohne eine medizinische Intervention verschlimmern sie sich.

Diese Annahmen stützen sich auf das erweiterte „Kochsche Modell“ der Infektionskrankheiten. Danach wirken bei der Entstehung von Krankheiten: ein Krankheitserreger mit bestimmter 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, wenn diese vier Variablen zur gleichen Zeit am gleichen Ort zusammentreffen. Entstehungshintergrund des biomedizinischen Krankheitsmodells ist die „Keimtheorie“ bzw. „Zellularpathologie“ des 19. Jahrhunderts. In seinen Anwendungsbereichen und seiner Gültigkeit ist es daher besonders geeignet für die Diagnose und Therapie von Infektionskrankheiten.

Diese machen heute jedoch weniger als ein Zehntel der Erkrankungen und Sterblichkeit in den entwickelten Industriegesellschaften aus. Für die von zahlreichen anderen Faktoren abhängige Ursachenerklärung, Therapie und Prävention der heute vorherrschenden chronisch-degenerativen Krankheiten ist das Krankheitsmodell nur mit starken Einschränkungen tauglich. Es ist daher im präventivmedizinischen Modell der > Risikofaktoren weiterentwickelt worden. Als Krankheitsvorläufer werden dort riskante Verhaltensweisen (z.B. Bewegungsmangel und Fehlernährung bei der koronaren Herzkrankheit oder ungeschützter Geschlechtsverkehr bei der HIV-Infektion) bzw. Risikofaktoren (z.B. Bluthochdruck, erhöhte Bluthochesterinwerte) angesehen. Die Vermeidung von Risikoverhalten bzw. die Reduktion von Risikofaktoren sollen präventiv gegen vorzeitige Sterblichkeit an den Haupttodesursachen in den Industriegesellschaften wirken. Dabei wird das Augenmerk weitgehend auf individuelle Verhal-

tensweisen sowie organisch-körperliche Grenzwerte gesetzt. Das biomedizinische Paradigma bildete lange Zeit die wesentliche Grundlage der > Gesundheitserziehung, der > gesundheitlichen Aufklärung und der ärztlichen > Gesundheitsberatung.

Die soziale Einbindung von Gesundheits- bzw. Risikoverhalten in > Lebensweisen und > Lebenslagen wird im biomedizinischen Denken eher ausgeblendet. Da das Modell nur den organischen Teil der Ursachen von chronisch-degenerativen Erkrankungen berücksichtigen kann, ist auch die > Prävention und Gesundheitsberatung auf dieser Grundlage nur bedingt erfolgreich. Verhaltensumstellungen auf biomedizinischer Grundlage 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.

Im primärpräventiven Bereich sind solche Interventionen - ohne Berücksichtigung der Lebensgeschichten, Lebensumstände und strukturellen Rahmenbedingungen von Menschen - kaum erfolgversprechend und auch langfristig kaum wirksam. Mc Keown hat in seinen medizinhistorischen Studien nachweisen können, daß seit der Mitte des 19. Jahrhunderts sowohl eine Verbesserung von Lebensumständen, d.h. der sanitären und Wohnbedingungen, als auch veränderte Lebens- und Ernährungsweisen in der Bekämpfung der Masseninfektionskrankheiten früher und anhaltender wirksam waren als die Jahrzehnte später entwickelten medizinischen Impfungen und medikamentösen Behandlungen.

In der Gesundheitsförderung wird das biomedizinische Paradigma zunehmend von einem „ganzheitlichen“, interdisziplinären und intersektoralen Denken abgelöst. Im Gegensatz zur traditionellen Gesundheitserziehung zielen erfolgreiche gesundheitsfördernde Interventionen nicht mehr nur darauf, bei einzelnen oder Gruppen von Menschen die epidemiologisch identifizierten Risikoverhaltensweisen „abzustellen“. Ziel ist vielmehr, durch > Kompetenzförderung, Stärkung der > Selbsthilfefähigkeiten und durch > Netzwerkförderung die Bedingungen für gesundheitsfördernde Lebensweisen und Lebenslagen zu schaffen und zu erhalten (> Setting-Ansatz).

Literatur: Brennecke R / Schelp FP, Sozialmedizin, Stuttgart 1993, 35-54; McKeown T, Die Bedeutung der Medizin, Frankfurt/M. 1982; Waller H, Sozialmedizin, Stuttgart 1993, 9-38

Peter Franzkowiak

Empowerment

Das Konzept Empowerment stammt aus der amerikanischen Gemeindepsychologie und hat in den letzten Jahren auch Eingang in die Diskussionen um Gesundheitsförderung gefunden (> gesundheitsbezogene Gemeinwesenarbeit). Im deutschen Sprachgebrauch hat sich bislang noch keine passende Übersetzung gefunden. Verschiedene Autoren sprechen von „Bemächtigung“ oder „Stärkung von Selbsthilfe- und Durchsetzungsfähigkeit“. Empowermentprozesse beschreiben solidarische Aktionen von oft marginalisierten Personen und Gruppen, in denen durch gegenseitige Unterstützung und soziale Aktion diskriminierende Lebensbedingungen überwunden werden. Ergebnisse von Empowermentprozessen sind meist die Aufhebung von Ohnmacht und ein gestärktes Selbstbewusstsein für die Betroffenen - also eine Umverteilung von Macht im Kleinen.

Ziel von Empowerment ist die Förderung der Fähigkeit der Menschen, ihre soziale Lebenswelt und ihr Leben selbst zu gestalten und sich nicht gestalten zu lassen. GesundheitsförderInnen sollen dabei durch ihre Arbeit dazu beitragen, die 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. Die zugrundeliegenden Fragestellungen lassen sich im wesentlichen so formulieren:

- Unter welchen Bedingungen gelingt es Menschen, sich aus einer machtlosen und demoralisierten Situation herauszuentwickeln, die eigene Stärke zusammen mit Anderen zu erkennen und in ihrem Handeln ihre soziale Umgebung und Lebensbedingungen zumindest teilweise nach ihren Vorstellungen zu gestalten?
- Welche Konsequenzen haben solche Erfahrungen für die beteiligten Menschen und Gruppen?

Grundlage für diese Perspektive sind Erkenntnisse aus einer Reihe wissenschaftlicher Studien, nach denen eine wichtige Voraussetzung für körperliches und seelisches Wohlbefinden die Fähigkeiten und Möglichkeiten einer Person sind, ihr eigenes Leben selbst zu kontrollieren (> Salutogenetische Perspektive). Die Definition von Empowermentprozessen fällt normalerweise nicht leicht und läßt sich eher über das Gegenteil erschließen, da wir zu sehr an die Sprache der Hilfsbedürftigkeit, der Schwächen und der Defizite gewöhnt sind: Machtlosigkeit, erlernte Hilflosigkeit, Entfremdung oder Kontrollverlust über das eigene Leben sind Begriffe, die in der psycho-sozialen Arbeit sehr viel häufiger gebraucht werden als ihre positiven Gegenteile.

Der amerikanische Gemeindepsychologe Kieffer hat in einer Reihe von Orten in den USA vor allem bei armen Leuten Empowermentprozesse untersucht und fand folgende Dimensionen:

- es entwickelt sich ein positives und aktives Gefühl des „In-der-Welt-Seins“;
- es entwickeln sich Fähigkeiten, Strategien und Ressourcen, um aktiv und gezielt individuelle und gemeinschaftliche Ziele zu erreichen;
- es wird Wissen und Können erworben, das zu einem kritischen Verständnis der sozialen und politischen Verhältnisse und der eigenen sozialen Umwelt führt.

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 vorbeugender, 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, aber vor allem auch die Rechte der Hilfe- und Rat-suchenden, die in der traditionellen sozialen und gesundheitsbezogenen Arbeit oft vernachlässigt werden.

Für den Versuch, Empowermentprozesse anzustoßen, ist es prinzipiell viel wichtiger, Fragen zu stellen, als Antworten zu geben. Dies betrifft insbesondere die Frage, warum Mängel oder Knappheiten auftreten, die den Menschen in bestimmten

Situationen das Leben schwer machen und verhindern, daß sich ihre individuellen, kollektiven und strukturellen Möglichkeiten entfalten können. Eine solche Fragestellung versucht mit einer Bestandsaufnahme gleichzeitig auch Ursachen und Hintergründe zu erkennen. Mit dieser 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 Werkstattmethoden (wie etwa Zukunftswerkstätten) kann diese Entwicklungen befördern.

Empowerment orientiert sich nicht an bestimmten Ergebnissen oder normativen Zielsetzungen. So kann z.B. der Prozeß für eine alte Frau, die sich mit Unterstützung der „Grauen Panther“ erfolgreich gegen ihre Einweisung in ein Heim wehrt, vollkommen anders verlaufen als für eine junge, alleinerziehende Mutter, die zusammen mit anderen Alleinerziehenden versucht, ihr Leben neu zu gestalten. Ziel ist - von welchem Ausgangspunkt auch immer - einen Prozeß der Gestaltung und Gestaltbarkeit sozialer Lebensräume zu beginnen. Solche Empowermentprozesse können von Fachleuten angestoßen, begleitet und unterstützt werden; im Gegensatz zur traditionellen psychosozialen Praxis werden sie aber nicht ausschließlich von Fachleuten durchgeführt oder kontrolliert. Sie geschehen täglich mit allen Arten von Personen, Gruppen oder Strukturen. Professionelle können aus diesen Prozessen lernen, welche Bedingungen und Situationen Empowermentprozesse fördern oder behindern (> Anwaltschaft, > Kompetenzförderung).

Empowermentprozesse wirken für die Betroffenen praktisch immer kompetenzfördernd, wenn Professionelle lernen, stärker als bisher die dafür fördernden Rahmenbedingungen zur Verfügung zu stellen oder zu entwickeln, sich selbst aber nicht oder nur sehr vorsichtig in den Prozeß einmischen. Diese Haltung einer „Arbeit am und im sozialen Kontext“ bedeutet für GesundheitsförderInnen, die

Möglichkeiten zu verbessern, damit Betroffene ihre Interessen besser vertreten können - und nicht diese Interessen für die Betroffenen zu vertreten.

Literatur: Kieffer C, Citizen empowerment - a developmental perspective, in: Rappaport J et al. (eds.): Studies in empowerment - Steps toward understanding and action; Rappaport J, Ein Plädoyer für die Widersprüchlichkeit - ein sozialpolitisches Konzept des Empowerment anstelle präventiver Ansätze, in: Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis, 2, 1985 (17), 257-278; Stark W, Prävention und Empowerment, in: Hörmann G / Körner W (Hg.), Klinische Psychologie - Ein kritisches Handbuch, Reinbek 1991, 213-232; Trojan A, Ohnmacht kränkt - Empowerment wirkt gesundheitsfördernd, in: Blätter der Wohlfahrtspflege 2, 1993 (140), 58-61

Wolfgang Stark

Epidemiologie und Sozialepidemiologie

Die Epidemiologie untersucht die Verteilung von Krankheiten, physiologischen Variablen und Krankheitsfolgen in menschlichen Bevölkerungsgruppen sowie die psychosozialen und sozial-ökologischen Faktoren, die diese Verteilung verursachen. In der Epidemiologie werden Fragen aus der Medizin, der Gesundheitssystemforschung und den > Gesundheitswissenschaften mit den Methoden der empirischen Sozialforschung und der Statistik bearbeitet. Dies geschieht einerseits im Rahmen aktueller Erhebungen (z.B. zur Verteilung von Herz-Kreislauf-Risikofaktoren in der Bevölkerung), andererseits über die Analyse historischer Zusammenhänge und Verläufe (z.B. über den Verlauf von Krankheitshäufigkeiten und Todesursachen in Bezug auf die historisch unterschiedlichen gegebenen sanitären, hygienischen, sozialen und ökonomischen Rahmenbedingungen).

Die Sozialepidemiologie ist die Anwendung epidemiologischer Methoden auf die Zusammenhänge zwischen Gesellschaft, Krankheit und Gesundheit. Sie untersucht vorrangig die Zusammenhänge zwischen dem sozialen Status (mit den Hauptindikatoren der sozialen Schicht bzw. des sozialen Milieus, der Berufstätigkeit und anderen sozialen Faktoren) und Gesundheit, Risiko, Krankheit, Lebenserwartung und Todesursachen.

Kernaufgaben der Epidemiologie und Sozial-epidemiologie sind:

- die Beschreibung und Untersuchung der Verteilung der Häufigkeit von Krankheiten in menschlichen Populationen (Bevölkerungsgruppen);
- die Identifizierung ätiologischer (d.h. ursächlicher bzw. Vorläufer-) Faktoren in der Entstehung von Krankheiten, z. B. durch Langzeitbeobachtungen oder Bevölkerungsuntersuchungen;
- die Untersuchung gesundheits- bzw. krankheitsrelevanter physiologischer und organischer Variablen in Beziehung zu anderen (v.a. sozialen, kulturellen und wirtschaftlichen) Merkmalen von Bevölkerungsgruppen;
- die Beschreibung von örtlichen, zeitlichen, sozialen und ökologischen Unterschieden der Krankheitshäufigkeit und daraus abgeleitete Risiken für die jeweils betroffenen Gruppen oder Einzelpersonen;
- Untersuchung der Folgen von Krankheiten (Arbeitsunfähigkeit, sozialer Abstieg, Invalidität, Tod);
- Bereitstellung von Daten für Verwaltungs- und Planungszwecke im lokalen wie politischen Rahmen sowie zur Begründung und Bewertung von Interventionen in Gesundheitsinstitutionen, Kommunen und der Gesamtbevölkerung (> Gesundheitsberichterstattung)

Einige der wichtigsten Maßzahlen in der Epidemiologie und Sozialepidemiologie sind:

- *Mortalität* (Sterblichkeit = Zahl der in einer Bevölkerung an bestimmten Krankheiten gestorbenen Menschen, bezogen auf diese Bevölkerung);
- *Morbidität* (Erkrankungshäufigkeit = Maß für die Häufigkeit einer Krankheit in der Bevölkerung), unterteilt in Inzidenz (Zahl der Neuerkrankungen an einer Krankheit während einer bestimmten Zeitperiode, bezogen auf die dem Erkrankungsrisiko ausgesetzte Bevölkerung) und Prävalenz (Anteil der zu einem bestimmten Zeitpunkt an einer Krankheit erkrankten Menschen, bezogen auf die Gesamtbevölkerung);
- *Letalität* (Sterberate = Zahl der in einer Bevölkerung an bestimmten Krankheiten gestorbenen Menschen, bezogen auf die Gesamtzahl der daran Erkrankten in bestimmten Zeiträumen).

Daten der Epidemiologie und Sozialepidemiologie dienen bislang hauptsächlich als empirische Basis

für Verhaltensprävention gegen > Risikofaktoren. In der Gesundheitsförderung gewinnen sie zunehmend Bedeutung für die > Gesundheitsberichterstattung. Sie werden weiterhin angewandt in der Planung und > Evaluation der Effizienz von präventiven, kurativen oder rehabilitativen Interventionen, in der Versorgungsforschung und in jüngster Zeit auch zur > Qualitätssicherung gesundheitserzieherischer und gesundheitsfördernder Maßnahmen.

Literatur: Brennecke R / Schelp FP, Sozialmedizin, Stuttgart 1993, 10-34; Hellmeier W et al., Epidemiologische Methoden der Gesundheitswissenschaften, in: Hurrelmann K / Laaser U (Hg.), Gesundheitswissenschaften, Weinheim 1993, 91-110; Waller H, Sozialmedizin, Stuttgart 1993, 38-63

Peter Franzkowiak

Evaluation

Evaluation ist die Bewertung von Programmen und Maßnahmen. Bewertet werden:

- die Wirkungen von Maßnahmen (Effektivitätsprüfung, Gegenüberstellung von Zielen und Erfolgen) und
- das Kosten-Nutzen-Verhältnis von Maßnahmen (Effizienzprüfung, Gegenüberstellung von Erfolg und Aufwand).

Evaluation bedient sich dazu der Methoden der Sozial- und Wirtschaftswissenschaften. In der Gesundheitsförderung wird unter Evaluation üblicherweise die Bewertung der Erfolge von Maßnahmen und Programmen verstanden. Kosten-Nutzen-Analysen zur Überprüfung der Effizienz sind noch selten.

Es gibt zahlreiche Unterscheidungskriterien für verschiedene Evaluationsformen. Wesentlich ist die Unterscheidung zwischen

- *formativer Prozeßevaluation*, die die Planung, Durchführung und Wirkung der einzelnen Elemente einer Maßnahme oder eines Programms in ihrem Verlauf („Prozeß“) untersucht und durch die Rückkopplung von Zwischenergebnissen zu ihrer Optimierung beiträgt („formativ“), und
- *summativer Produktevaluation*, die das Endergebnis einer Maßnahme oder eines Programms untersucht („Produkt“) und dabei den Gesamteffekt aller Teilmaßnahmen bewertet („summativ“).

Es gilt inzwischen als anerkannt, daß eine Mischform von Prozeß- und Produktevaluation den größten Nutzen entfaltet. Evaluation sollte bereits während der Planungs- und Durchführungsphase berücksichtigt werden. Für Programmplaner und -durchführer stellt sich die Frage, ob die Evaluation intern selbst durchgeführt werden kann oder an externe Institutionen vergeben wird. Für eine interne Evaluation spricht die Programmnähe, d.h. die Kenntnis der Einflußfaktoren auf die Ergebnisse. Hier liegt aber auch die Gefahr der fehlenden Distanz zum eigenen Handeln, die für eine unbefangene Bewertung nötig ist. Mit der Vergabe von Evaluationsaufträgen an externe Personen/Institute wird im Idealfall Erfahrung und Know-how aus vergleichbaren Projekten zugekauft, was bereits in der Planungsphase genutzt werden kann. In jedem Fall ist Evaluation personalintensiv und erfordert freie Mittel bzw. freie eigene Personalkapazitäten. Einen Mittelweg stellt die externe Beratung bei der Evaluation oder die Vergabe nur einzelner Arbeitsschritte dar. Bei modellhaften Projekten, die zukünftig in breiterem Umfang durchgeführt werden sollen, oder für die eine Bezuschussung durch Dritte angestrebt wird, hat eine externe Evaluation die höhere Legitimation nach innen und nach außen.

Typische Fragestellungen bei der Planung und Durchführung einer Evaluation lauten:

- Was soll mit der Maßnahme/dem Programm erreicht werden, welche Auswirkungen sollen vermieden werden?
- In welche Teilziele läßt sich das Erreichbare untergliedern, welcher Maßnahmeteil trägt zum Erreichen welchen Teilziels bei?
- An welche > Zielgruppe richtet sich die Maßnahme? Welche > Adressaten wurden erreicht?
- Woran läßt sich die Erreichung der Teilziele messen (Indikatoren)?
- Welche Erfolge lassen sich an einer sorgfältigen Dokumentation ablesen?
- Welche Evaluationsmethoden sollten angewandt werden (Befragung, Beobachtung, Gruppendiskussion, Presseanalyse etc.)?

Evaluation ist ein wesentlicher Teil von > Qualitätssicherung. Evaluation kann bereits bei der Vorbereitung von Maßnahmen den Bezug zu Planungselementen herstellen, bei der Durchführung von Maßnahmen deren Ablauf kontrollieren und als Nachbereitung legitimierend und lernfördernd

wirken. Evaluation in diesem Sinne sollte integraler Bestandteil jeder gesundheitsfördernder Maßnahme sein, weil sie grundlegende Funktionen erfüllt: Kontrolle der Zielerreichung, Formulierung erreichbarer Ziele, Formulierung beobachtbarer Ziele (Indikatoren für die Zielerreichung), Definition von Zielgruppen, Prozeß- und Zielkorrektur, Dokumentation und Legitimation, Vergleichbarkeit mit anderen ähnlichen Maßnahmen und Anregung zur Publikation.

Praxisnahe Evaluation muß im Gegensatz zu wissenschaftlicher Evaluation nicht mit hohem methodischem Anspruch durchgeführt werden. Sie kann auch darin bestehen, daß systematisch die ablaufenden Prozesse beobachtet und nachvollziehbar dokumentiert werden. Evaluation hat allerdings nicht die Funktion der „Zauberwaffe“, die ihr oftmals zugesprochen wird: Sie kann ein durchdachtes Konzept nicht ersetzen.

Ein Problem von Evaluation in der Gesundheitsförderung liegt in der fehlenden Vergleichbarkeit von Ergebnissen. Neuere Bemühungen zielen daher auf Empfehlungen zur Standardisierung der eingesetzten Fragestellungen.

Literatur: Koch U / Wittmann WW (Hg.), Evaluationsforschung - Bewertungsgrundlage von Sozial- und Gesundheitsprogrammen, Berlin 1990; Bundesvereinigung für Gesundheit, Praxisnahe Evaluation gesundheitsfördernder Maßnahmen, Bonn 1991; Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.), Handlungsanleitung zur Evaluation gesundheitserzieherischer Maßnahmen, Köln 1991

Klaus Riemann

Existentiell-anthropologische Perspektive in der Gesundheitsförderung

Die existentiell-anthropologische Perspektive unterstreicht die Einzigartigkeit des Individuums im Prozeß von Gesundheit, Gesunderhaltung, Krankheit und Krankheitsbewältigung (> Gesundheits-Krankheits-Kontinuum). Dabei wird die Möglichkeit hervorgehoben, auch eine einschneidende Situation (z.B. eine Krankheit oder eine psycho-soziale Krise) nicht nur als Opfer widriger Umstände zu erleben, sondern auch als eine Chance zu sehen, sich in der Verarbeitung dieser

Erfahrung zu einer integrierteren Persönlichkeit zu entwickeln. Integrierte Persönlichkeiten verarbeiten Emotionen und Lebenserfahrungen aus dem Alltag konstruktiv und ihnen gelingt es, durch tiefere Sinngebung und Reife zu wachsen.

Diese Perspektive gehört zu einem Komplex von theoretischen Begriffen, der aus verschiedenen intellektuellen Schulen und Traditionen gespeist wurde. Ausformungen finden sich u.a. in der Psychoanalyse, dem philosophischen Existenzialismus, dem Symbolischen Interaktionismus, der Medizinischen Anthropologie, den modernen psychotherapeutischen Schulen und der Phänomenologie. Ebenso kann ein bestimmter Bereich der Literatur über Gesundheit und Krankheit, speziell literarische Bearbeitungen von Erkrankungs- und Gesundungsprozessen, als ein Teil dieser Perspektive angesehen werden.

Mit dem Begriff „*existenziell*“ wird ausgedrückt, daß die persönliche Lebenserfahrung als sehr wesentlich angesehen wird. Das bedeutet, daß der subjektive Sinn, das Bewußtsein, die persönlichen Werte, die Interpretation der Realität und die Gefühle als konstituierende Bestandteile der persönlichen Welterfahrung und -interpretation verstanden werden. Als Zugang zu dieser subjektiven Realität wird ein verstehender humanistischer Ansatz vorgeschlagen. In der existenziell-anthropologischen Perspektive wird die Einzigartigkeit eines Individuums und seiner/ihrer subjektiven Lebenserfahrung betont. Die grundlegende Annahme ist, daß die Menschen im Prozeß der sprachlichen Aneignung der Welt im Austausch mit anderen Menschen zu „*Schöpfern*“ ihrer persönlichen Welt werden und diese sinnstiftend ausgestalten.

In der Medizin, den > Gesundheitswissenschaften und der Gesundheitsförderung impliziert diese Annahme eine stärkere Berücksichtigung der individuellen Biographie und der subjektiven Verarbeitung von kritischen Lebensereignissen, persönlichen Krisen, sozialen Konflikten, etc. (> Belastungs-Bewältigungs-Modell, > Lebensstil/Lebensweise). Dieses Verständnis ist meist angemessen, wenn ein Mensch mit sehr komplexen Lebenskrisen konfrontiert wird wie etwa chronischen Schmerzerfahrungen, emotionalen Krisen oder der Bewältigung von schweren Erkrankungen. Weiterhin ist es sinnvoll bei der Erforschung von unbewußten Verhaltensweisen sowie der Reflexion

existenzieller Sinnfragen oder der Freiheitsgrade menschlichen Handelns.

Die Perspektive hat sich als sehr hilfreich erwiesen, um z.B. die Leidenserfahrung von Menschen mit chronischen Schmerzen, die Entwicklung von zerebral gestörten Kindern und die Welterfahrung von dementen Menschen nachzuvollziehen. Auch die > Selbsthilfebewegung hat sich inspirieren lassen durch biographische Bekenntnisse und die Veröffentlichung von Leidenserfahrungen und Bewältigungsversuchen. Richtungsweisende Beiträge sind aus der Krebsforschung, bei Hirnschäden, Sucht, Körperbehinderungen und ähnlichen Bereichen bekannt. Ein Klassiker ist die Gesundheitsbiographie von Norman Cousins mit dem programmatischen Titel „*Der Arzt in uns selbst*“. Cousins beschreibt darin seine autobiographische Entwicklung, nachdem er erfuhr, daß er an der Bechterew-Erkrankung (*spondylitis ankylopoetica*) litt. Cousins brach nach Selbstanalyse die ärztliche Medikation ab und erarbeitete ein eigenes Genesungsprogramm (er nahm Vitamin C in sehr hoher Dosierung ein, zog in ein Hotel, um Ruhe, Entspannung und etwas luxuriöse Betreuung zu finden und begeisterte sich für alte Zeichentrickfilme in der Absicht, seinen Optimismus zu stärken). Dabei entdeckte Cousins, daß diese Maßnahmen seinen Schmerz reduzierten. Seine neue Lebenseinstellung, sein Wille zu überleben und glücklich zu sein, waren bei der Genesung von der Erkrankung sehr wichtig.

Einerseits gibt es in der Weltliteratur inzwischen zahlreiche prägnante Publikationen über die persönlichen Erfahrungen von PatientInnen, die ihre Krankheit überwunden und zu einem höheren Grad an Gesundheit und Wohlbefinden gefunden haben. Andererseits wird oftmals auch dann, wenn es nicht möglich war, eine Krankheit zu überwinden, die Auseinandersetzung mit diesen Erfahrungen im Nachhinein häufig als hilfreich erlebt, um zu einer integrierteren Lebensweise und einem bewußteren Umgang mit den verbliebenen Lebensmöglichkeiten zu gelangen.

Die existenziell-anthropologische Perspektive akzentuiert einen subjektiven Gesundheitsbegriff sowie die personenzentrierte Lebensgestaltung und das Wohlbefinden in seiner individuellen Vielfalt. In den verschiedenen Auffassungen wird dabei oft unzureichend beachtet, daß Gesundheitsförderung insbesondere im Erwachsenenalter eine erhöhte

Akzeptanz von Subjektivität erfordert. Das gilt für den Bereich der > Psychosomatik insgesamt, um die Entwicklung von Krankheiten besser zu verstehen und geeignete Strategien zur Prävention abzuleiten. Aufgrund der gesellschaftlichen Individualisierungsprozesse wird sich Gesundheitsförderung zunehmend bemühen müssen, die Ergebnisse existentiell-anthropologischer Perspektiven in die Praxis zu integrieren. Damit bieten sich auch den Gesundheitswissenschaften perspektivische Hypothesen.

Literatur: Cousins N, Der Arzt in uns selbst, Reinbek 1981; Kaplun A (Hg.), Gesundheitsförderung bei chronischen Krankheiten, Köln (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung) 1987; Lafaille R / Fulder S (eds.), Towards a New Science of Health, London New York 1993

Robert Lafaille

Finanzierung der Gesundheitsförderung

Gesundheitsförderung wird, ihrem umfassenden Charakter entsprechend, von den verschiedenen Sozialversicherungsträgern und der öffentlichen Hand finanziert. Eine besondere Rolle weist der Gesetzgeber den Krankenkassen in §§ 20, 21 des Fünften Bandes des Sozialgesetzbuches (SGB V) zu. Danach haben die Krankenkassen Gesundheitsgefährdungen und Gesundheitsschäden nachzugehen und auf ihre Beseitigung hinzuwirken. Weiterhin will der Gesetzgeber, daß Krankenkassen Selbsthilfegruppen und Selbsthilfekontaktstellen mit gesundheitsfördernder und rehabilitativer Zielsetzung finanziell fördern. Im Bereich des betrieblichen Gesundheitsschutzes haben darüber hinaus die Unfallversicherungsträger gesetzliche Verpflichtungen (§ 537 RVO). Grundsätzlich ist auch die öffentliche Hand im Zusammenhang mit der Sicherstellung der Daseinsvorsorge verpflichtet, entsprechende Aktivitäten zu unterstützen. Insbesondere in Bundesländern, in denen es bereits Gesetze für den Öffentlichen Gesundheitsdienst gibt, ist diese Aufgabe konkretisiert.

Im Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland gibt es ein deutliches Mißverhältnis der finanziellen Ressourcen für Kuration/Rehabilitation und Prävention. Das Statistische Bundesamt weist für die alten und neuen Bundeslän-

der 1991 Ausgaben für das Gesundheitswesen in einer Höhe von insgesamt 379 Milliarden DM aus. 223 Milliarden DM entfielen auf die medizinische Behandlung. Für vorbeugende und betreuende Maßnahmen wurden 1991 26,6 Milliarden DM verwendet, wobei allein die Maßnahmen zur Pflege 14,4 Milliarden DM ausmachten. Die öffentlichen Haushalte von Bund, Ländern und Gemeinden sowie der Bundesanstalt für Arbeit gaben 30,4 % ihrer Ausgaben für Gesundheit, für vorbeugende und betreuende Maßnahmen aus, gesetzliche Krankenversicherung 4,1 % und gesetzliche Unfallversicherungsträger 7,9 %.

Im Sinne einer besseren Ressourcennutzung liegt es auf der Hand, gesundheitsfördernde Aktivitäten aus mehreren Töpfen zu finanzieren. Allerdings ist es, anders als z.B. in der AIDS-Arbeit, in der sich Wirtschaftsunternehmen deutlich finanziell engagieren, im Bereich der Gesundheitsförderung noch nicht gelungen, diese Finanzquelle (Sponsoring) in einem nennenswerten Maße zu nutzen. Die projektbezogene Finanzierung durch Stiftungen ist dagegen bereits häufiger realisiert. Denkbar, aber in der Bundesrepublik offenbar noch fern aller Akzeptanz, wäre die Investition größerer Mittel in Gesundheitsförderungsaktivitäten durch gezielte Verwendung von Steuergeldern von Risiko-Produkten, wie es z.B. in Kanada erfolgt (z.B. Tabakprodukte).

Beispiele für kontinuierliche gemeinschaftliche Finanzierungen im Gesundheitsförderungsbereich gibt es bereits einige, darunter ein fortgeschrittenes in Hamburg: die Gemeinschaftsfinanzierung gesundheitsfördernder Strukturen durch die öffentliche Hand und die Kassen der gesetzlichen Krankenversicherung.

Das Forschungsinstitut prognos hat in einem Gutachten im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) dieses „Hamburger Modell“ als für das Bundesgebiet vorbildlich gewürdigt. Es umfaßt die Hamburgische Landesvereinigung für Gesundheitsförderung (HLG), den Selbsthilfegruppentopf, die Landesarbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege (LAJH) und die „Gesundheitsförderungskonferenz - Gesundere Zukunft für Hamburg“. Im Bereich der Gesundheitsförderungskonferenz zahlen die Krankenkassen und die Freie und Hansestadt Hamburg je 100.000 DM ein, die für Gesundheitsförderungsaktivitäten verwendet werden und vom

multisektoralen Vorstand der Gesundheitsförderungskonferenz verteilt werden.

Wichtiger aber noch als die Bereitstellung dieser Finanzmittel ist die Investition vorhandener Gelder in gesundheitsfördernde Aktivitäten. Hier ist es Aufgabe der Gesundheitsförderungskonferenzen, Empfehlungen zu formulieren, wie zukünftig auf kommunaler Ebene Finanzmittel zielgenau einzusetzen sind. Insbesondere im Bereich der Gesundheitsförderungskonferenzen ist aber auch auf den hohen Anteil ehrenamtlichen Engagements zu verweisen, der eine andere Form des Einsatzes repräsentiert und gleichwohl die Öffentlichen Haushalte entlastet.

Die etwaige Hoffnung, vermittels gesundheitsfördernder Aktivitäten kurzfristig zur Kostendämpfung im Gesundheitsbereich zu gelangen, wird sich nicht realisieren. Längerfristig wird das intelligentere Ressourcenmanagement zur Kostenentlastung führen können. Angesichts der gesundheits- und sozialpolitischen Dimension von Gesundheitsförderung kann aber diese Hoffnung nicht handlungsleitend, sondern allenfalls zusätzlicher Anreiz sein. Ein erhöhter Einsatz für gesundheitsfördernde Aktivitäten ist letztendlich begründet aus dem humanen Gebot, Gesundheit und Lebensqualität der BürgerInnen zu verbessern.

Literatur: Bundesminister für Gesundheit (Hg.), Daten des Gesundheitswesens, Baden-Baden 1991; Gesundheitsförderungskonferenz - Gesündere Zukunft für Hamburg, Jahresberichte 1993 ff.

Norbert Lettau

Gemeindeorientierung

Gemeindeorientierung als Prinzip basiert auf der Erkenntnis, daß in der örtlichen Umgebung eines Menschen seine wesentlichen Belastungen - aber auch die wichtigsten Unterstützungsfaktoren zu finden sind. 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 ca. 150 Jahren des Aufstiegs der naturwissenschaftlichen Medizin stark aus dem Blickfeld geraten war, setzte in Deutschland etwa Anfang der 70er Jah-

re die große „Wiederentdeckung der Gemeinde“ in allen helfenden Berufen und ihren Bezugsdisziplinen ein. Am ausgeprägtesten war diese Entwicklung in der Gemeindepsychiatrie. Aber auch Gemeindepsychologie und Gemeinwesenarbeit etablierten sich als Teilbereiche in ihren jeweiligen Heimatdisziplinen (> Gemeindebezogene Gemeinwesenarbeit).

Im angelsächsischen Sprachraum nahm die „community medicine“ einen bedeutsamen Aufschwung. Dieses stand in engem Zusammenhang mit einer Reform und Aufgabenerweiterung des Öffentlichen Gesundheitswesens. Im Englischen bedeutet „community“ zwar auch eine geographisch definierte soziale Einheit, hat aber durch seine zweite Wortbedeutung einen sehr starken Beiklang von dem, was im Deutschen „Gemeinschaft“ genannt wird. „Gemeinde“ wird von uns vor allem als „Gebietskörperschaft“ („Kommune“) verstanden und als Kirchen-Gemeinde. Diese Bedeutungsunterschiede können leicht zu Mißverständnissen führen; um diese zu vermeiden, hat sich in der Gesundheitsförderung in jüngster Zeit der Begriff > „Setting-Ansatz“ 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 Gesundheitssicherung im umfassenden Sinne bezeichnet. Mit der Ottawa-Charta 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 III).

Gemeindeorientierung im Sinne der Prävention in überschaubaren Gebietseinheiten wurde aber auch seit Mitte der 70er 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 geographische und verwaltungstechnische Einheit von einzelnen 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“ (vorher 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 „Gesündere-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 „Setting-Ansatz“ der Gesundheitsförderung als Ergänzung zielgruppenbezogener Ansätze in größerem Umfang verwirklicht (> Kommunalpolitische Umsetzung). Später folgten noch spezifischere Programme, die sich auf

kleinere soziale Systeme bzw. Teil-Settings 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 zentrale Einheiten nur sehr beschränkte Entscheidungsmöglichkeiten haben (z.B. für die Beeinflussung gesundheitsrelevanter Umweltprobleme), und daß viele Gemeinde-Instanzen daher nur als Anlaufstellen, aber nicht als gestaltende Akteure „gesundheitsfördernder Gesamtpolitik“ anzusehen sind.

Literatur: Farquhar JW et al., The Stanford Five City Project - Design and Methods, in: American Journal of Epidemiology, 1985 (122), 323-334; Lemke-Goliash P et al. (Hg.), Gesund leben in der Gemeinde - Erfahrungen aus der Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie, St. Augustin 1992; Trojan A / Waller H (Hg.), Gemeindebezogene Gesundheitssicherung, München 1980; Troschke Jv et al. (Hg.), Erfolge gemeindebezogener Prävention, St. Augustin 1991; Troschke Jv, Präventive Gemeindestudien in der Bundesrepublik Deutschland, in: Deutsches Ärzteblatt 42, 1983 (80), 65-70

Alf Trojan

Gesundheit

Gesundheit als existentieller Lebenszustand läßt sich aus mehreren Perspektiven definieren: als Abgrenzungskonzept, als Funktionsaussage und/oder als politische Wertaussage. Diese Interessenorientierungen mischen sich in der Regel zu „vielfältigen Deutungsfigurationen“ (Göckenjan) und sind abhängig von den jeweils unterschiedlichen Perspektiven in wissenschaftlichen Disziplinen bzw. im Lebensalltag von Betroffenen (> Subjektive Gesundheit). Da Gesundheitsvorstellungen ebenso wie Krankheitsbilder soziokulturellen und historischen Einflüssen und Veränderungen unterliegen, ist es nicht möglich, ein allgemeines, universales Substrat von Gesundheit zu finden:

- Gesundheit als *Abgrenzungskonzept* ist eng mit der medizinischen Deutung und Diagnostik von Krankheit verknüpft (> Biomedizinisches Para-

digma). Gesundheit wird als „Abwesenheit von Krankheit“ oder als „Noch-nicht-Krankheit“ bzw. „noch nicht vollständig medizinisch diagnostizierte körperliche bzw. seelische Verfassung“ umschrieben. Die hier vorgenommene Abgrenzung von Gesundheit zu Krankheit ist häufig notwendig (z.B. für eine „Krankschreibung“ zur Legitimierung von Arbeitsunfähigkeit); sie ist jedoch nur vordergründig konkret und gibt eine nur scheinbare Klarheit vor. Solche Abgrenzungen erzeugen nach Göckenjan immer nur „fiktive Schnittstellen“ (> Gesundheits-Krankheits-Kontinuum).

- Als *Funktionsaussage* steht Gesundheit einerseits für Leistungs- und Arbeitsfähigkeit in körperlicher und sozialer Hinsicht bzw. als Rollenerfüllung (> Strukturfunktionalistisches Krankheitsmodell der Soziologie). Zu diesem Komplex gehören andererseits alle homöostatischen Gesundheitsvorstellungen eines körperlich-seelischen Gleichgewichts oder einer flexiblen Anpassung von Körper und Selbst an sich verändernde Umweltbedingungen. Das Schwergewicht wird hierbei oft auf die 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.

- Gesundheitsdefinitionen auf der Grundlage von *Wertaussagen* enthalten einen „positivierenden“ Kern. Ein Verständnis von Gesundheit als „höchstem Wert“, als des „schlechthin Guten“, evtl. auch als einem „absoluten Richtwert“ schwingt mit. Daraus versuchen sich oft Ansätze zu einem allgemeinen Gesundheitszwang (engl.: „healthism“) zu rechtfertigen. Von besonderer Bedeutung für die Gesundheitsförderung und zugleich die bekannteste wertorientierte Umschreibung ist die WHO-Gesundheitsdefinition von 1948: „Gesundheit ist der Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens 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 löst die WHO Gesundheit aus einer rein biomedizinischen Sichtweise und den engen Bezügen des professionellen Krankheitssystems. Gesundheit umfaßt körperliche, seelisch-geistige und soziale Anteile, die sich wechselseitig beeinflussen. Gesundheit ist kein einmal erreichter und dann unveränderlicher „Zustand“, sondern eine lebensgeschichtlich und alltäglich immer wieder neu und aktiv herzustellende „Balance“. Der umfassende Gesundheitsbegriff der WHO betont im Gegensatz zum biomedizinischen Verständnis von Krankheit sowie den meisten Alltagsvorstellungen die Verankerung von Wohlbefinden in allen Dimensionen des täglichen Lebens. Gesundheitsbewußte und -förderliche > Lebensweisen/Lebensstile erfordern das Vorhandensein positiver politischer, kultureller, ökonomischer und sozialökologischer Grundvoraussetzungen (> Lebenslage, > Kulturwissenschaftliche Perspektive).

Die WHO-Definition ist oft kritisiert worden. Ihr wurde, in Verkennung der politischen Funktion dieser Definition, ein utopisch-dogmatischer Charakter unterstellt, insbesondere in der stark umstrittenen Formulierung des „Zustands“ eines „vollständigen“ Wohlbefindens (wobei hier ein Übersetzungsfehler vorliegt: das englische „complete“ sollte im Deutschen eher mit „umfassend“ übersetzt werden). In den > Gesundheitswissenschaften wird die alte Wortwahl mittlerweile umgangen. An die Stelle des „Zustands“ treten Formulierungen wie „Potential“ oder andere, weiter ausholende, Definitionen. In zunehmendem Maße wird der Prozeßcharakter und die wechselseitige Bedingtheit von Gesundheit und Krankheit betont.

Die WHO-Definition ist und bleibt - unter Berücksichtigung einiger weiter unten angeführter Modifikationen und Erweiterungen - die wesentliche konzeptionelle Grundlage für Theorie und Praxis der Gesundheitsförderung. Bedeutsam ist die Umkehr der bisherig dominanten medizinischen Perspektive auf Krankheit und Krankheitsverhütung. Die Gesundheit einer bestimmten Bevölkerung wird nicht nur von der Verbreitung und Intensität von Risikofaktoren oder Krankheiten bestimmt. Sie ist vielmehr abhängig von der Art, der Verbreitung und Wirkung der in ihr vorhandenen > Protektivfaktoren und Gesundheitspotentiale. Eine wesentliche Aufgabe der Gesund-

heitsförderung ist daher die Erschließung von solchen Potentialen, z.B. durch Kompetenzerweiterung, Mobilisierung und Erhaltung sozialer Unterstützungsnetzwerke sowie durch Neuorientierung von Versorgungsstrukturen.

Gesundheitsvorstellungen sind nicht universal, sondern immer kulturell bedingt. Die kulturelle Überformung von Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen zeigt sich exemplarisch in der unterschiedlichen Symptomwahrnehmung vom Menschen aus unterschiedlichen Sozialschichten bzw. Kulturkreisen. So lassen sich auch Verständnis- und Kommunikationsprobleme zwischen MedizinerInnen aus einem Kulturkreis (z.B. Mitteleuropa) und PatientInnen aus einem anderen kulturellen Bezugssystem (z.B. Südeuropa oder mediterrane Länder) erklären: bei Erstkontakten verstehen sich beide Seiten oftmals nicht, weil sich die „ganzheitliche“ Symptompräsentation vieler PatientInnen dem organmedizinisch-diagnostischen Blick der ÄrztInnen nicht erschließt - und umgekehrt (> Gesundheit/Krankheit und soziale Ungleichheit, > Kulturwissenschaftliche Perspektive).

In vielen neueren Modellen werden Versuche unternommen, die unterschiedlichen Gesundheitsperspektiven miteinander zu verbinden. Im Kontext der sich entwickelnden Gesundheitswissenschaften umschreibt Hurrelmann Gesundheit wie folgt:

- Gesundheit sei das Gelingen der Abstimmung von Anforderungen und Bedürfnissen des Körpers und des Selbst, der sozialen Mitwelt und der Umweltbedingungen;
- Gesundheit beschreibe das objektive und subjektive Befinden von Menschen, wenn diese sich in allen Bereichen ihrer Entwicklung in Einklang mit den eigenen Möglichkeiten und Zielvorstellungen sowie den jeweils gegebenen Lebensbedingungen befinden;
- Gesundheit beruhe auf einem relativ stabilen physiologischen Gleichgewicht bzw. intakten Organfunktionen. Dadurch werde Menschen ermöglicht, die eigene Identität zu sichern, zielgerichtet zu handeln, konstruktiv Sozialbeziehungen aufzubauen und die eigene Lebensgestaltung an die wechselhaften Belastungen des Umfeldes anzupassen (oder, wo nötig, gezielte Umfeld- und Umweltveränderungen vorzunehmen).

Mit dem folgenden Modell (Abb.2) veranschaulicht Hurrelmann sein Konzept der „gelingenden Abstimmung“ anhand der drei wesentlichen Abhängigkeits- und Bestimmungsfelder von Gesundheit: Körper und Selbst, soziale Mitwelt, Umweltbedingungen.

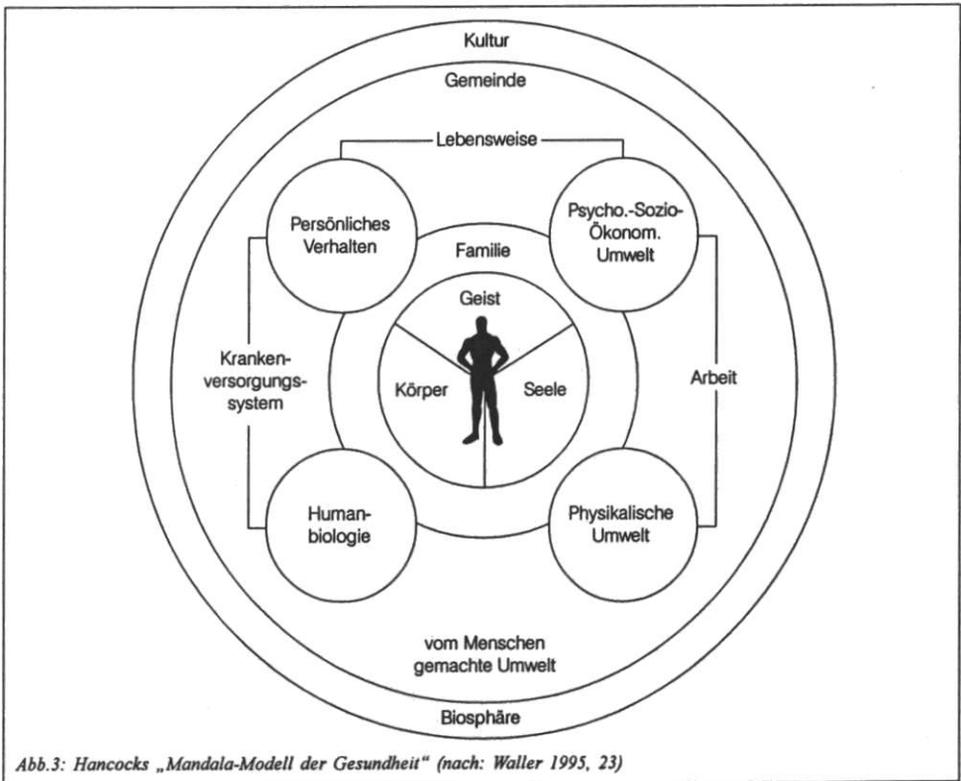
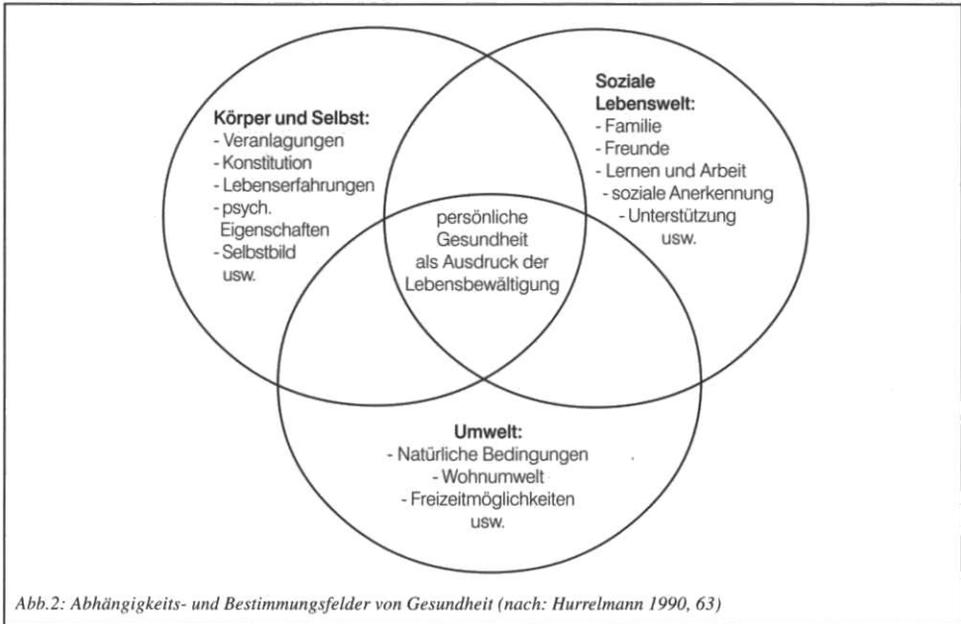
Gesundheit kann nicht nur „optimal“, „umfassend“ oder „positiv“ sein. Jedes Gesundheitskonzept muß die Bedingtheit und potentielle Einschränkung von Gesundheit integrieren können (> Gesundheits-Krankheits-Kontinuum, > Subjektwissenschaftliche Perspektive). Menschen, die akute Störungen bewältigen bzw. mit chronischen körperlichen und seelischen Beeinträchtigungen wie z.B. Herz-Kreislauf-Störungen, Diabetes oder Behinderungen des Stützapparates 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 „bedingter Gesundheit“.

Der Kanadier Hancock hat ein ökologisches „Mandala-Modell der Gesundheit“ entwickelt, das die praktischen Ansatzpunkte für Gesundheitspolitik und Gesundheitsförderung in den Mittelpunkt rückt (Abb.3). Im Modell werden vier interagierende Ebenen miteinander verknüpft:

- Humanbiologie (genetische Anlagen, Immunsystem, Physiologie und Anatomie eines Menschen);
- > Lebensstile/Lebensweisen (Ernährung, Rauchen, generelles Risiko- und Vorsorgeverhalten);
- psychosoziale Umwelt (sozioökonomischer Status, Peer-Kulturen, soziale Risiko- und Unterstützungssysteme);
- physikalische Umwelt (Wohn- und Arbeitsbedingungen, Umweltbedingungen).

Literatur: Göckenjan G, Stichwort Gesundheit, in: Deppe, HU et al (Hg.), Öffentliche Gesundheit - Public Health, Frankfurt New York 1991, 15-24; Hurrelmann K, Sozialisation und Gesundheit, Weinheim 1988, 11-17; Hurrelmann K, Familienstreß Schulstreß Freizeitstreß, Weinheim 1990, 58-82; Waller H, Gesundheitswissenschaft, Stuttgart 1995, 9-24

Peter Franzkowiak



Gesundheit / Krankheit und Geschlechtsunterschiede

Ein entscheidender Faktor > sozialer Ungleichheit sind die Geschlechtsunterschiede. Dieser Bereich wird in der Gesundheits- und Präventionsforschung erst seit Ende der 70er Jahre systematisch untersucht. Die WHO konstatiert seit langem einen besonderen Handlungsbedarf in dieser Frage: angefangen mit den Programmen „Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000“ und der > Primären Gesundheitsversorgung / Primary Health Care zum Ende der 70er Jahre, wiederaufgegriffen und verschärft in den Deklarationen der zwei Ottawa-Nachfolgekonferenzen in Adelaide, 1988, und Sundsvall, 1991 (> Gesundheitsförderung I-III).

Aus der > Epidemiologie ist bekannt, daß in allen Industriestaaten die Frauen im Vergleich zu Männern eine im Durchschnitt um sieben Jahre höhere Lebenserwartung haben. In Befragungen und in den Versorgungsstatistiken zeigen sich bei Frauen jedoch eine höhere Symptomaufmerksamkeit, stärkere „psychosomatische“ Beschwerderaten (Morbidität), häufigere Arztbesuche und eine deutlich höhere Rate an ärztlichen Verschreibungen und Selbstmedikationen. In der Suchtgefährdung dominieren Jungen und Männer beim Alkoholismus, während der Medikamentenabusus eher bei Mädchen und Frauen registriert wird.

Auch in den Bedingungsfaktoren der Entstehung von chronisch-degenerativen Erkrankungen unterscheiden sich die Geschlechter voneinander: Männer zeigen eher höhere Krankheitsraten, wenn sie unter „Streß“ leiden, während für Frauen eine fehlende Einbindung in soziale Netze und mangelnde Verfügbarkeit > sozialer Unterstützung als Erklärungsfaktor für Krankheiten wichtiger erscheint als eine Streßbelastung. In der häuslichen Pflege sind Frauen überproportional aktiv und auch belastet, sie tragen weitgehend die Verantwortung für das innerfamiliäre Gesundheits- und Krankheitsverhalten.

Der Forschungsstand zu Geschlechtsunterschieden und Gesundheit/Krankheit ist noch lückenhaft und teilweise unübersichtlich, was nicht zuletzt durch eine jahrzehntelange Vernachlässigung dieser Fragestellung in der Sozialepidemiologie bedingt ist. Dennoch besitzt die Frauengesundheitsforschung bereits eindeutige Belege für ihre

Grundthese, daß die Zugehörigkeit zum weiblichen oder männlichen Geschlecht das gesundheits- und krankheitsbezogene Alltagswissen, das entsprechende Verhalten sowie die ärztlichen Diagnosestellungen und Therapieplanungen in entscheidendem Maße prägt.

Die Unterschiede im Gesundheits-/Krankheitsverhalten werden als Ausdruck geschlechts- und zielgruppenspezifischer „somatischer Kulturen“ angesehen (> Kulturwissenschaftliche Perspektive in der Gesundheitsförderung). In solchen kulturell bestimmten Umgangsformen mit dem Körper können gesellschaftliche Vorurteile und Diskriminierungen befördert und tradiert werden wie z.B. in der abfälligen Rede von funktionellen Befindlichkeitsstörungen als einem sogen. „Frauensyndrom“. Unterschiedliche somatische Kulturen verweisen jedoch immer auf unterschiedliche soziale Belastungen und Bewältigungsstrategien sowie auf Unterschiede in den gesundheitsbezogenen Alltagsressourcen zwischen den Geschlechtern.

In beiden Ottawa-Folgekonferenzen wurde die gesundheitliche Gleichberechtigung von Frauen zu einer Kernaufgabe der Gesundheitsförderung erklärt. In Fortschreibung der Ottawa-Charta wurden die weltweite Diskriminierung und sexuelle Ausbeutung von Frauen als „unannehmbar“ bezeichnet. Als Konsequenz wird bei der Interessenvertretung für Gesundheit durch verstärktes gemeinschaftliches lokales Handeln insbesondere das Engagement „durch von Frauen organisierte Gruppen“ gefordert.

Zur Unterstützung dieser Forderungen initiierte das Europäische Regionalbüro der WHO Anfang der 90er Jahre das Projekt „Investitionen in die Gesundheit von Frauen“, dessen erster Schritt die Erstellung von Nationalen Frauengesundheitsberichten in allen europäischen Ländern ist. In vielen > gemeindeorientierten Projekten, im Netzwerk „Gesunder Städte“ sowie in der > Selbsthilfe- und Netzwerkförderung werden Frauen aktiv, um ihre Gesundheitsinteressen in Familie, Stadtteil und am Arbeitsplatz durchzusetzen und gesundheitliche wie soziale Diskriminierungen zu beseitigen, z.B. in Form von öffentlichen Aktionen, Arbeitskreisen, Selbsthilfeprojekten und kulturellen Aktionen. In vielen Teilbereichen und > Settings der Gesundheitsförderung werden die Notwendigkeit

geschlechtsspezifischer Ansätze diskutiert und entsprechende Projekte umgesetzt.

Literatur: Gesundheitsförderungskonferenz Hamburg (Hg.), Frauenblicke auf die Großstadt Hamburg, Hamburg 1993; Helfferich C, Das unterschiedliche 'Schweigen der Organe' bei Frauen und Männern, in: Franke A / Broda M (Hg.), Psychosomatische Gesundheit, Tübingen 1993, 35-65; Kolip P (Hg.), Lebenslust und Wohlbefinden - Beiträge zur geschlechtsspezifischen Jugendgesundheitsforschung, Weinheim 1993; Waltz EM, Soziale Faktoren bei der Entstehung und Bewältigung von Krankheit, in: Badura B (Hg.), Soziale Unterstützung und chronische Krankheit, Frankfurt/M. 1981, 40-119; Schneider U, Was macht Frauen krank? Frankfurt/M. 1981

Peter Franzkowiak

Gesundheit / Krankheit und soziale Ungleichheit

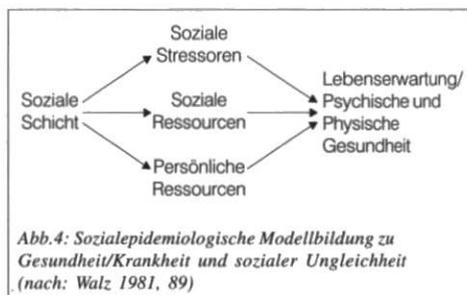
Der soziale Status wird traditionell bemessen an Einkommen, Bildung und Berufstätigkeit. Er bedingt in hohem Maße, wie gesund die Menschen in einer Gesellschaft sind und bleiben, welche chronischen Erkrankungen sie mit erhöhter Wahrscheinlichkeit treffen, wie hoch ihre Lebenserwartung sein wird und an welchen Todesursachen sie - vorzeitig - sterben (> Sozialepidemiologie). Mit nur wenigen Ausnahmen unterscheiden sich die Krankheits- und Neuerkrankungshäufigkeiten sowie die Todesursachen deutlich nach den Statusmerkmalen. Diese Unterschiede können weder auf die verhaltensbedingten > Risikofaktoren noch auf Altersunterschiede oder ethnische Unterschiede zurückgeführt werden.

Langzeitstatistiken aus England und den USA belegen den Einfluß sozialer Statusunterschiede auf die Gesundheitschancen von Menschen. Die Hierarchie von sozialen Schichten und beruflichen Tätigkeiten in diesen Ländern spiegelt sich in ebensolchen Abstufungen beim Risiko, von mindestens einer behindernden langandauernden Krankheit betroffen zu sein. Auf gleiche Weise verteilt sich die Gesamtsterblichkeit (Mortalität) nach der sozialen Stufenleiter: Je niedriger der soziale Status ist, desto höher ist die Rate der gesundheitlichen Einschränkungen sowie die Erkrankungs- bzw.

Sterberisiken. Dies gilt bereits ab der Jugendphase und dem frühen Erwachsenenalter.

In englischen Langzeituntersuchungen an Staatsbeschäftigten zeigte sich, daß die Statuszugehörigkeit auch einen eindeutigen Effekt für die Vorhersage einer vorzeitigen Herz-Kreislauf-Sterblichkeit hat. Dieser Effekt ist unabhängig von körperlichen > Risikofaktoren wie Bluthochdruck oder einem erhöhten Cholesterinspiegel. Je niedriger die soziale Schicht ist, desto höher wird der Erklärungsanteil „struktureller“, d.h. auf die Lebensverhältnisse zurückzuführenden, Risikofaktoren im Vergleich zur Vorhersagekraft von verhaltensbedingten Risikofaktoren. Diese bilden weiterhin einen relativ guten Prädiktor für den Herztod, lassen aber einen weit größeren Teil der Mortalität unerklärt. Daher muß eine eigenständige Wirkung von psychosozialen Faktoren und sozialen bzw. wirtschaftlichen Risikokonstellationen für Gesundheitsbeeinträchtigungen und Sterblichkeit angenommen werden. Genau davon sind die unteren Statusgruppen in höchstem Maße negativ betroffen.

Die erhöhte Krankheitsanfälligkeit der unteren sozialen Schichten wird in der > Sozialmedizin und in den > Gesundheitswissenschaften modellhaft erklärt. Von entscheidender Bedeutung ist das Zusammenwirken von persönlichen und sozialen Belastungsfaktoren bei mangelnder sozialer Unterstützung (vgl. auch die Abb.4):



- Belastung durch eine höhere Zahl und Intensität sozialer Stressoren (z.B. eingeschränkte Verfügbarkeit von Einkommen und Wohnraum, chronische Arbeitsbelastungen, Arbeitslosigkeit);
- geringere Verfügbarkeit von sozialen Ressourcen (z.B. wenige oder dysfunktionale Netzwerke der > sozialen Unterstützung);
- geringe bzw. weniger angemessene persönliche

Ressourcen und Bewältigungsmöglichkeiten (z.B. Orientierung des Gesundheitsverhaltens an schädlichen Normen der Bezugsgruppen bzw. negativen sozialen Werten, geringere Aufmerksamkeit gegenüber Symptomen und Störungen, wenige oder inadäquate persönliche Bewältigungsstrategien gegenüber Belastungen).

Schichtspezifische Unterschiede entfalten ihre Wirksamkeit somit im > Belastungs-Bewältigungs-Geschehen, das vermittelnd für Gesundheit/Krankheit ist. Sowohl soziale als auch persönliche Ressourcen werden häufiger bei Mitgliedern von oberen als von unteren Schichten gefunden. Auch die Ressourcen für die Bewältigung von akuten und chronischen Belastungen (das „Streß-Coping“) sind sozial ungleich verteilt. Menschen mit niedrigerem Status weisen weiterhin eine höhere Anfälligkeit für kritische Lebensereignisse und eine schlechtere seelische Gesundheit auf.

Diese Ergebnisse sind eindrückliche Belege für die zentrale Forderung in der WHO-Strategie „Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000“ und der Ottawa-Charta, durch Verringerung und Beseitigung sozialer Unterschiede des Gesundheitszustandes zu einer allgemeinen Chancengleichheit auf dem Gebiet der Gesundheit zu gelangen (> Gesundheitsförderung I, III). Die WHO erkennt bereits in ihrer Verfassung an, daß nicht nur „objektive“, sondern auch „empfundene“ Ungleichheiten und Ungerechtigkeiten gesundheitsrelevante Krisen hervorrufen und somit zum Handlungsfeld der Prävention, Primären Gesundheitsversorgung und Gesundheitsförderung werden können.

Literatur: Badura B, Sozialepidemiologie in Theorie und Praxis, in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.), Europäische Monographien zur Forschung in Gesundheitserziehung 5, Köln 1983, 29-48; Zeitschrift „Sozial- und Präventivmedizin“, Heft 3 / 1993 (38); Walz EM, Soziale Faktoren bei der Entstehung und Bewältigung von Krankheit, in: Badura B (Hg.), Soziale Unterstützung und chronische Krankheit, Frankfurt/M. 1981, 40-119; Kühn H, Healthismus, Berlin 1993; Waller H, Sozialmedizin, Stuttgart 1993, 38-63

Peter Franzkowiak

Gesundheitliche Aufklärung

Im Regionalprogramm über Gesundheitserziehung und Lebensweisen von 1981 hat das Europäische Regionalbüro der WHO drei Hauptlinien für die gesundheitliche Aufklärung benannt:

- Anhebung von Wissen und Erfahrung des/r einzelnen über Gesundheit und Krankheit, über den Körper und seine Funktionen, über Prävention und Abhilfemaßnahmen;
- Anhebung von Wissen und Erfahrung hinsichtlich der Inanspruchnahme des Gesundheitsversorgungssystems und Kenntnis seiner Funktionsweise;
- Schärfung des Bewußtseins über soziale, politische und Umweltfaktoren von Einfluß auf die Gesundheit.

In Deutschland soll durch Gesundheitsaufklärung v.a. das Wissen der Bevölkerung über gesundheits- bzw. krankheitsrelevantes Verhalten gefördert werden. Außerdem wird versucht, durch Informationen gesundheitsrelevante Einstellungen, das Gesundheitsbewußtsein und das konkrete Gesundheitsverhalten der BürgerInnen entsprechend zu beeinflussen. Die > AdressatInnen sollen - mehr - Verantwortung für die eigene Gesundheit und die ihrer nächsten Umgebung übernehmen sowie die Angebote der Gesundheitsversorgung nutzen. Zwei Grundideen liegen den Maßnahmen zur gesundheitlichen Aufklärung zugrunde: jeder Mensch hat ein Recht auf vollständige Information auch im Gesundheits- und Krankheitsbereich; nur umfassend aufgeklärte Menschen können autonome und angemessene Entscheidungen über ihre gesundheitsbezogene Absichten und Handlungen treffen.

Im Gesundheitsreformgesetz (GRG) von 1989, verankert im Fünften Band des Sozialgesetzbuches (SGB V), hat der Bundesgesetzgeber Gesundheitsförderung und Krankheitsverhütung in Form von Gesundheitsaufklärung den gesetzlichen Krankenkassen als Pflichtaufgabe zugewiesen. Er hat festgelegt, daß alle Versicherten in der Gesetzlichen Krankenversicherung einen Anspruch auf Aufklärung haben. Die Krankenkassen sollen bei den Versicherten durch Aufklärung und Beratung zu einer gesundheitsbewußten Lebensführung, zu frühzeitiger Beteiligung an gesundheitlichen Vorsorgemaßnahmen und zu aktiver Mitwirkung an Krankenbehandlung und Rehabilitation hinwirken.

Wichtige Träger der gesundheitlichen Aufklärung in Deutschland sind

- die gesetzlichen Krankenkassen und ihre Verbände;
- niedergelassene Ärztinnen und Ärzte und ihre Verbände;
- kommunale und staatliche Gesundheitsämter;
- die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung;
- Landeszentralen, Landesvereinigungen und Arbeitsgemeinschaften für Gesundheitsförderung bzw. gesundheitliche Bildung.

In einzelnen Themenbereichen kommt eine Fülle weiterer Träger auf regionaler und kommunaler Ebene hinzu (hierüber informiert übersichtsartig der „Gesundheitswegweiser“ der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung; vgl. Literaturangaben). Außerdem üben die Massenmedien - Zeitschriften, Hörfunk und Fernsehen - einen großen Aufklärungseinfluß aus: u.a. mit vielfältigen Berichten, Serien oder Spezialsendungen zu gesundheitlichen Risiken und ihrer Prävention, Krankheiten und ihrer Therapie und Bewältigung.

Die verschiedenen Träger der Gesundheitsaufklärung stützen sich auf mehrere Informations- und Aufklärungsstrategien. Sie arbeiten > zielgruppenorientiert mit Mitteln der Massenkommunikation wie Rundfunk-, Fernseh-, Zeitungs-, Zeitschriftenberichten, Anzeigen, Kinospots, Videos, Broschüren und Faltblättern oder mit Mitteln der personalen Kommunikation wie Vorträgen, Diskussionsrunden, Gruppengesprächen, Projektmesen, Info-Bussen, Telefonberatungen.

- vorsorgeorientierte Themen (Ernährung, Bewegung, Hygiene, Zahn- und Mundgesundheit, Psychohygiene, Sexualerziehung, Impfungen) oder
- krankheitsbezogene Themen (Rauchen, Übergewicht und sonstige Risikofaktoren, Suchtgefahren, Krebs, Infektionskrankheiten und die Früherkennung von Krankheiten).

Massen- und personalkommunikative Maßnahmen sollen sich im Rahmen von Aufklärungskampagnen gegenseitig unterstützen, wie z.B. bei der Aids-Aufklärung, Suchtprävention und Ernährungsaufklärung. Die personalkommunikative Gesundheitsaufklärung wird vor allem durch > MultiplikatorInnen und Mediatoren umgesetzt, mit

denen die Einrichtungen der Gesundheitsaufklärung zusammenarbeiten.

Durch den Einsatz von massenkommunikativen Mitteln kann die gesundheitliche Aufklärung schnell Informationen an größere Bevölkerungsgruppen herantragen bzw. gesundheitsrelevante Themen in das öffentliche Bewußtsein heben. In Verbindung mit personalkommunikativen Mitteln kann ein Beitrag zur Meinungsbildung, Einstellungsänderung und eventuell zur Verhaltensänderung geleistet werden. Die Wirkung gesundheitlicher Aufklärung allein wird jedoch häufig überschätzt und nicht ausreichend evaluiert (> Pantheoretisches Modell). Es ist nicht nur die Fülle an Informationen, die ständig auf den einzelnen einströmt und nur selektiv wahrgenommen wird: Das Wahrgenommene muß auch verstanden werden und, wenn einverstanden, auch behalten und, wenn behalten, auch angewendet werden (> Informationsverarbeitung). Weitere Grenzen der gesundheitlichen Aufklärung liegen in der pauschalen Zielgruppenorientierung, der überzogenen Zielvorstellung, durch gesundheitliche Aufklärung auch zu Verhaltensänderungen motivieren zu können und in den oft abweichenden oder widersprüchlichen Informationen. Gesundheitliche Aufklärung ist nicht frei von politischen, ideologischen und wirtschaftlichen Interessen und überholten Erkenntnissen, so daß Fragen nach der Legitimation und dem Wahrheitsgehalt gestellt werden müssen.

Literatur: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Gesundheitswegweiser, Köln 1995; Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Positionspapier, in: Franzkowiak P / Sabo P (Hg.), Dokumente der Gesundheitsförderung, Mainz 1993, 191-202; Hoehne R, Gesundheitliche Aufklärung, in: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (Hg.), Fachlexikon der sozialen Arbeit, 3. Aufl., Frankfurt/M. 1993, 415

Manfred Lehmann / Peter Sabo

Gesundheitsberatung

Gesundheitsberatung soll die gesundheitsgerechten Verhaltensweisen eines gesunden Menschen stärken und jenes Verhalten ändern, das risikobehaftet ist bzw. > Risikofaktoren hervorgehoben hat. Mittlerweile wird Gesundheitsberatung

auch ausgeweitet auf Gruppen, Institutionen (z.B. Betriebe) und andere > Settings der Gesundheitsförderung. Gesundheitsberatung wird oft synonym verwendet mit > Gesundheitlicher Aufklärung, > Gesundheitserziehung, > Gesundheitsbildung oder auch der Gesundheitsförderung.

Gesundheitsberatung kann in verschiedenen Feldern erfolgen:

1. als ärztliche Gesundheitsberatung im einzelnen Arzt-Patienten-Kontakt;
2. als ärztliche und nicht-ärztliche Gesundheitsberatung in Gruppen (z.B. auch in Betrieben) durch Arztpraxen, Krankenkassen bzw. andere Träger und Initiativen der Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung (> Selbsthilfe);
3. als gesundheitsbezogene Institutions- und Politikberatung.

zu 1.) *Ärztliche Gesundheitsberatung*: Die Beratung von Patienten zur Bewältigung ihrer Krankheit hat als ärztliche bzw. therapeutische Aufgabe Tradition. Älter noch ist die Beratung der Gesunden, wie sie sich in der Heilkunde früher Kulturen äußerte. Mit der zunehmenden Bedeutung der Prävention neben der Kuration für die ärztlichen Aufgaben und auch aus ökonomischen Gründen ist Anfang der 80er Jahre die Gesundheitsberatung als ärztliche Aufgabenerweiterung von Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen in mehreren Modellversuchen untersucht worden.

So erprobten von 1981-1984 verschiedene Krankenkassen in mehreren Regionen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen die Gesundheitsberatung durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte. Ziel war zum einen, das Vorhandensein der Risikofaktoren Rauchen, Übergewicht/Fehlernährung, Bewegungsmangel, Streß, Bluthochdruck und Diabetes festzustellen und zum anderen über Möglichkeiten zur Verhaltensänderung zu beraten, um vorhandene Risikofaktoren zu verringern. Die Beteiligten wurden in mehreren Veranstaltungen in verhaltenorientierter Exploration und Beratung sowie in Gesprächsführung fortgebildet.

Seit Januar 1989 kann durch das Gesundheits-Reform-Gesetz (SGB V, § 25) jede/r Versicherte ab dem vollendeten 35. Lebensjahr alle zwei Jahre eine Gesundheitsuntersuchung in Anspruch nehmen. Sie dient der Früherkennung von Krankheiten, vor allem Herz-/Kreislauf- und Nierenerkrankungen sowie der Zuckerkrankheit. Zu dieser Gesund-

heitsuntersuchung gehört auch die Gesundheitsberatung. Auf diesem Hintergrund bleibt Gesundheitsberatung im individuellen Kontakt eine Schwerpunktaufgabe der niedergelassenen Ärzteschaft; nicht-ärztliche Gesundheitsberatung konzentriert sich daher weitgehend auf den Gruppenbereich.

zu 2.) *Gesundheitsberatung in Gruppen* wird von einzelnen Ärzten für die Patienten ihrer Praxis und von Krankenkassen für ihre Mitglieder im Rahmen der Aufgaben des SGB V, § 20 (Gesundheits-Struktur-Gesetz GSG, seit Januar 1993) angeboten. Schwerpunkte der Angebote sind: Ernährungsumstellungen, Streßbewältigung, Risikofaktorenreduktion zur Herz-Kreislauf-Prävention. Gesundheitsberatung findet sich auch bei anderen Trägern wie Wohlfahrtsverbänden und Kommunen in vielen spezialisierten Ausprägungen, z.B. in der Sucht- und Suizidprävention, der HIV/Aids-Prävention, der Schwangerschaftskonfliktberatung, bei Schulproblemen. Sie findet sich auch bei Selbsthilfeszusammenschlüssen.

zu 3.) *Gesundheitsbezogene Institutions- und Politikberatung*: Sie spielt in der Ottawa-Charta eine größere Rolle als bisher in der Gesundheitsförderungspraxis. Ziel der Institutions- und Politikberatung sollte es nach der Ottawa-Charta sein, die gesündere Wahl bzw. Entscheidung zur leichteren Wahl bzw. Entscheidung zu machen (> Gesundheitsförderung III). Dementsprechend ist sie u.a. eine wesentliche Strategie im > Setting-Ansatz, z.B. für die > Organisationsentwicklung. In der Praxis zeigt sich die Institutionsberatung z.B. in Form der Ernährungsberatung für Kantinenverantwortliche. Institutions- und Politikberatung soll wesentliches Ziel und wesentliche Aufgabe von Gesundheitsämtern sein - insbesondere solchen, die im Gesunde-Städte-Projekt bzw. -Netzwerk mitarbeiten (> Kommunalpolitische Umsetzung).

Gesundheitsberatung wird im beschriebenen Rahmen nicht nur von Ärztinnen und Ärzten, sondern auch von Angehörigen anderer Berufe wie Pädagogik, Oecotrophologie, Psychologie, Sozialarbeit, Sozialpädagogik und Soziologie innerhalb ihres sonstigen Aufgabenbereichs durchgeführt.

Gesundheitsberatung ist die Bezeichnung einer Tätigkeit und nicht die eines Berufes. In dem Bemühen um Professionalisierung in der Gesundheitsförderung gibt es inzwischen verschiedene Quali-

fizierungsangebote mehrerer Träger mit unterschiedlichen Konzepten und Interessen, die als Weiter- bzw. Fortbildungsziel Gesundheitsberatung nennen. 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“ die treffende Bezeichnung ist, muß in Anbetracht der traditionellen ärztlichen Aufgabe - vgl. (1.) - diskutiert werden. Außerdem würde diese Bezeichnung der umfassenderen Aufgabenstellung der Gesundheitsförderung nicht gerecht.

Literatur: Burkhardt P, *Gesundheitsberatung zur Prävention von Herz- und Kreislauferkrankungen als kassenärztliche Leistung*, in: *Prävention 1*, 1982 (5), 9-13; Bourmer H, *Gesundheitsförderung als ärztliche Aufgabe*, Bonn 1988; 25-26; Brühne-Scharlau C / Schwartz FW, *Gesundheitsberatung durch Ärzte*, in: *Prävention 1*, 1984 (7), 14-19; Troschke Jv / Stößel U (Hg.), *Möglichkeiten und Grenzen ärztlicher Gesundheitsberatung*, Freiburg 1981; Waller H, *Gesundheitsförderung*, in: *Stimmer F (Hg.), Lexikon der Sozialpädagogik und der Sozialarbeit*, München Wien 1994, 216

Peter Sabo

Gesundheitsberichterstattung

Die Berichterstattung ist ein Instrument, mit dessen Hilfe die kontinuierliche Verlaufsbeobachtung und im Idealfall auch die Steuerung der Entwicklungen in einem Politikbereich bewältigt werden kann. Die hauptsächlichen Berichtsformen nach Bereichen, die in den vergangenen Jahren entstanden, sind Sozialberichterstattung, Armutsberichterstattung, Umweltberichterstattung sowie die Gesundheitsberichterstattung.

Unter Gesundheitsberichterstattung versteht man ein kontinuierliches Berichtswesen im Abstand von ein bis drei Jahren über:

- den Krankenstand der Bevölkerung, Länge und Qualität des Lebens;
- bedeutsame Gesundheitsrisiken (aus Verhalten sowie der sozialen und technischen Umwelt);

- erreichte oder angestrebte Merkmale des Versorgungs- und Vorsorgesystems;
- Einsatz von Ressourcen (Beschäftigte, Ausgaben);
- Leistungen und Ergebnisse des Gesundheitswesens, insbesondere auch von Gesundheitsschutz und -vorsorge;
- Ziele und Handlungskonsequenzen für die Weiterentwicklung von Prävention und Krankenversorgung.

Die Gesundheitsberichterstattung stellt also ein Element der Steuerung eines Politikbereichs und im Idealfall auch der kontinuierlichen Qualitätsverbesserung dar.

Bedeutsam ist die Unterscheidung der verschiedenen Ebenen, auf denen Gesundheitsberichterstattung stattfindet: der nationalen, der Länder- und der kleinräumigen Ebenen. Die nationale Gesundheitsberichterstattung geht vor allem auf Empfehlungen des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion von 1987 zurück. Sie wird seit Oktober 1992 mit erheblichem Einsatz an Forschungsmitteln weiterentwickelt. Für die Länderebene entstand 1989 mit dem Pilotbericht der Gesundheitsministerkonferenz „Gesundheitsberichterstattung der Länder: Konzept, Themen“ eine bundesweit übereinstimmend akzeptierte Grundlage. Wenige Bundesländer sind den gefaßten Beschlüssen bisher vollständig gefolgt. Allerdings gibt es praktisch in allen Bundesländern Bemühungen, die deutlich über frühere Ansätze hinausgehen. Hier sind insbesondere zu nennen: die Medizinalstatistik, die Gesundheitsamtsberichte der Arbeitsgemeinschaft der Leitenden Medizinalbeamten - AGLMB - seit den 70er Jahren und die Veröffentlichung „Dringliche Gesundheitsprobleme“ der Projektgruppe „Prioritäre Gesundheitsziele“ im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums 1990 mit ihren Ergänzungen/Erweiterungen um die Situation in den Neuen Bundesländern 1993/94).

Während auf der nationalen und Landesebene Planungs- und Steuerungsgesichtspunkte des Gesundheitswesens - insbesondere unter ökonomischen Gesichtspunkten - an erster Stelle stehen, macht eine solche Zielsetzung auf kommunaler bzw. kleinräumiger Ebene weniger Sinn. Auf der lokalen Ebene geht es eher um eine kontinuierliche Verlaufsbeobachtung und Steuerung in Zusammenarbeit mit

Kommunalpolitik bzw. Stadtteilgremien im Kontext von allgemeiner lokaler Entwicklung. Selbst die Kommune bzw. ein Stadtteil als Ganzes kann noch zu groß sein: Berichterstattung, die beispielsweise nicht auf kleinere Einheiten als den gesamten Einzugsbereich eines Gesundheitsamtes zu focussieren vermag, droht mit Durchschnittszahlen die extremen sozialen Unterschiede, die es häufig zwischen einzelnen Vierteln gibt, zu vernebeln. In verschiedenen Politikbereichen, u. a. auch dem der Gesundheit, ist das Bewußtsein dafür gewachsen, daß Benachteiligung und Ungleichheit sich zumeist örtlich in sogenannten „sozialen Brennpunkten“ kristallisiert. Solche Gebiete haben für die kommunale Gesundheitsförderung bzw. Gesündere Städte-Projekte eine hervorgehobene Bedeutung als Ansatzpunkte für Maßnahmen.

Die Entwicklung der kommunalen Gesundheitsberichterstattung verdankt ihre wesentlichen Impulse auch dem Gesündere Städte-Projekt der WHO, das 1986 startete und gleich zu Beginn eine Diskussion über Indikatoren initiierte, die Auskunft über den Gesundheitszustand und die Gesundheitsverhältnisse in einer Stadt geben können. Einen weiteren wichtigen Anstoß gab im gleichen Jahr die Veröffentlichung „Kommunale Gesundheitsplanung“ von Schröder u.a..

Je nach Reichweite und Anspruch der Berichte werden verschiedene Formen unterschieden:

1. *Allgemeine Gesundheitsberichte*, d.h. „Basisberichte“ mit einem Kernsatz von überall gleichen Indikatoren in einer gemeinsam abgesprochenen Struktur des Berichtswesens (analog der in Angriff genommenen Länderberichterstattung). Diese kommen auf kleinräumigeren Ebenen bisher kaum vor.
2. Verbreitet ist jedoch das Vertrauen auf *themenorientierte Spezialberichte* („modulares Berichtswesen“, „Teilberichte“), bei denen davon ausgegangen wird, daß die einzelnen Teile des Berichtswesens schließlich ein Gesamtbild der Kommune wiedergeben können. Solche Berichte sind meistens zielgruppenorientiert (Kinder, Ältere, Drogenabhängige u.a.m.) oder politikbereichsorientiert (z.B. umweltbezogene Gesundheitsberichterstattung).
3. Als „*Aufgabenplanung*“ wird ein Verfahren vorgeschlagen, das insbesondere wegen der Finanzknappheit in den Kommunen noch stärker the-

matisch einengt als die Spezialberichte, einzelne Problemfelder analytisch durchleuchtet und daraus konkrete Maßnahmenvorschläge zur Erreichung definierter Ziele entwickelt (Beispiel etwa: gesundheitsgerechtes Wohnen im Alter).

Die sich nur langsam entwickelnde „integrierte Umwelt- und Gesundheitsverträglichkeitsprüfung“ kann als ein Spezialfall anlaß- bzw. planungsbezogener Gesundheitsberichterstattung bezeichnet werden. Einen weiteren Spezialfall stellt die Berichterstattung im ambulanten Bereich durch Beobachtungspraxen (Sentinel-Meldepraxen) dar, die sich oft insbesondere des Zusammenhangs zwischen Umweltfaktoren und bestimmten Krankheiten wie beispielsweise Allergien oder Erkrankungen der Atmungsorgane etc. annimmt.

Weiter entwickelt ist die betriebliche Gesundheitsberichterstattung, wozu auch Berichte über beispielsweise einzelne Krankenhäuser gehören. Bisher wenig entwickelt ist das Gebiet einer (integrierten) Stadtteilberichterstattung auf kleinräumiger Ebene. Diese könnte ein umfassendes Element der Verlaufskontrolle, Planung und Steuerung („Monitoring“) der lokalen Entwicklung sein. Ein solcher Ansatz könnte am ehesten dem breiten Verständnis von Gesundheit und Gesundheitsförderung, wie es die WHO vertritt, gerecht werden. Bei beschränkten personellen Kapazitäten und sich verringern den materiellen Ressourcen wird jedoch auch ein solches Berichtswesen wohl nur „modular“, d.h. in Einzelschritten, zu verwirklichen sein (z.B. durch Passantenbefragungen, öffentliche Bürgerforen sowie weitere Methoden der > Gesundheitsbezogenen Gemeinwesenarbeit).

Die Gesundheitsberichterstattung wird sich daran messen lassen müssen, inwieweit sie Diskussionen und politische Beschlüsse zur Verbesserung der gesundheitsrelevanten Lebensqualität und der „Gesundheitsversorgung“ bewirken kann. Die Umsetzung von Daten in praktisches und politisches Handeln stößt jedoch noch auf viele Hindernisse und offene Fragen. Die wichtigsten dieser Fragen, die als Herausforderungen gleichermaßen für Praxis, Politik und Forschung zu betrachten sind, sollen hier als Anstoß für die Weiterentwicklung der Gesundheitsberichterstattung aufgeführt werden:

- Würde eine stärkere Beteiligung von Fachleuten und Laien/BürgerInnen in der Entstehungsphase der Berichte mehr Engagement und Aktivitäten bei der Umsetzung der Berichte schaffen?
- Sind die gewählten Indikatoren überhaupt genügend handlungsorientiert?
- Wie kann man mehr öffentliche Debatte der Gesundheitsberichte erreichen?
- Sind Gesundheitskonferenzen oder ähnliches die geeigneten Referenzgremien, um Gesundheitsberichte wirksam werden zu lassen?
- Brauchen wir eher eine stark focussierte Aufgabenplanung in kleinen Arbeits- bzw. Projektgruppen?
- Haben wir uns genügend um NutzerInnenanalysen und eine Qualitäts- bzw. Effektivitätskontrolle der bisher entwickelten exemplarischen Gesundheitsberichte gekümmert?

Literatur: Brand H et al. (Hg.), Handbuch Gesundheitsberichterstattung, Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales Hamburg, 1995; Schröder WS et al., Kommunale Gesundheitsplanung, Basel 1986; Forum Public Health - Schwerpunkttheft 'Gesundheitsberichterstattung', Nr. 5, Juli 1994; Thiele W/Trojan A (Hg.), Lokale Gesundheitsberichterstattung, St. Augustin 1990; Weber I et al., Dringliche Gesundheitsprobleme der Bevölkerung in der Bundesrepublik Deutschland, Baden-Baden 1990

Alf Trojan

Gesundheitsbezogene Gemeinwesenarbeit

Gemeinwesenarbeit ist im Kern als Methode und Arbeitsprinzip der Sozialarbeit 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, 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, „sozialen Brennpunkten“ u.ä.;
- in der 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 III).

Historisch geht die Gemeinwesenarbeit zurück auf die Settlement-Arbeit, 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, und es galt, die Hilfebedürftigen durch Bildung, Organisation, Nachbarschaftsarbeit und Selbsthilfe aus materieller Not zu befreien (> Empowerment). Nach dem 2. Weltkrieg wurde Gemeinwesenarbeit in den 50er Jahren als neuer Ansatz in Westdeutschland - vor allem aus den USA und den Niederlanden - importiert. Arbeit in Obdachlosensiedlungen und in Sanierungsgebieten, vielfach unter dem Motto „Hilfe zur Selbsthilfe“, waren Hauptaktivitäten. Anfang der 70er 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 70er Jahre ist ein Nachlassen der Gemeinwesenarbeit, insbesondere in ihrer konfliktorientierten Form, zu beobachten. Seit dieser Zeit ist Gemeinwesenarbeit als in sich ge-

schlossenes Arbeitsfeld bzw. als „dritte Methode der Sozialarbeit“ kaum noch zu erkennen. Als Grundorientierung und „Arbeitsprinzip“ sind gemeinwesenbezogene Aktivitäten jedoch in viele Bereiche der Sozialarbeit und in die Arbeit anderer professioneller Disziplinen (Psychologie, Stadtplanung, > Sozialmedizin) eingesickert.

In der Gesundheitsförderung gehen gemeinwesenbezogene Ansätze zurück auf Entwicklungen der frühen 80er 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 Gesundheitsselfhilfe“, der etwa zeitgleich Ende der 70er Jahre begann, wurden Ansätze, die einer gemeinwesenbezogenen Gesundheitsarbeit entsprechen, entwickelt und begleitet befohrt. 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 80er 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 „Gesündere-Städte-Projekte“ weiterentwickelt wurden (> Kommunalpolitische Umsetzung).

Literatur: Ferber Cv / Badura B (Hg.), Laienpotential, Patientenaktivierung und Gesundheitsselfhilfe, München/Wien 1983; Hildebrandt H/ Trojan A (Hg.), Gesundere Städte - Kommunale

Gesundheitsförderung, Hamburg 1987; Laugsch B, Der Gesundheitstreffpunkt Mannheim, in: Prävention 2, 1992 (15), 68-71; Seippel A, Handbuch Aktivierende Gemeinwesenarbeit, Gelnhausen 1976; Stumm B / Trojan A (Hg.), Gesundheit in der Stadt, Frankfurt/M. 1994; Waller H et al., Gesundheitsförderung durch Gemeinwesenarbeit, in: Neue Praxis 3, 1989 (19), 205-221

Alf Trojan

Gesundheitsbildung

Gesundheitsbildung bezeichnet den Gesundheitsförderungsansatz in der organisierten Erwachsenenbildung. Gesundheitsbildung ist gekennzeichnet durch

- freiwillige Teilnahme sowie
- teilnehmerorientiertes und soziales Lernen (> Partizipation, Erfahrungsaustausch);
- und unterscheidet sich somit von der Gesundheits-erziehung.

Der Deutsche Volkshochschulverband hat sich in Kooperation mit den Volkshochschul-Landesverbänden, der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und der Bundesvereinigung für Gesundheit um eine konzeptionelle Entwicklung der Gesundheitsbildung in Volkshochschulen bemüht. Als Ergebnis wurde 1985 der heute noch gültige „Rahmenplan Gesundheitsbildung an Volkshochschulen“ veröffentlicht. Dieser Rahmenplan wendet sich an LeiterInnen und hauptberufliche pädagogische MitarbeiterInnen an Volkshochschulen und ist eine Empfehlung für die Planung und Durchführung eines Gesundheitsbildungsprogramms. Er soll zu einem Gesamtkonzept für das Angebot in der Gesundheitsbildung führen.

Die Palette der Angebote in der Gesundheitsbildung der Volkshochschulen zeigt eine Hinwendung zu mehr gesundheitsorientierten statt krankheits- bzw. risikofaktorenorientierten Inhalten (> salutogenetische Perspektive). Angebote zur Förderung der psychischen Stabilität und sozialen Kompetenz haben darin ebenso ihren Platz wie die Beschäftigung mit Entspannungs- oder Ernährungsweisen (vgl. die Abb 5 aus dem VHS-Rahmenplan 1985). Mit dem Rahmenplan sollten weiterhin Impulse gegeben werden für eine gemeinde-

orientierte Ausrichtung und eine engere Kooperation der Volkshochschulen mit anderen Einrichtungen. Von der Angebotsseite her ist inzwischen durch die vielfältigen Aktivitäten anderer Institutionen und Verbände, insbesondere durch die Krankenkassen, eine Ergänzung und Erweiterung erfolgt. Als Bildungsangebot an Erwachsene ist in der Gesundheitsbildung eine weitere Professionalisierung zu fördern.

Häufig wurde und wird Gesundheitsbildung synonym verwendet mit > Gesundheitlicher Aufklärung, > Gesundheitserziehung, > Gesundheitstraining, > Gesundheitsförderung. Im Entwicklungsprozeß der vergangenen zwei Jahrzehnte haben die Begriffe jedoch eine inhaltliche, konzeptionelle und zielgruppenorientierte Gewichtung erfahren. Außerdem wurden sie für bestimmte Bereiche von den darin agierenden Institutionen besetzt. So wird für die Gesundheitsbildung die Zielgruppe der Erwachsenen gesehen und von den Erwachsenenbildungseinrichtungen als ihr Begriff benutzt, wie auch „Landeszentralen für Gesundheitsbildung“ mit dieser Bezeichnung dokumentieren, daß sie sich vor allem an Erwachsene wenden und als Kooperationspartner die Einrichtun-

gen der Erwachsenenbildung haben. Schließlich will auch der Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) den bisher benutzten Begriff > Gesundheitstraining für das Informations- und Motivationsangebot in der Medizinischen Rehabilitation durch die Bezeichnung Gesundheitsbildung ersetzen.

Literatur: Blättner B, Gesundheitsförderung und Gesundheitsbildung - Aktueller Stand der Diskussion - Literaturrecherche, Deutsches Institut für Erwachsenenbildung, Hamburg 1994; Deutscher Volkshochschulverband Arbeitskreis Gesundheitsbildung: Rahmenplan Gesundheitsbildung an Volkshochschulen. Bonn, 1985; Liebing D, Tendenzen der Gesundheitsbildung in der medizinischen Rehabilitation der Rentenversicherungsträger, in: Prävention, 4, 1994 (17), 117-118; Waller H, Gesundheitsförderung, in: Stimmer F (Hg.), Lexikon der Sozialpädagogik und der Sozialarbeit, München Wien 1994, 216; Reha-Kommission des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger, Rahmenkonzept der Medizinischen Rehabilitation, in: Deutsche Rentenversicherung 7/8, 1992, 441-467

Peter Sabo

Gesundheitsbildung an der Volkshochschule

Gesunde Ernährung

Grundkurs Gesunde Ernährung
Grundkurs Kochen, Backen
Vollwertkost
Schadstoffe in Lebensmitteln
Alternative Ernährungsweisen
Diätformen
Gewichtsreduzierung
Ernährung für Zielgruppen

Abhängigkeit von ...

Drogen
Nikotin
Alkohol
Medikamenten
Essen

Gesundheitspolitik und Gesundheitswesen

Gesundheitspolitik
Gesundheitsversorgungssystem
Arzt und Patient
Gesundheitsberufe

Entspannung

Verschiedene Entspannungsverfahren
Autogenes Training
Yoga
Stressbewältigung
Atemschulung
Massagen

Psychische Stabilität und soziale Kompetenz

Selbsterfahrung
Verhalten
Soziales Lernen
Lebenssituationen

Gesundheitspflege

Körperpflege, Naturkosmetik
Geburtsvorbereitung
Säuglingspflege
Unfallverhütung, Erste Hilfe
Häusliche Krankenpflege

Bewegung und Körpererfahrung

Gesundheitsbezogenes
Bewegungstraining
Zielgruppen-Gymnastik
(Ältere, Schwangere)
Körpererfahrung

Gesellschaft und Umwelt

Klima und Wetter
Kleidung, Wohnen
Chemie im Alltag
Umweltbelastung
Arbeit und Gesundheit
Bio- und Gentechnik

Erkrankungen und Heilmethoden

Erkrankungen
Ärztliche Untersuchungsmethoden
Ärztliche Behandlungsmethoden
Homöopathie
Naturheilkunde
Hausmittel, Hausapotheke
Heilkräuter
Medizinische Einzelthemen

Abb.5: Bereiche der Gesundheitsbildung an der Volkshochschule
(nach: Deutscher Volkshochschulverband 1985)

Gesundheitserziehung

Der Begriff „Gesundheitserziehung“ (engl.: health education) löste Ende der 50er Jahre in Deutschland die bis dahin gebräuchliche Bezeichnung „gesundheitliche Volksbelehrung“ ab. In den 70er Jahren definierte die WHO Gesundheitserziehung als die „Gesamtheit der wissenschaftlich begründeten Bildungs- und Erziehungsmaßnahmen, die über die Beeinflussung des individuellen und kollektiven Verhaltens des Menschen zur Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung seiner Gesundheit beiträgt, in ihm die Verantwortung für seine eigene Gesundheit festigt und ihn befähigt, aktiv an der Gestaltung der natürlichen und gesellschaftlichen Umwelt teilzunehmen“. Gesundheitserziehung impliziert eine bestimmende Rolle von insbesondere medizinischen - Expertinnen und Experten.

Handlungsbereich der Gesundheitserziehung war und ist vor allem die Vorbeugung von Gefährdungen und Krankheiten auf den drei Ebenen der Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention (> Prävention). Methodisch zielt die Gesundheitserziehung vorrangig mit personal- und massenkommunikativen Maßnahmen auf Verhaltensprävention bei einzelnen Menschen und ausgewählten Bevölkerungsgruppen: Nur in Einzelfällen werden auch strukturelle, verhältnisbeeinflussende Maßnahmen angestoßen (> Gemeindeorientierung). Theoretisch baute die Gesundheitserziehung zunächst auf sozialhygienischen und pädagogischen Traditionen auf. Seit den 60er Jahren begründeten die in der Gesundheitserziehung Tätigen ihre Maßnahmen zunehmend mit Berufung auf präventivmedizinische und psychologische Modelle wie dem Konzept der > Risikofaktoren, der kognitiven Dissonanztheorie oder dem > Modell der Gesundheitsüberzeugungen / Health Belief Model.

Ihre ersten Arbeitsschwerpunkte sahen sie in der Motivierung von Adressaten zur Teilnahme an Maßnahmen der Krankheitsfrüherkennung, der Verbesserung körperlicher und seelischer Hygiene in der Bevölkerung sowie der Unfallvermeidung und Suchtvorbeugung. Die Bevölkerung sollte zur aktiven Gesunderhaltung in folgenden Bereichen „erzogen“ werden: Impfschutz, Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen (v.a. gegen Krebs), Individualhygiene mit Haut-, Zahn- und

Mund-, Intim-, Sport-, Bekleidungs- und Wohnhygiene, Schutz gegen Infektionskrankheiten, Psychohygiene, Sexualerziehung, Bewegungserziehung, Unfallverhütung, Erste Hilfe, Sicherheits- und Verkehrserziehung, gesunde Ernährungsweisen und Entspannung. Mit Unterrichtswerken und -vorschlägen werden Erzieher/innen und schulische Lehrkräfte (> Multiplikatoren) unterstützt, gesundheitserzieherische Themen in Kindertagesstätten und in der Schule umzusetzen. Die Lehrpläne aller Bundesländer sehen in allen Schularten und in mehreren Fächern wie Biologie und Sport gesundheitserzieherische Themen vor.

Mit dem Aufkommen des biomedizinischen Risikofaktorenkonzepts wurden dessen Themen integriert. Verhaltensthemen zu den bekannten Risikofaktoren von chronisch-degenerativen Erkrankungen (Rauchen, Übergewicht, Bluthochdruck, erhöhte Blutfett- und Blutzuckerwerte, Bewegungsmangel, mangelnde Streßbewältigung) bildeten seit Anfang der 70er Jahre den zweiten Schwerpunkt gesundheitserzieherischer Maßnahmen. Die Gesundheitserziehung war besonders bestrebt, sog. „Risikopersonen“ bzw. „Risikogruppen“ zu identifizieren. Neben der persönlichen Motivation zur Verhaltensänderung sollten diese Menschen auch einer kontinuierlichen medizinischen Überwachung ihrer Risikofaktoren zugeführt werden.

Die Gesundheitserziehung hat einen zwiespältigen Ruf. Im deutschen Sprach- und Berufsverständnis wird zwischen „Erziehung“ (eher Belehrung und Anleitung von Kindern und Jugendlichen als „Zöglingen“) und „Bildung“ (eher Unterstützung der Persönlichkeitsentwicklung von Kindern und Erwachsenen) deutlich unterschieden, woraus sich eine Reserve gegenüber der offenbar enger gefaßten „Gesundheitserziehung“ herleitete. Der im Englischen gebräuchliche Fachausdruck „health education“ meint beide Tätigkeitsbereiche, offenbar ohne Abgrenzungsprobleme.

Über diese sprachlich vermittelte Einengung hinaus wurde bei der Gesundheitserziehung aber auch die professionelle Einengung auf ein individualisierendes und am > Biomedizinischen Paradigma ausgerichtetes Selbst- und Aufgabenverständnis als problematisch angesehen. Kritiker warfen der Gesundheitserziehung vor, daß sie zu indivi-

duums-, symptom- und krankheitsorientiert sei, von der Expertenwarte her bevormundend wirke und die > Verhältnisprävention vernachlässige. Außerdem würde sie Lebensbedingungen von Individuen zu wenig reflektieren und einbeziehen, sich bei der Krankheitsorientierung zu sehr nach dem statistischen Mortalitäts- statt Morbiditätsrisiko richten und zudem zielgruppenunspezifisch sein.

Die Kritik wurde seit Mitte der 70er Jahre nicht nur aus der Praxis und Forschung in verstärktem Maße geäußert, sie erfaßte auch gesundheitspolitische Institutionen. Bereits 1981 forderte das WHO-Regionalbüro für Europa in seinem „Regionalprogramm für Europa über Gesundheitserziehung und Lebensweisen“, die Gesundheitserziehung müsse

- mit neuen Leitbildern und einem positiven Gesundheitskonzept arbeiten;
- innovative pädagogische Methoden und Technologien verwenden;
- auf Gemeinschaftsaktionen und Laienbeteiligung abstellen;
- multisektoral und multidisziplinär vorgehen;
- neue Strategien auf verschiedenen Aktionsebenen entwickeln sowie
- soziale und Umweltfaktoren berücksichtigen.

Sowohl die konzeptionelle Entwicklung der Gesundheitsförderung als auch ihre über „Volksbelehrung“ und „Erziehung“ weit hinausgehenden Handlungsstrategien können als Konsequenz dieser Kritik an der klassischen Gesundheitserziehung angesehen werden. Der Gesundheitswissenschaftler Waller sieht, in Anlehnung an de Leeuw, Gesundheitserziehung mittlerweile nur noch als einen von mehreren integrierten Teilbereichen der Gesundheitsförderung an. Sie bilde einen spezifischen „Interventionstypus“ parallel zur präventivmedizinischen > Gesundheitsaufklärung, der > Gesundheitsbildung, der > Gesundheitsbezogenen Gemeinwesenarbeit u.a.

Literatur: Europabüro der Internationalen Union für Gesundheitserziehung, Bericht über die Aus- und Fortbildung für Berufsgruppen auf dem Gebiet der Gesundheitserziehung, Köln 1979; Feser H, Angewandte Prävention, in: Pongratz LJ (Hg.), Handbuch der Psychologie - Klinische Psychologie, Göttingen 1978, 3208-3231; Henkelmann T/Karpf D, Die Gesundheits-

erziehung ist weitgehend krankheitsorientiert, in: Deutsches Ärzteblatt, 10, 1983 (80), 63-67; WHO Regionalbüro für Europa, Regionalprogramm über Gesundheitserziehung und Lebensweisen, in: Franzkowiak P / Sabo P (Hg.), Dokumente der Gesundheitsförderung, Mainz 1993, 65-78; Waller H, Gesundheitsförderung, in: Stimmer F (Hg.), Lexikon der Sozialpädagogik und der Sozialarbeit, München Wien 1994, 216

Peter Sabo

Gesundheitsförderung I: Internationale Entwicklung, historische und programmatische Zusammenhänge

Konzept und Prinzipien der Gesundheitsförderung sind in den 80er Jahren in den Industriestaaten Europas, Nordamerikas und Australiens entwickelt worden (Abb. 6). Das Gesundheitsförderungs-Programm, wie es 1986 in der „Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung“ zusammengefaßt worden ist, ist eine Aktions-Charta zur Erreichung der Ziele „Gesundheit für alle 2000“ (> Gesundheitsförderung III). Das Projekt wurde vom Regionalbüro Europa der Weltgesundheitsorganisation (WHO) wesentlich mitentwickelt und durchgeführt und später im Rahmen der Überleitung aller globalen und interregionalen Projekte vom WHO-Hauptbüro in Genf übernommen.

Das Konzept hat vielfältige historische Wurzeln in der internationalen gesundheitspolitischen Entwicklung und ist eingebettet in die jeweiligen gesundheitspolitischen Rahmenprogramme und Strategien der WHO.

Diese Entwicklung geht zurück bis zur Resolution der 30. Weltgesundheitsversammlung von Genf 1977, die entschieden hatte, 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 und fortgeführt in der „Deklaration der Internationalen Konferenz zur primären Gesundheitsversorgung“ (Primary Health Care). Diese Konferenz war 1978

von der WHO und UNICEF in Alma Ata veranstaltet worden. In der Deklaration wird darauf hingewiesen, daß zum Erreichen der Gesundheitsziele das Zusammenwirken von sozialen und ökonomischen Sektoren außerhalb des Gesundheitssektors notwendig sei. Die flagrante Ungleichheit des Gesundheitszustandes 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.

Die Weltgesundheitsversammlung von 1979 in Genf bestätigte die Deklaration von Alma Ata und führte die Globalstrategie Gesundheit für alle 2000 ein. Auf der Tagung des Europäischen Regionalkomitees 1980 in Kopenhagen einigten sich die Vertreter der Mitgliedsstaaten der WHO/Euro erstmalig auf ein gemeinsames gesundheitspolitisches Konzept, die Europäische Strategie zur Erreichung des Zieles „Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000“.

Zur Unterstützung dieser Strategie wurde 1981 in Berlin ein neues „Europäisches Regionalprogramm über Gesundheitserziehung und Lebensweisen“ beschlossen (> Gesundheitserziehung, > Lebensweiskonzept) mit den Schwerpunkten „Gesundheitsförderung“, „präventive Gesundheitserziehung“ und „unterstützende Gesundheitserziehung“. Diese neue Strategie sollte die bisherige Gesundheitserziehung an die gesundheitspolitische Entwicklung anpassen und sie fortentwickeln: neue Leitbilder, positiver Gesundheitsbegriff, innovative Methoden, Gemeinschafts- und Laienbeteiligung, Multisektoralität und Interdisziplinarität und Berücksichtigung von sozialen und Umweltfaktoren. Seit 1981 wurde im Europäischen Regionalbüro der WHO an einem Programmwurf gearbeitet, der die Verbesserung von Lebensweisen und Lebensbedingungen ermöglichen sollte. Der Entwurf wurde mit VertreterInnen verschiedener Berufsgruppen, Wissenschaftsdisziplinen, Verbraucher- und Selbsthilfegruppen diskutiert.

Anfang 1984 richtete die WHO-Euro (Kopenhagen) ein neues Programm unter der Bezeichnung Gesundheitsförderung ein. Im selben Jahr traf sich eine internationale Arbeitsgruppe und diskutier-

te und veröffentlichte ein Grundsatzpapier „Diskussionsgrundlage über Konzept und Prinzipien der Gesundheitsförderung“. Dieses Dokument bezeichnet als Ziel von Gesundheitsförderung die Befähigung von Menschen, größeren Einfluß auf die Erhaltung und Verbesserung ihrer Gesundheit zu nehmen. Als weitere wesentliche Prinzipien von Gesundheitsförderung werden benannt: „Gesundheitsförderung ...

- umfaßt die gesamte Bevölkerung in ihren alltäglichen Lebenszusammenhängen und nicht ausschließlich spezifische Risikogruppen;
- zielt darauf ab, die Bedingungen und Ursachen von Gesundheit zu beeinflussen;
- verbindet unterschiedliche, aber einander ergänzende Maßnahmen oder Ansätze;
- bemüht sich besonders um eine konkrete und wirkungsvolle Beteiligung der Öffentlichkeit;
- ist primär eine Aufgabe im Gesundheits- und Sozialbereich und keine medizinische Dienstleistung“.

1984 verabschiedeten die europäischen WHO-Mitgliedsstaaten die „38 Einzelziele für Gesundheit 2000“ zur Unterstützung der europäischen Regionalstrategie als europäisches gesundheitspolitisches Grundsatzprogramm. Der Schwerpunkt der Strategie liegt auf der Förderung der Gesundheit und der Verhütung von Krankheiten. Weitere Hauptelemente der Europäischen Regionalstrategie sind die Reduzierung der gesundheitlichen Chancen-Ungleichheiten zwischen den und innerhalb der Länder/n Europas, die Förderung der Beteiligung der Bevölkerung an Belangen, die ihre Gesundheit betreffen, die sektorübergreifende und internationale Zusammenarbeit und eine gemeindeorientierte, primäre Gesundheitsversorgung.

Auf dem Hintergrund der genannten WHO-Strategien und auf dem Hintergrund eines zunehmenden Interesses an einer „New Public Health“ (Neue Öffentliche Gesundheit) veranstaltete die Weltgesundheitsorganisation 1986 (zusammen mit der Canadian Public Health Association und Health and Welfare Canada) in Ottawa eine Weltkonferenz, die erste Internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung mit Delegierten aus 35 Ländern und verabschiedete die Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung, die die wichtigsten Prinzipien, Aktionsstrategien und Handlungsbereiche der Gesundheitsförderung zusammenfaßt.

Das in Ottawa zusammengefaßte Konzept 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, die 1988 zum Aktionsbereich Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik stattfand und die *Adelaide-Empfehlungen* verabschiedete. 1991 fand die dritte internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung zur Entwicklung gesundheitsfördernder Lebenswelten (supportive environments - auch als „unterstützende Umwelten für Gesundheit“ übersetzt) in Sundsvall, Schweden, statt. Die Sundsvall-Konferenz war eine gemeinschaftliche Veranstaltung der Weltgesundheitsorganisation, des Umweltprogrammes der Vereinten Nationen und des Nordischen Ministerrates und die erste Konferenz für Gesundheitsförderung mit globaler Beteiligung aus 81 Ländern und einer gleichgewichtigen Teilnahme von Mitgliedern aus Entwicklungs- und Industrieländern und von Männern und Frauen.

In den Entwicklungsländern hatte das Konzept der Gesundheitsförderung anfangs als typischer Industrieländeransatz gegolten. Sie standen ihm deshalb zunächst reserviert gegenüber und tendierten dazu, ihre gesundheitsfördernden Aktivitäten im Rahmen des Primary Health Care-Ansatzes und der Gesundheitserziehung durchzuführen und einzuordnen. 1989 berief das WHO-Hauptbüro in Genf eine Arbeitsgruppe Gesundheitsförderung in Entwicklungsländern nach Genf, die Gesundheitsförderung als auch für die Entwicklungsländer relevantes Konzept anerkannte und einen „*Aktionsaufruf zur Gesundheitsförderung in Entwicklungsländern*“ verabschiedete. Die spezifischen Interessen der Entwicklungsländer wurden auf der Sundsvall-Konferenz deutlich artikuliert und fanden ihren Niederschlag in den Konferenzergebnissen.

Die internationale Konferenz „Investment in Health“ in Bonn hat Gesundheitsförderung 1990 als eine „positive Investition in die Zukunft“ und keinen bloßen „Kostenfaktor“ thematisiert und auf die Tagesordnung der 90er Jahre gesetzt. 1991 wurden die 1984 formulierten „Ziele zur Gesundheit für alle - die Gesundheitspolitik für Europa“ vom WHO-Regionalkomitee für Europa aktualisiert.

Das WHO-Regionalbüro für Europa und die von ihm betriebene Weiterentwicklung der Gesundheitspolitik und der Gesundheitsförderung steht seit Beginn der 90er Jahre unter dem Einfluß der tiefgreifenden Veränderungen der gesellschaftlichen, politischen und wirtschaftlichen Strukturen in Mittel- und Osteuropa und der damit zusammenhängenden Herausforderungen und neuen Prioritäten. Seit 1990 ist die Zahl der Mitgliedsstaaten des europäischen Regionalbüros der WHO von etwa 30 auf 50 angewachsen. Die gesamteuropäische Landschaft ist aus dieser internationalen gesundheitspolitischen Sicht gekennzeichnet durch die tiefe und ständig sich vergrößernde Kluft zwischen der östlichen und westlichen Hälfte der Region. Die Fähigkeit der Gesundheitssysteme in den Umbruchländern, für die Grundversorgung der Bevölkerung aufzukommen, ist z. T. sehr beeinträchtigt. In diesem Zusammenhang erlebt das Konzept der > Primären Gesundheitsversorgung (Primary Health Care) in einigen Ländern Mittel- und Osteuropas eine Renaissance.

Durch die Europakonferenz Gesundheitspolitik von 1994 in Kopenhagen wurde der regionalgesundheitspolitische Ansatz der „Gesundheit für alle“ bestätigt, als der beste Weg zur Bewältigung der gesundheitspolitischen Probleme im alten und neuen Europa. Gesundheitliche Chancengleichheit wird dabei als in jeder Beziehung erstes Prinzip hervorgehoben. Das Eurohealth-Programm für die mittel- und osteuropäischen Staaten und die Nachfolgestaaten der Sowjet-Union umfaßt deshalb zwei Drittel der Tätigkeiten und Ressourcen der WHO/Euro und soll die gesundheitliche Kluft vermindern. Auch für die westliche Hälfte der Region wird auf die wachsenden Chancenungleichheiten hingewiesen, die insbesondere die Innenstädte, die alten Menschen, die Armen, Minderheiten und Migranten bedrohen.

Neben vielen anderen Aktivitäten rief die WHO 1993 die Initiative „Investition in die Gesundheit von Frauen“ ins Leben, die Gesundheitsprofile von Frauen aus der ganzen Region erstellte. 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 „Wie-

	Globale Entwicklung Gesundheitspolitik	Europäische Entwicklung Gesundheitspolitik	Entwicklung im Bereich Gesundheits- erziehung / Gesundheitsförderung
1977	30. Weltgesundheitsversammlung, Genf Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000		
1978	Konferenz und Deklaration zur Primären Gesundheitsversorgung, Alma Ata, WHO/ Unicef (Primary Health Care, PHC)		
1979	Globalstrategie Gesundheit für alle 2000		
1980		Europäisches Regionalkomitee, Kopenhagen: Europäische Strategie Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000	
1981			Europäisches Regionalprogramm über Gesundheitserziehung und Lebensweisen, Berlin
1982			
1983			
1984		Erste europäische Politik zur Gesundheit für alle: 38 Einzelziele für Gesundheit 2000	Programm Gesundheitsförderung WHO- Euro, Diskussionsgrundlage Konzept und Prinzipien
1985			
1986			Erste Internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung, Ottawa, "Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung"
1987			
1988			Zweite Internationale Konferenz, Adelaide - Empfehlungen zur Gesundheitsförderung
1989			Arbeitsgruppe Gesundheitsförderung für Entwicklungsländer und Aktionsaufruf zur Gesundheitsförderung in Entwicklungsländern, Genf
1990			Internationale Konferenz "Investment in Health", Bonn
1991		Revision Ziele "Gesundheit für alle" Die Gesundheitspolitik für Europa	Internationale Konferenz zur Gesundheits- förderung, Sundsvall, Entwicklung gesundheitsfördernder Lebenswelten, Sundsvall-Stellungnahme und "-Handbook"
1992			
1993		Europäische Gemeinschaft, Vertrag von Maastricht, Art. 129 Investition in die Gesundheit von Frauen	
1994		Europakonferenz Gesundheitspolitik, Kopenhagen	Europäische Kommission: Vorschlag Programm Gesundheitsförderung
1995			Women's health counts: Konferenz über die Gesundheit von Frauen in Mittel- und Osteuropa, Wiener Erklärung

Abb.6: Internationale Entwicklung der Gesundheitsförderung

ner Erklärung zur Investition in die Gesundheit von Frauen in mittel- und osteuropäischen Ländern“ zusammengefaßt.

Für die Gesundheitsförderungs-Settings Städte, Krankenhäuser und Schulen wurden in den letzten Jahren umfangreiche internationale Netzwerke aufgebaut (> Settingansatz in der Gesundheitsförderung). Das „Europäische Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen“ umfaßte 1995 über 400 Schulen in 27 Ländern mit 300.000 Schülerinnen und Schülern. Dieses Netzwerk wird sowohl vom WHO-Regionalbüro als auch von der Kommission der Europäischen Gemeinschaften und dem Europarat unterstützt.

Die Europäische Gemeinschaft hat seit Mitte der 80er Jahre Aktivitäten im Bereich Öffentliche Gesundheit eingeleitet, um die Maßnahmen zur Bekämpfung von Krankheiten und die Förderung der Gesundheit zu unterstützen und zu koordinieren:

- Programm „Europa gegen den Krebs“ (1987-1989, 1990-1994, geplant 1995-1999);
- Programm „Europa gegen Aids“ (1991-1993, 1994-1995, geplant 1996-2000);
- Europäischer Plan zur Bekämpfung der Drogenabhängigkeit (1991-1995)

Die Europäische Kommission hat verschiedene Initiativen zur Gesundheitserziehung in den Schulen unterstützt, insbesondere das Europäische Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen (in Kooperation mit der WHO und dem Europarat).

Mit Inkrafttreten des „Vertrages von Maastricht“ am 1.11.1993 erhielt die Gemeinschaft in Artikel 129 eine ausdrückliche Zuständigkeit im Bereich Öffentliche Gesundheit und Gesundheitsförderung. Am 1. Juni 1994 hat die Europäische Kommission einen Vorschlag zu einem künftigen Programm zur Gesundheitsförderung angenommen.

Als Beschluß EG/645/96 des Europäischen Parlaments und des Rates über das Aktionsprogramm der Gemeinschaft zur Gesundheitsförderung, -aufklärung, -erziehung und -ausbildung innerhalb des Aktionsrahmens im Bereich des Öffentlichen Gesundheitswesens (1996 - 2000) wurde es am 15.02.1996 verabschiedet. Das Programm umfaßt Gesundheitsinformation, Gesundheitserziehung und Ausbildung im Bereich Öffentliche Gesundheit und Gesundheitsförderung, spezifische Maß-

nahmen zur Prävention sowie Strategien und Strukturen der Gesundheitsförderung.

Literatur: 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; WHO, *A Call for Action - Promoting Health in Developing Countries*, Genf 1989 (WHO/HEP/90.1); WHO, *Health Promotion in Developing Countries - Working Paper for the Working Group on Health Promotion in Developing Countries*, Genf, 9-13 October 1989; WHO, *Die WHO in Europa, Den Herausforderungen begegnen. Kopenhagen (Regionale Veröffentlichungen der WHO, Europäische Schriftenreihe Nr. 57)* 1995; *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 vom ... 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), 21.08.95 DE Amtsblatt der Europäischen Gemeinschaften Nr. C 216/21

Lotte Kaba-Schönstein

Gesundheitsförderung II: Ziele und Prinzipien

Gesundheitsförderung ist die Bezeichnung für ein gesundheitspolitisches Aktionsprogramm zur Erreichung der Ziele „Gesundheit für alle 2000“, dessen Ziele und Prinzipien Anfang der 80er Jahre im wesentlichen im Europäischen Regionalbüro der Weltgesundheitsorganisation entwickelt worden und 1986 in der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung zusammengefaßt worden sind (> Gesundheitsförderung I, III).

Gesundheitsförderung ist ein Programm-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, sondern zielt darüber hinaus auch auf ökonomische, soziale, ökologische und kulturelle Faktoren und auf die politische Intervention zur Beeinflussung dieser gesundheitsrelevanten Faktoren. Die gesundheitspolitische Intervention soll die Handlungs- und Wahlmöglichkeiten der Individuen erweitern. Gesundheitsförderliche Lebensweisen für die einzelnen werden oft dadurch überhaupt erst ermöglicht, d. h. die „gesündere Wahl wird zur leichteren Wahl gemacht“ z.B. durch das Angebot geprüfter und gekennzeichnete Nahrungsmittel aufgrund einer gesetzlichen Regelung von Nahrungsmittelzusätzen und Kennzeichnungspflicht.

Das Neue und Besondere des Ansatzes Gesundheitsförderung, seiner Ziele und Prinzipien erhellt sich in der Rückschau auf den Stand der > Gesundheitserziehung zur Zeit der Entwicklung des neuen Konzeptes Ende der 70er, Anfang der 80er Jahre. Zu dieser Zeit sind für die Entwicklung des Konzeptes Gesundheitsförderung Einflüsse und Strömungen wirksam geworden, die sich zeitlich und inhaltlich vielfach überschneiden:

- die Kritik an der damaligen Gesundheitserziehung und die damit verbundenen Forderungen nach ihrer „Modernisierung“ und
 - die Übertragung und Umsetzung der gesundheitspolitischen Rahmenprogramm „Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000“ der WHO auf den Bereich der Gesundheitserziehung.
- Es gab sowohl innerhalb als auch außerhalb der Gesundheitserziehung eine kritische Diskussion ihrer Schwächen und Einseitigkeiten. Bemängelt wurde
- eine fast ausschließliche Krankheits-, Medizin- und Risikofaktoren-Orientierung der Gesundheitserziehung,
 - eine überwiegende Experten-Orientierung und
 - eine Tendenz zu individualisierenden, einseitigen und schuldzuweisenden Perspektiven und Methoden.
- Außerdem wurde die Einengung der Perspektiven und Strategien auf individuelle medizinisch definierte Risikofaktoren und statistisch konstruierte spezifische „Risikogruppen“ und auf individuelle Verhaltensänderungen beklagt und die damit einhergehende Vernachlässigung struktureller Perspektiven und Strategien.

Vielen Ansätzen der „traditionellen“ Gesundheitserziehung wurde vorgeworfen, soziale Unterschiede zu vernachlässigen und sogar zu vergrößern durch eine oft unreflektierte Mittelschicht-Orientierung, wie sie z.B. durch ausschließliche Verwendung von Printmedien als Methoden der Gesundheitserziehung entsteht.

Diese Einseitigkeiten und Mängel wurden 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.

Zur selben Zeit erfolgte auch eine Umorientierung der gesundheitspolitischen Rahmenprogramm der Weltgesundheitsorganisation hin zur primären Gesundheitsversorgung und zur „Gesundheit für alle 2000“ (> Gesundheitsförderung I). Auch in diesen Programmen wurden die Prinzipien der Berücksichtigung der Chancengleichheit, der Beteiligung der Bevölkerung, der multisektoralen Zusammenarbeit und eines positiven Gesundheitsbegriffs hervorgehoben. Das 1981 verabschiedete Europäische Regionalprogramm über Gesundheitserziehung und Lebensweisen versuchte eine Anpassung der bisherigen Gesundheitserziehung an die neue gesundheitspolitische Entwicklung (neue Leitbilder, positiver Gesundheitsbegriff, innovative pädagogische Methoden und Technologien, Gemeinschaftsaktion und Laienbeteiligung, multisektorales und multidisziplinäres Vorgehen, neue Strategien auf verschiedenen Aktionsebenen, z.B. Regierungs-, Gesetzgebungs-, Berufs-, Gemeinschaftsebene, Berücksichtigung sozialer und Umweltfaktoren).

Die kritische Diskussion und die gesundheitspolitischen Programm-Vorgaben sowie Anregungen aus der Verbraucher-, Frauen- und Selbsthilfebewegung und Gemeinwesenarbeit flossen in die Entwicklung von Konzept und Prinzipien des neuen Ansatzes Gesundheitsförderung ein. Er wurde erstmals 1984 in einem Grundsatzpapier zusammengefaßt und zur Diskussion gestellt (Diskussionsgrundlage über Konzept und Prinzipien der Gesundheitsförderung). Als Ziel von Gesundheits-

förderung wird darin bezeichnet, die Menschen zu befähigen, größeren Einfluß auf die Erhaltung und die Verbesserung ihrer Gesundheit zu nehmen. Als wichtige Prinzipien von Gesundheitsförderung nennt das Papier:

- ein sozio-ökologisches 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, steuerliche Maßnahmen, organisatorische Regelungen, gemeindenaher Veränderungen sowie spontane Schritte gegen Gesundheitsgefährdungen;
- konkrete und wirkungsvolle Beteiligung der Öffentlichkeit;
- Gesundheitsförderung als primäre Aufgabe im Gesundheits- und Sozialbereich und keine medizinische Dienstleistung.

1986 wurden auf der ersten Internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung in Ottawa die wichtigsten Prinzipien, Aktionsstrategien und Handlungsbereiche der Gesundheitsförderung in der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung zusammengefaßt (> Gesundheitsförderung III).

Literatur: Bundesministerium für Gesundheit und Umweltschutz, Wien (Hg.), Europäische Monographien zur Forschung in Gesundheitsförderung 6, Wien 1984; Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.), Europäische Monographien zur Forschung in Gesundheitsförderung 5, Köln 1983; Henkelmann T / Karpf D, Die Gesundheitserziehung ist weitgehend krankheitsorientiert, in: Venth A (Hg.) Gesundheit und Krankheit als Bildungsproblem, Bad Heilbrunn/Obb. 1987, 107-116; Regionalbüro für Europa der WHO, Gesundheitsförderung - Eine Diskussionsgrundlage über Konzept und Prinzipien, in: Franzkowiak P / Sabo P (Hg.), Dokumente der Gesundheitsförderung, Mainz 1993, 78-83

Lotte Kaba-Schönstein

Gesundheitsförderung III: Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung

Die *Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung* wurde im November 1986 auf der von der Weltgesundheitsorganisation zusammen mit der Canadian Public Health Association und Health and Welfare Canada veranstalteten „1. Internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung“ in Ottawa verabschiedet. An der Konferenz nahmen ca. 200 geladene TeilnehmerInnen aus 35 (vorwiegend Industrie-)Ländern teil. 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 (> Gesundheitsförderung II).

Die Ottawa-Charta wurde von ihren VerfasserInnen als ein Aktionsprogramm zur Erreichung des Zieles 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, auch als gesundheitliche Grundbetreuung übersetzt), das WHO-Dokument Einzelziele für Gesundheit 2000 und die Diskussion der Weltgesundheitsversammlung zur intersektoralen Zusammenarbeit für Gesundheit (> Gesundheitsförderung I).

Die Charta wurde in zahlreiche (europäische) Sprachen übersetzt und in der zweiten Hälfte der 80er Jahre in einer für ein gesundheitspolitisches Dokument seltenen Dynamik verbreitet. Sie wurde nach und nach von den (europäischen) Regierungen und staatlichen sowie nicht-staatlichen Akteuren und Organisationen der Gesundheitsförderung als Grundsatz- und Leitdokument akzeptiert für die Bereiche der Gesundheitsförderung, der > Gesundheitsförderung, > Gesundheitsbildung, der > Prävention und für den Bereich von > Gesundheitswissenschaften / Public Health.

Die Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung wird eingeleitet mit einer Zieldefinition von Gesundheitsförderung: „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“. Gesundheit wird als Voraussetzung und nicht als Ziel alltäglicher Bestrebungen verstanden. Die Charta betont die integrierte Bedeutung sozialer und individueller Ressourcen für Gesundheit. Die Verantwortung für Gesundheit liege deshalb nicht nur beim Gesundheitssektor, sondern bei allen Politikbereichen und ziele über die Entwicklung gesünderer Lebensweisen hinaus auf die Förderung von umfassendem Wohlbefinden.

Als grundlegende Bedingungen und konstituierende Momente von Gesundheit, an die jede Verbesserung des Gesundheitszustandes zwangsläufig fest gebunden sei, benennt die Charta Frieden, angemessene Wohnbedingungen, Bildung, Ernährung, Einkommen, ein stabiles Öko-System, eine sorgfältige Verwendung vorhandener Naturressourcen, soziale Gerechtigkeit und Chancengleichheit.

Die Charta formuliert drei grundlegende Handlungsstrategien und fünf vorrangige Handlungsfelder der Gesundheitsförderung.

Als Handlungsstrategien der Gesundheitsförderung werden genannt:

1. *Anwaltschaft für Gesundheit* (engl. „advocacy“ - auch übersetzt als „Interessen vertreten“ oder „Parteinehmen“, > Anwaltschaft). Gesundheitsförderliches Handeln 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.
2. *Befähigen und ermöglichen* (engl. „enable“, > Empowerment, > Kompetenzförderung). Gesundheitsförderndes Handeln ist bemüht, bestehende soziale Unterschiede des Gesundheitszustandes zu verringern und gleiche Möglichkeiten und Voraussetzungen zu schaffen, um alle Menschen zu befähigen, ihr größtmögliches Gesundheitspotential zu verwirklichen. Das beinhaltet die Verwurzelung in einer unterstützenden sozialen Umwelt, den Zugang zu allen wesentlichen Informationen, die Entfaltung von praktischen Fertigkeiten und die Möglichkeit, selber Entscheidungen in Bezug auf die persönliche Gesundheit treffen zu können.
3. *Vermitteln und vernetzen* (engl. „mediate“, > Vermittlung und Vernetzung). Da der Gesundheitssektor alleine nicht in der Lage ist, die viel-

fältigen Voraussetzungen für Gesundheit zu garantieren, verlangt Gesundheitsförderung das koordinierende Zusammenwirken aller einflussnehmenden Bereiche und Verantwortlichen der Regierungen, im Gesundheits-, Sozial- und Wirtschaftssektor sowie in nicht-staatlichen und selbstorganisierten Verbänden, Initiativen, der Industrie und den Medien. Die besondere Verantwortung von Professionellen und Experten sowie der MitarbeiterInnen des Gesundheitswesens ist die Vermittlung zwischen den unterschiedlichen Interessen und Bereichen der Gesellschaft.

Prioritäre Handlungsfelder der Gesundheitsförderung sind:

1. *Entwicklung einer Gesundheitsfördernden Gesamtpolitik* (engl. „build healthy public policy“). Da Gesundheitsförderung über medizinische und soziale Versorgung hinausgeht, muß Gesundheit auf allen Ebenen und allen Politikbereichen auf die politische Tagesordnung gesetzt werden und müssen PolitikerInnen die gesundheitlichen Konsequenzen ihrer Entscheidungen und ihrer Verantwortung für Gesundheit deutlich werden. Eine Politik der Gesundheitsförderung wendet dazu verschiedene, sich gegenseitig ergänzende Ansätze an, z.B. Gesetzesinitiativen, steuerliche Maßnahmen, organisatorisch-strukturelle Veränderungen.
2. *Gesundheitsfördernde Lebenswelten schaffen* (engl. „create supportive environments“ - auch als *Schaffen unterstützender Umweltbedingungen* zu übersetzen). Die enge Verbindung zwischen Mensch und Umwelt wird als die Grundlage für einen sozial-ökologischen 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 mit zu ihrem Thema.
3. *Gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen* unterstützen (engl. „strengthen community action“). Zentrales Anliegen der Gesundheitsförderung ist die Unterstützung von Nachbarschaften, Gemeinschaftsaktivitäten von Bürgern, Selbsthilfeaktivitäten und Gemeinden im Sinne vermehrter Selbstbestimmung, Autonomie und Kontrolle über ihre eigenen Gesundheitsbelange (> Gesundheitsbezogene Gemeinwesenarbeit).

4. *Persönliche Kompetenzen entwickeln* (engl. „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 und will ihnen zugleich ermöglichen, Veränderungen in ihrem Lebensalltag zu treffen, die ihrer Gesundheit zugute kommen.“ In diesem Zusammenhang sollen Menschen zu lebenslangem Lernen befähigt werden und ihnen soll geholfen werden, mit den verschiedenen Phasen ihres Lebens sowie eventuellen chronischen Erkrankungen und Behinderungen umgehen zu können (> Kompetenzförderung, > Empowerment, > Gesundheitsbildung, > Gesundheitserziehung).

5. *Die Gesundheitsdienste neu orientieren* (engl. „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 ganzheitlichen Persönlichkeiten orientiert. Die Angehörigen der Gesundheitsdienste sollen die Möglichkeiten der Koordination zwischen dem Gesundheitssektor und den anderen gesundheitsrelevanten sozialen, politischen und ökonomischen Kräften verbessern.

Der abschließende Teil der Charta enthält einen Aufruf der KonferenzteilnehmerInnen zur Gesundheitsförderung, zu einer starken Allianz zur Förderung der Öffentlichen Gesundheit (Public Health) und zu internationalem Handeln und faßt noch einmal einige Kernelemente und Prinzipien des Ansatzes zusammen: „Gesundheit wird von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt: dort, wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben. Gesundheit entsteht dadurch, daß man sich um sich selbst und für andere sorgt, daß man in die Lage versetzt ist, selber Entscheidungen zu fällen und eine Kontrolle über die eigenen Lebensumstände auszuüben sowie dadurch, daß die Gesellschaft, in der man lebt, Bedingungen herstellt, die all ihren Bürgern Gesundheit ermöglichen“. Das in der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung zusammengefaßte

Handlungskonzept ist gekennzeichnet durch die folgenden Sichtweisen:

- die Orientierung an Gesundheit: sie ist ein konzeptioneller historischer Wendepunkt und grundlegend für das Handlungskonzept Gesundheitsförderung. Die Umorientierung von der Verhütung von Krankheiten zur Förderung von Gesundheit und zu der Frage, wo und wie Gesundheit hergestellt wird (> Salutogenetische Perspektive), wird auch als Paradigmenwechsel bezeichnet. Dieser salutogenetische Ansatz bedingt auch
 - eine Orientierung an Kompetenzen, Schutzfaktoren und Ressourcen (statt an Risiken und Defiziten wie in der Prävention von Krankheiten);
 - ein Verständnis von Gesundheit als Kompetenz zur selbstbestimmten Lebensgestaltung und -bewältigung, Gesundheitsförderung auf der Ebene des Individuums als Stärkung, Befähigung und Kompetenzerweiterung;
 - ein sozial-ökologisches Verständnis von Gesundheit und die Gesundheit beeinflussenden Faktoren, daraus folgend:
 - eine starke Orientierung auf die politische Gestaltung der gesundheitsrelevanten Faktoren und Bedingungen (im Sinne von Bedingungs- und Strukturgestaltung) und
 - eine starke Betonung der Notwendigkeit intersektoraler Zusammenarbeit auch und gerade von und mit Sektoren außerhalb des Gesundheitswesens.
- Wesentliche Elemente und Prinzipien von Gesundheitsförderung sind:
- Lebenswelt- und Alltagsorientierung;
 - Gemeinwesenorientierung (> Gesundheitsbezogene Gemeinwesenarbeit);
 - Beachtung gesundheitlicher Chancengleichheit;
 - > Partizipation, d.h. Teilhabe aller Betroffenen und Beteiligten, Unterstützung von Selbsthilfeeaktivitäten;
 - Prozeßcharakter der Gesundheitsförderung.

Literatur: Blättner B, Gesundheitsförderung und Gesundheitsbildung - Aktueller Stand der Diskussion - Literaturrecherche, Deutsches Institut für Erwachsenenbildung Hamburg 1994; Franzkowiak P / Sabo P (Hg.), Dokumente der Gesundheitsförderung, Mainz 1993; WHO Regionalbüro für Europa (Hg.), Health Promotion - A resource book, collected by R Anderson / I Kickbusch (EUR/ICP/HSR 612), Kopenhagen 1990

Lotte Kaba-Schönstein

Gesundheitsförderung IV: Die Entwicklung in Deutschland (ab Mitte der 80er Jahre)

Die Entwicklung der Gesundheitsförderung in der Bundesrepublik Deutschland seit der Mitte der 80er Jahre im staatlichen und nicht-staatlichen Bereich wurde stark durch die Programme und Konzepte der Weltgesundheitsorganisation beeinflusst. Die Bundesrepublik Deutschland „unterstützt auch offiziell die Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung (1986) sowie das 1991 aktualisierte Programm des Europäischen Regionalbüros der Weltgesundheitsorganisation von 1985, Gesundheit für alle 2000, das in seinen 38 Einzelzielen operationalisierte Vorgaben für nationale Strategien vor allem nicht-medizinischer Prävention und Gesundheitsförderung enthält“ (Prävention in der Gesundheitspolitik - Antwort der Bundesregierung vom 5.7.1994 - vgl. Literatur).

Wichtige Etappen der Entwicklung von Gesundheitsförderungspolitik in Deutschland waren auf der Ebene der Bundes- und Länderpolitik:

1. Gesundheitsreformgesetz (1989);
2. Votum des Bundesgesundheitsrates (1989);
3. Konferenz „Investment in Health - Gesundheitsförderung: Eine Investition in die Zukunft“ (1990);
4. Entschließung der für das Gesundheitswesen zuständigen MinisterInnen und SenatorenInnen der Länder (1991);
5. Kongreß „Zukunftsaufgabe Gesundheitsförderung“ (1993).

1. Gesundheitsreformgesetz 1989. 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), markiert eine wichtige Etappe in der deutschen Entwicklung der Gesundheitsförderung.

Schon Anfang der 80er Jahre waren einzelne Krankenkassen mit Modellprojekten gemeindenaher Risikofaktorenprävention initiativ geworden (> Gesundheitserziehung). Seit der Entwicklung und Verabschiedung der Ottawa-Char-

ta zur Gesundheitsförderung veranstalteten einige Krankenkassen wegweisende Kongresse zum Thema Gesundheitsförderung. Seit Verabschiedung des GRG wurden vermehrt Gesundheitsförderungsprogramme von Krankenkassen initiiert und Stellen für Gesundheitsförderung (und Prävention) geschaffen. Es gibt viele ernsthafte Ansätze und exemplarische Umsetzungsprojekte der Gesundheitsförderung im Bereich der Krankenversicherung. Zunehmend wird jedoch ein mangelhaftes Engagement vieler Krankenkassen, insbesondere für Gemeinschaftsaktionen beklagt, sowie große Kooperationshindernisse im Zusammenhang mit der Marketing- und Wettbewerbs-Orientierung der Gesundheitsförderung durch Krankenkassen festgestellt.

2. Votum des Bundesgesundheitsrates, 1989. Die Vollversammlung des Bundesgesundheitsrates votierte 1989 dafür, über die Erarbeitung von inhaltlichen, ergebnisorientierten Zielen für das Gesundheitswesen in Deutschland hinaus, insbesondere Maßnahmen zur Umsetzung der WHO-Ziele zur Förderung von gesunden Lebensweisen in Angriff zu nehmen. Diese Ziele würden in der Bundesrepublik Deutschland noch nicht voll verwirklicht. Das Votum behandelte und benannte Ziele und Rahmen der Maßnahmen, Maßnahmen in den einzelnen Lebensabschnitten, die Zusammenarbeit von Einrichtungen, Institutionen und Berufen, Organisation, Information, gesetzgebende Maßnahmen, Finanzierung, Forschung, Daten, >Gesundheitsberichterstattung und die internationale Zusammenarbeit.

3. Konferenz „Investment in Health - Gesundheitsförderung: Eine Investition in die Zukunft“, 1990. Im Dezember 1990 wurde in Bonn vom Ministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit und der Weltgesundheitsorganisation in Zusammenarbeit mit der Kommission der Europäischen Gemeinschaften, der Bundesvereinigung für Gesundheitserziehung und dem Wissenschaftlichen Institut der Ärzte Deutschlands eine große internationale Konferenz: „Investment in Health - Gesundheitsförderung: Eine Investition für die Zukunft“ veranstaltet. Auf dieser Konferenz waren auch die maßgeblichen Akteure der Gesundheitsförderung aus dem deutschen Gesundheitssektor vertreten und bekannten sich zur Notwen-

digkeit von Gesundheitsförderung. Thematischer Schwerpunkt war das Herausstellen von Gesundheitsförderung als „Zukunftsinvestition“ und nicht als bloßer Kostenfaktor.

Auch die staatliche, nationale Gesundheitserziehungsinstitution in der Bundesrepublik Deutschland, die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, eine zum Geschäftsbereich des Gesundheitsministeriums gehörende Einrichtung, hatte zum Zeitpunkt der Konferenz wesentliche Prinzipien des neuen Konzeptes Gesundheitsförderung in die eigene Arbeit übernommen. Auf dem Kongreß wurden Konsequenzen der Gesundheitsförderung für Institutionen der Gesundheitserziehung am Beispiel der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung zur Diskussion gestellt.

4. *Entschließung der für das Gesundheitswesen zuständigen Minister/innen und Senator/innen der Länder (GMK), 1991.* 1991 verabschiedete die Konferenz der für das Gesundheitswesen zuständigen MinisterInnen und SenatorInnen der Länder (GMK) auf ihrer 64. Sitzung in Wiesbaden eine Entschließung über Möglichkeiten zur Gesundheitsvorsorge, Krankheitsverhütung und Gesundheitsförderung in der Bundesrepublik Deutschland. Die GMK war sich 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. Nach dem Verständnis der GMK besteht die „präventive Gesundheitspolitik“ in den Ländern aus Maßnahmen der Gesundheitsvorsorge, der Krankheitsfrüherkennung und der Gesundheitsförderung. Dabei sind Gesundheitsvorsorge und Krankheitsfrüherkennung als primär krankheitsorientierte Instrumente und Gesundheitsförderung als gesundheitsorientierter Ansatz dieser Politik zu verstehen.

Die GMK-Entschließung betont sechs grundlegende Prinzipien der Gesundheitsförderung:

- Gesundheits- statt Krankheitsorientierung;
- Lebens- und Umweltbezug;
- Gemeinwesenorientierung;
- Partizipation;
- Emanzipation (Befähigung und Kompetenzerweiterung von Einzelnen oder Gruppen);
- Prozeß- statt Ergebnisorientierung.

5. *Kongreß „Zukunftsaufgabe Gesundheitsvorsorge“, 1993.* In der Bundesrepublik Deutschland besteht nach Übereinstimmung der GesundheitsexpertInnen und des Bundesministers für Gesundheit ein „Mißverhältnis zwischen Prävention und Kuration“. 1993 waren vom Bundesminister für Gesundheit auf diesem Hintergrund zum Kongreß „Zukunftsaufgabe Gesundheitsvorsorge“ über 200 WissenschaftlerInnen und ExpertInnen aus dem Gesundheitsbereich eingeladen worden, um Vorschläge und Empfehlungen zu den zukünftigen Strukturen und Inhalten einer mehr an Gesundheitsvorsorge, Prävention und Gesundheitsförderung orientierten Politik in der Bundesrepublik Deutschland zu erarbeiten. Als Ergebnis wurde ein Konsensuspapier zu Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland erarbeitet, das dem Bundesminister für Gesundheit als Empfehlung überreicht wurde und in dem eine Intensivierung der Anstrengungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Deutschland gefordert wurde.

Da wichtige Anteile der Verursachung der bedeutsamsten Krankheiten und Todesursachen der Industrieländer nach international übereinstimmender Auffassung in den Lebens-, Arbeits- und Umweltverhältnissen liegen, die nicht individuell, sondern nur politisch gestaltet werden können, sieht die Bundesregierung (1994) in einer Schwerpunktbildung auf Prävention und Gesundheitsförderung „die große Produktivitätsreserve der Gesundheitspolitik“, von der gesundheitspolitisch trendwendende Erfolge zu erwarten sind.

Im Bereich der Gesundheitsforschung wurde Gesundheitsförderung in den letzten Jahren als Element von interdisziplinärer Public Health-Forschung von der Bundesregierung verstärkt unterstützt (> Gesundheitswissenschaften / Public Health).

Im nicht-staatlichen Bereich wurde die Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung und die Entwicklung der Gesundheitsförderung zuerst und insbesondere von Teilen der Gesundheitsbewegung und der kritischen Gesundheitsforschung aufgenommen.

Die *Bundesvereinigung für Gesundheitserziehung* (seit 1992 Bundesvereinigung für Gesundheit e.V.), der Spitzenverband der freien Initiative in der Gesundheitsförderung in der Bundesrepublik Deutschland, hatte im August 1990

ein Votum vorgelegt für eine *Politik der Gesundheitsförderung in Deutschland*, in dem sie sich zu den Prinzipien und Inhalten der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung sowie zu den Einzelzielen Gesundheit 2000 der Europäischen Regionalstrategie bekannt hatte und für Deutschland eine Politik forderte, die sich deutlich an der Gesundheitsförderung orientiert.

Kommunale Ebene - Städte. Auf der kommunalen Ebene 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 auch ein deutsches nationales Gesunde-Städte-Netzwerk und in Hamburg ein Gesunde-Städte-Sekretariat eingerichtet; derzeit bilden ungefähr 35 Mitglieds-Städte das deutsche Netzwerk.

An dem aus dem Gesunde-Städte-Projekt hervorgegangenen internationalen Netzwerk von Gesundheitsfördernden Krankenhäusern beteiligen sich auch deutsche Krankenhäuser (> Setting-Ansatz in der Gesundheitsförderung, > Kommunalpolitische Umsetzung der Gesundheitsförderung - das Gesunde-Städte-Projekt).

Schule, Hochschule, Erwachsenenbildung. Im Schul- und Bildungsbereich wurde 1993 mit dem „Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen“ ein länderübergreifender Modellversuch der Kultus- und Senatsverwaltungen von 13 Ländern der Bundesrepublik Deutschland begonnen (Ende 1994: 14 Mitgliedsländer). Der Modellversuch wird aus Mitteln der mitarbeitenden Länder, des Bundesministers für Bildung und Wissenschaft sowie der Kommission der Europäischen Union gefördert. Er arbeitet aktiv mit als deutscher Beitrag im Gemeinschaftsprojekt der Europäischen Union, der Weltgesundheitsorganisation und des Europarates: „Europäisches Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen“. Im Bereich der Hochschulen gibt es an einer zunehmenden Zahl von Universitäten und Fachhochschulen Weiterbildungsmöglichkeiten in Gesundheitsförderung und seit 1993 einen Modellversuch eines grundständigen Studiums der Gesundheitsförderung an einer Fachhochschule. In der Erwachsenenbildung wurde in den Jahren nach 1986 Gesundheitsförderung in Anlehnung an die Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung insbesondere von den expandierenden Fachberei-

chen Gesundheit der Volkshochschulen aufgegriffen und als > Gesundheitsbildung fortentwickelt.

Freie Wohlfahrtspflege. Auch von einzelnen Trägern der freien Wohlfahrtspflege wurde das neue Konzept rezipiert und in entsprechende Stellenwidmungen und Projekte (z.B. in der sozialen und Bildungsarbeit) umgesetzt.

Arbeitswelt / Betriebe. In der Arbeitswelt entwickelten sich auf den Grundlagen der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung und der Fortentwicklung von Arbeitssicherheit und betrieblichem Gesundheitsschutz (auch im Zusammenhang mit der Gesundheitsförderung durch die betriebliche Krankenversicherung) zahlreiche Initiativen und Projekte der „Gesundheitsförderung im Betrieb“ bzw. Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt (> Setting-Ansatz in der Gesundheitsförderung).

In der gesundheitspolitischen Diskussion, Programmatik und Praxis in der Bundesrepublik Deutschland werden die Begriffe „präventive Gesundheitspolitik“, „Gesundheitsvorsorge“, „Prävention“ und „Gesundheitsförderung“ oft synonym und überlappend gebraucht. Aspekte der Gesundheitsförderung werden auch oft unter der Bezeichnung „(New) Public Health“ mitverstanden, da darunter alle Bedingungen der menschlichen Lebensumwelt, die aktiv Gesundheit fördern oder Krankheiten verursachen können, inbegriffen werden.

Literatur: Conrad G (Hg.), Gesunde Städte - Ein Projekt wird zur Bewegung - Zwischenbericht über das Gesunde Städte-Projekt der Weltgesundheitsorganisation 1987-1990, Hamburg 1990; Franzkowiak P / Sabo P (Hg.), Dokumente der Gesundheitsförderung, Mainz 1993; Lehmann H / Lehmann M / Pott E, Gesundheitsförderung - eine Herausforderung für Institutionen der Gesundheitserziehung, in: Prävention 1, 1991 (14), 3-7; Prävention in der Gesundheitspolitik - Antwort der Bundesregierung vom 05.07.1994 auf die große Anfrage der Abgeordneten Kirschner, Hack, Dr. Knaape, weitere Abgeordnete und der Fraktion der SPD - Drucksache 12-6826, in: Gesundheitswesen 56 (1994), 708 - 709

Lotte Kaba-Schönstein

Gesundheitsförderung V: Einordnung und kritische Bewertung der Entwicklung

Phasen der Entwicklung, Verbreitung und Umsetzung. Gesundheitsförderung als politisches Aktionsprogramm wurde in einer Entwicklungsphase, die von Anfang der 80er Jahre bis zur Verabschiedung der Ottawa-Charta im November 1986 anzusetzen ist, vorbereitet und ausgearbeitet (> Gesundheitsförderung I, II, III). Nach der Verabschiedung der Ottawa-Charta begann eine Phase der Verbreitung und ersten Umsetzungserfahrungen in der zweiten Hälfte der 80er Jahre. In diesem Zeitraum ergänzte die WHO ihre bis dahin ausschließliche Rolle als Partnerin der Regierungen um die der Unterstützung von Basisinitiativen der Gesundheitsförderung.

In Deutschland war Anfang der 90er 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 Konzeptes in ihre jeweiligen Programme und Stellungnahmen integriert (> Gesundheitsförderung IV).

In der ersten Phase der Verbreitung und Umsetzung wurde der innovative Charakter des Aktionskonzeptes von einigen seiner TrägerInnen in teilweise offensiver Form als explizites Gegenkonzept zur bisherigen Gesundheitserziehung und zur Prävention herausgestellt:

- Gesundheitsorientierung vs. Krankheitsorientierung;
- komplexes, sozial-ökologisches Gesundheitsverständnis und gesundheitspolitische Bedingungs-gestaltung vs. ausschließlich individuenbezogene Verhaltensprävention;
- gesundheits- und sozialpolitischer Ansatz vs. medizinische Dienstleistung;
- interdisziplinäre Kooperation vs. medizinische Dominanz.

Diese Zuspitzung führte zu teilweise heftigen Auseinandersetzungen über die Auslegung und die Konsequenzen des neuen Programms.

Die neue Orientierung wurde von Teilen der Professionellen und Einrichtungen des Gesund-

heits- und Sozialwesens, insbesondere von der Gesundheitsbewegung, mit großer Hoffnung und Aufbruchstimmung aufgenommen und umgesetzt. Im Bereich der kommunalen Gesundheitsförderung gab es schon seit Mitte der 80er Jahre Gesunde Städte-Initiativen, später folgte Gesundheitsförderung in der Schule und Gesundheitsförderung im Betrieb (> Setting-Ansatz). Auch ein Teil der Krankenkassen griff die neue Gesundheitsorientierung schon zu dieser Zeit auf, wobei das Interesse an einer wirkungsvolleren Verbesserung der Gesundheit der Versicherten sehr schnell begleitet wurde von Marketing- und Wettbewerbsinteressen.

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 90er Jahre das neue Konzept in Stellungnahmen, z.B. der Bundesärztekammer und des Hartmannbundes, akzeptiert und integriert wurde. Das neue Programm tangierte potentiell berufspolitische Interessen aller beteiligten Berufsgruppen und stimulierte neben Integrations- und Adaptationsprozessen auch solche der Vereinnahmung durch Berufe und Akteure.

Im Prozeß der Diffusion des neuen Konzeptes und im zunehmenden Bemühen seiner VertreterInnen um breite politische Akzeptanz bei allen maßgeblichen Akteuren und Einrichtungen des Gesundheitswesens schliff sich die anfängliche Zuspitzung auf das Neue und Andere des Konzeptes allmählich etwas ab. Durch die weite Verbreitung und die erwähnten 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 (Vorwurf des „Etikettenschwindels“, des „alten Weins in neuen Schläuchen“). Diese Entwicklung verstärkte die Begriffsverwirrung im Bereich Gesundheitsförderung, > Gesundheitserziehung, > Prävention und > Gesundheitswissenschaften / Public Health.

Erfolge. Das Aktionsprogramm Gesundheitsförderung hat mit großer Innovations-Dynamik die Theorie und Praxis der Bereiche öffentliche Gesundheit, Prävention, Gesundheitspolitik, Ge-

sundheitserziehung und -bildung etc. in Europa und Deutschland in Bewegung gebracht und modernisiert. Es sind zahlreiche Umsetzungsinitiativen und -netzwerke auf vielen Ebenen und in vielseitigen Handlungsbereichen in Deutschland und Europa entstanden. Die ersten großen Programme zur Umsetzung der neuen Strategie und deren Evaluation sind noch nicht abgeschlossen.

Das Aktionskonzept Gesundheitsförderung hat der in Theorie und Praxis bis dahin vorherrschenden einseitigen pathogenetischen Perspektive die neue > salutogenetische Perspektive und Initiative gegenübergestellt. Dies wird teilweise als Beginn eines Paradigmenwechsels von der Krankheits- zur Gesundheits-Orientierung betrachtet. Die Verbreitung des Konzeptes hat beigetragen zur Durchsetzung eines komplexen, sozial-ökologischen 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 Ungleichheiten in weiten Kreisen geschärft. Gesundheitsförderung wird zunehmend als „Zukunftsinvestition“ wahrgenommen und zusammen mit verstärkter Verhütung von Krankheiten als die große Produktivitätsreserve im Gesundheitswesen diskutiert.

Probleme. Definitionsprobleme, Begriffsunklarheiten, Abgrenzungsprobleme: Von Anfang an war den an der Entwicklung des Aktionsprogrammes Gesundheitsförderung Beteiligten klar, daß es keine scharfe theoretische und noch weniger praktische Abgrenzung zwischen Gesundheitsförderung und Krankheitsverhütung gibt und daß große Überschneidungen von allen Aktivitäten der Versorgung, Vorsorge, Förderung, Heilung und Lebensqualität bestehen. Die Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung enthält keine eindeutige Definition und Abgrenzung von Gesundheitsförderung. Die beliebige und inflationäre Verwendung der Bezeichnung Gesundheitsförderung hat darüber hinaus zu weiteren Unklarheiten darüber geführt, was Gesundheitsförderung ist und nicht ist und in welchem Verhältnis insbesondere Gesundheitsförderung zur Prävention steht. Allerdings ist für die praktische Tätigkeit in der Gesundheitsförderung und Prävention eine scharfe Abgrenzung beider Bereiche oft nicht möglich und notwendig.

Aus politischer und wissenschaftlicher Sicht hat es jedoch verschiedene Versuche gegeben, die Themen und Gegenstandsbereiche und die spezifischen Ziele von Gesundheitsförderung und Prävention eindeutig zu definieren. Eher „enge“ Definitionen von Gesundheitsförderung stehen eher „weiten“ Definitionen gegenüber:

- die „engeren“ Definitionen heben meist unter Bezugnahme auf die Ottawa-Charta das Neue und Andersartige des Gesundheitsförderungs-Ansatzes hervor, insbesondere die salutogenetische Orientierung, die von der pathogenetischen Orientierung der Prävention abgegrenzt wird, die Orientierung an Potentialen, statt an Risiken und Defiziten, die Betonung von Selbstbestimmung, von Befähigung und Partizipation (> Gesundheitsförderung II);

- „weite“ Definitionen verstehen Gesundheitsförderung als Globalziel, als Ober- und Sammelbegriff für alle nicht-therapeutischen Aktivitäten zur Verbesserung der Gesundheit - präventive und rehabilitative Maßnahmen inbegriffen. Gesundheitsförderung wird in diesem weiten Verständnis als umfassende Konzeption von > Public Health (Öffentliche Gesundheit) gesehen. Gesundheitsförderung integriert die Interventionstypen Gesundheitsaufklärung, Gesundheitserziehung, Gesundheitsbildung, Gesundheitsberatung, gesundheitliche Selbsthilfe und Präventiv-Medizin zu einem ganzheitlichen Konzept, das die Notwendigkeit intersektoralen und interdisziplinären Handelns, die Berücksichtigung der Lebens- und Arbeitsbedingungen und die Teilhabemöglichkeiten der BürgerInnen besonders betont (> Partizipation);

- in einer dritten Einordnungsvariante sind Prävention und präventive Gesundheitspolitik die Oberbegriffe, denen die Gesundheitsförderung als Teilstrategie untergeordnet wird.

Als besonders schwierig hat sich das Handlungsfeld „gesundheitsfördernde Gesamtpolitik“ und die damit zusammenhängende und dafür notwendige intersektorale Kooperation herausgestellt. Den vor allem im Gesundheitswesen verankerten Akteuren und Initiatoren der Gesundheitsförderung ist es bisher nur in Ansätzen gelungen, die besondere Verantwortlichkeit des Gesundheitssektors für Gesundheitsförderung erfolgreich umzusetzen, d.h. die anderen Sekto-

ren über Gesundheitsprobleme zu informieren, deren gesellschaftliche Relevanz aufzuzeigen, die Probleme „auf die Tagesordnung zu setzen“ und vor allem, alle relevanten Akteure aus den anderen Sektoren der Gesellschaft zu dieser Problemlösung und gegen konkurrierende Interessen zu Problemlösungen zusammenzubringen. Teilweise gab es unrealistische Erwartungen und den überzogenen Anspruch, vom Gesundheitssektor aus „die Welt zu verändern“ und alle gesundheitsrelevanten Bedingungen tatsächlich verändern zu können. In diesem Zusammenhang wird auch die Gefahr des „Gesundheitsimperialismus“ („Healthismus“) und der „Vergesundheitlichung der Verhältnisse“ kritisch diskutiert.

Der komplexe und umfassende Ansatz der Gesundheitsförderung bringt es oft mit sich, daß es, im Gegensatz zur Prävention von spezifischen Krankheiten, eine große Anzahl möglicher Handlungsansätze zu geben scheint, aus der die in der Gesundheitsförderung Tätigen sich für ihre Handlungsmöglichkeiten und -prioritäten selbst entscheiden müssen. Die spezifischen Ziele von Gesundheitsförderung und die Mittel, sie zu erreichen und dies zu evaluieren, müssen erst noch weiter entwickelt werden. Insofern stellt das Konzept hohe Anforderungen an die umsetzenden Professionellen und BürgerInnen. Gesundheitsförderung verlangt von den in ihrem Bereich Tätigen neue professionelle Kompetenzprofile, wie z.B. vermehrt politische Kenntnisse und Verhandlungsführung, Kooperationswissen und -fertigkeiten, anwalt-schaftliche und Vermittlungskompetenzen, Managementkompetenzen etc. Diesen Qualifizierungsnotwendigkeiten steht bisher kein ausreichendes Qualifizierungsangebot gegenüber.

Betrachtet man den gesamten Sektor des Gesundheitswesens in Deutschland und die Verteilung der Ressourcen für die Bereiche Kuration einerseits und Prävention und Gesundheitsförderung andererseits, so ist als weiteres Problem festzustellen, daß es eine erhebliche Diskrepanz zwischen der rhetorischen und programmatischen Verbreitung und Akzeptanz des Gesundheitsförderungs-Programms und den tatsächlichen Investitionen und Infrastrukturen in diesem Bereich gibt.

Weitere Zukunfts-Herausforderungen für Gesundheitsförderung sind der Ausbau der saluto-

genetischen und Public-Health-Forschung, d.h., die Erweiterung der Kenntnisse über die Faktoren, die die Gesundheit erhalten oder verbessern, und die Entwicklung von > Evaluationsinstrumenten und Qualitätsmanagement für Gesundheitsförderung.

Literatur: Blättner B, Gesundheitsförderung und Gesundheitsbildung - Aktueller Stand der Diskussion - Literaturrecherche, Deutsches Institut für Erwachsenenbildung Hamburg 1994; Franzkowiak P/Wenzel E, Gesundheitsförderung - Karriere und Konsequenzen eines Trendbegriffs, in: Psychosozial 42, 1990 (12), 30-42; Kühn H, Healthismus, Berlin 1993; Schorsch C, Pragmatische Orientierung statt großer Utopien - Wie Gesundheit verwirklicht werden kann, in: Gesundheits-Informationsdienst der Bundesvereinigung für Gesundheit, Dez. 94 / Jan. 95, 15-19; Troschke Jv, Plädoyer für die eindeutige Abgrenzung von Gegenstandsbereichen der Gesundheitsförderung und der Prävention, in: Prävention 3, 1993 (16), 83-86; Waller H, Gesundheitswissenschaft, Stuttgart 1995

Lotte Kaba-Schönstein

Gesundheits-/Krankheits-Kontinuum

In der Gesundheitsförderung und den > Gesundheitswissenschaften werden Gesundheit und Krankheit nicht als alternative Zustände, sondern als gedachte Endpunkte eines gemeinsamen Kontinuums verstanden. Es gibt fließende Übergänge zwischen Gesundheit und Krankheit, und es existiert kein strenges zeitliches Nacheinander, sondern oftmals eine „Gleichzeitigkeit“ von gesunden und kranken Anteilen des Wohlbefindens. (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.) Ob man Gesundheit, Gesundheitsrisiken und Krankheit aus körperlicher, seelischer oder sozialer Perspektive betrachtet: Es bestehen immer Wechselbeziehungen mit fließenden Übergängen. Die Wechselwirkungen werden beeinflusst durch:

- genetische Dispositionen und natürliche Alterungsprozesse;

- lebensgeschichtlich erworbene Erfahrungen, Motivationen und Handlungsbereitschaften (> Lebensstile/Lebensweisen);
- soziokulturelle, ökonomische und ökologische Rahmenbedingungen (> Lebenslagen).

Das Kontinuum ist gedacht zwischen einem imaginären Krankheitspunkt (engl.: „total illness“ bzw. „dis-ease“) und einem imaginären Gesundheitspunkt (engl.: „total wellness“ bzw. „health-ease“). An jedem Punkt des Kontinuums besteht ein komplexes Gleichgewicht zwischen

- „salutogenetischen“ Prozessen, die körperliche und seelische Regulationsfähigkeit sichern bzw. unterstützen und
- „pathogenetischen“ Prozessen, die körperliche und seelische Regulations- und Anpassungsfähigkeit überlasten, überfordern bzw. hemmen.

Die Position eines Menschen auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum ist das Ergebnis einer prozeßhaften Wechselwirkung. Die Wechselwirkung besteht zwischen persönlichen und umweltgebundenen > Risikofaktoren sowie > Protektivfaktoren bei der Bewältigung von Belastungen. Dabei besteht eine Abhängigkeit vom jeweiligen sozialen Kontext und der Lebensgeschichte des Menschen. Die Balance zwischen Salutogenese und Pathogenese entscheidet, ob man von optimaler Gesundheit oder von einer relativen, „bedingten“ Gesundheit, von akutem Kranksein oder von chronischer Krankheit bzw. Behinderung spricht. Die folgende Abbildung 7 soll das prozeßhafte Kontinuum zwischen Gesundheit und Krankheit und seine vielfältigen Wechselwirkungen veranschaulichen.

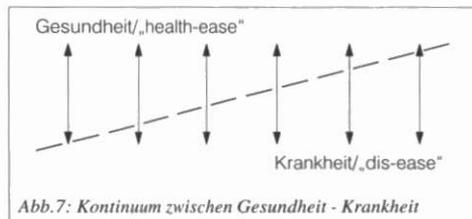


Abb.7: Kontinuum zwischen Gesundheit - Krankheit

Im Kontinuum können auch teilweise bzw. vollständige Gesundheitsbeeinträchtigungen in ihrer jeweiligen, immer wieder veränderbaren Balance zwischen gesunden und kranken Anteilen an-

gesiedelt werden. Hierzu zählen akute oder chronische Krankheiten bis hin zu chronischen funktionellen Einschränkungen mit psychischen und sozialen Beeinträchtigungen, wie z.B. Diabetes oder Leben nach einem Herzinfarkt.

Literatur: Erben R et al., Die Ökologie des Körpers, in: Wenzel E (Hg.), Die Ökologie des Körpers, Frankfurt/M. 1986, 13-120; Hurrelmann K, Sozialisation und Gesundheit, Weinheim 1988, 121-165; Siegrist J, Medizinische Soziologie, München 1988, 181-207

Peter Franzkowiak / Manfred Lehmann

Gesundheitstraining

Der Begriff Gesundheitstraining wird im Gesundheitswesen vor allem dort verwendet, wo durch einen nach bestimmten Prinzipien gelenkten Prozeß planmäßig und systematisch bestimmte Fähigkeiten erlernt oder gesteigert werden sollen. Gesundheitstraining findet vor allem im Rahmen der sekundären und tertiären > Prävention statt und ist Bestandteil der stationären und ambulanten Rehabilitation. Gesundheitstrainingsprogramme werden aber auch veränderungswilligen Einzelpersonen angeboten - von zahlreichen Verbänden und Initiativen mit unterschiedlichen programmatischen Ausrichtungen und Inhalten.

Die Prinzipien des Gesundheitstrainings richten sich nach wissenschaftlichen Erkenntnissen aus der Physiologie, Präventivmedizin, Psychologie, Einzel- und Gruppenpädagogik. Beispiele dafür sind verhaltenstherapeutisch orientierte Programme des Nichtrauchertrainings und der Gewichtsreduktion bzw. Entspannungsmethoden wie das Autogene Training oder Formen des mentalen Trainings.

In den Rehabilitationseinrichtungen, früher auch teilweise als Kureinrichtungen bezeichnet, ist seit Mitte der achtziger Jahre durch den Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) und die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) das sogenannte Gesundheitstraining für die Teilnehmenden einer Rehabilitationsmaßnahme verpflichtend wie die verordnete Massage, Gymnastik o.ä.. Dieses Gesundheitstraining steht unter dem Motto „Gesundheit selber machen“ und soll innerhalb der stationären Heilbehandlung den Patientinnen und Patienten Wissen und Fähigkeiten vermitteln, damit sie sich für eine gesunde

Lebensführung entscheiden können, die ihrer individuellen Schädigung oder Gefährdung angemessen ist. Außerdem soll eine positive Einstellung zur Selbstverantwortung sowie die aktive Mitarbeit und Verhaltensänderung erreicht werden. Inhalte des Programms sind Themen wie Alltagsdrogen, Streß, (Herz-Kreislauf-)Training, Ernährung. Denjenigen der Rehabilitationseinrichtungen, die das Gesundheitstraining durchführen, stehen dafür Unterrichtshilfen zur Verfügung.

In naher Zukunft will der VDR den Begriff des Gesundheitstrainings durch die > Gesundheitsbildung ablösen. Inhaltlich sollen die Gesundheitstrainings-Angebote, die primär an medizinischen Risikofaktoren orientiert waren, weiterentwickelt werden. Dies geschieht durch Aufnahme > salutogenetischer Elemente in die Trainings, eine stärkere Förderung von individuellen > Kompetenzen und > Schutzfaktoren sowie eine stärkere Berücksichtigung der unterschiedlichen > Lebensweisen und Lebenslagen einschließlich der spezifischen Indikation der PatientInnen. Didaktisch sollen die Gesundheitstrainingsangebote interdisziplinär durchgeführt und den Vorstellungen der Erwachsenenbildung gerecht werden - d.h. nicht als Vortrag, sondern teilnehmerorientiert sein, in angemessener Gruppenstärke, mit Medieneinsatz und in entsprechenden Räumlichkeiten mit gesprächsfördernder Sitzordnung stattfinden. Ein weiteres wichtiges Element dieser Neuorientierung ist die gezielte Verzahnung des Gesundheitstrainings mit nachstationären Angeboten der Rehabilitation.

Vorstellbar und in der Gesundheitsförderung gefordert sind auch Gesundheitstrainings außerhalb des stationären Rahmens bzw. der Rehabilitation. Durch > Kompetenzförderung und -erweiterung bei einzelnen, Familien und Gruppen sollten gezielt Fähigkeiten und Fertigkeiten zur gesunden Bewältigung von Alltagsaufgaben und -problemen herausgebildet werden. Erste Beispiele hierfür sind Programme der „Lebenskompetenzförderung“ in der Suchtprävention.

Literatur: Arbeitskreis Prävention Mainz (Hg.), Life-Skill - Was ist das? Mainz 1995; Busch B, Das Bochumer Gesundheitstraining auf energetischer Basis, in: Prävention, 1, 1989 (12), 24-26; Kijanski HD, Gesundheitstraining in der Rehabilitation, in: Prävention, 4, 1989 (12), 99-103; Liebing D, Tendenzen der Gesundheits-

bildung in der medizinischen Rehabilitation der Rentenversicherungsträger, in: Prävention, 4, 1994 (17), 117-118; Raven U, Gesundheitserziehung, in: Bauer R (Hg.), Lexikon des Sozial- und Gesundheitswesens, Bd. 1, München 1992, 805; Reha-Kommission des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger, Rahmenkonzept der Medizinischen Rehabilitation, in: Deutsche Rentenversicherung 7/8, 1992, 441-467

Peter Sabo

Gesundheits- und Krankheitsverhalten

Gesundheits- und Krankheitsverhalten werden in der Medizinsoziologie und > Sozialmedizin definiert als die Gesamtheit der Aufmerksamkeits- und Erlebensprozesse, Informationssuche und Verhaltensmuster bei Menschen,

- die ihre körperliche, seelische und soziale Gesundheit erhalten oder verbessern wollen bzw. sollen (Gesundheitsverhalten) bzw.
- die sich für krank halten oder von einer ärztlich bei ihnen festgestellten Krankheit wissen (Krankheitsverhalten).

Krankheitsverhalten wird oft in einem verengten Sinn betrachtet: als der persönliche Prozeß des Suchens, Findens und Inanspruchnehmens medizinischer Versorgungsleistungen und die damit einhergehende Übernahme der sozialen Rolle einer/eines „Kranken“. Medizinsoziologische Forschungen haben nachgewiesen, daß derartige Krankheitsverhalten in besonderem Maße durch soziale und medizinische Institutionen (wie die Ärzteschaft oder den Öffentlichen Gesundheitsdienst) kontrolliert wird. Allerdings ist zu beachten, daß ein Großteil von Krankheitsepisoden und kurzzeitig verlaufenden Krankheiten ohne professionelle Hilfe, d.h. im alltäglichen Netzwerk > sozialer Unterstützung bewältigt wird

Gesundheits- und Krankheitsverhalten werden über den persönlichen und kollektiven Sozialisationsprozeß vermittelt und erworben. Sie sind in eine umfassende > Lebensweise eingebettet. Über die primären Sozialisationsinstanzen wie Familie oder Schule hinausgehend, sind Gesundheits- und Krankheitsverhalten damit auch abhängig von Arbeits- und Wohnbedingungen, von unterschiedlichen sozialen Netzwerken, von den Zeitbudgets der Menschen und der Verfügbarkeit

medizinischer und präventiver Versorgungsangebote in der Gemeinde (> Soziale Ungleichheit). Auf diesem Hintergrund plädieren MedizinsoziologInnen und GesundheitswissenschaftlerInnen für eine Erweiterung der bisherigen Perspektive und schlagen als neue Sprachregelung vor:

- statt Gesundheitsverhalten: „gesundheitsrelevantes bzw. gesundheitsförderndes Verhalten“;
- statt Krankheitsverhalten: „Hilfesuchen und Krankheitsbewältigung“.

Hilfesuchen und Krankheitsbewältigung und ihre psychosozialen Determinanten sind in der Medizinsoziologie und Sozialmedizin u.a. unter folgenden Leitbegriffen intensiv erforscht und analysiert worden: „Compliance“ (Befolgung ärztlicher Anweisungen), „Coping“ (eingeeignet auf die Bewältigung und Verarbeitung von Krankheiten und Behinderungen), „Patientenkarriere“ und „Krankenkarriere“, Krankenrolle, schichtspezifisches Krankheitsverhalten, kulturelle Bewertungen von Krankheiten, > Selbst- und Laienhilfe, > soziale Unterstützungssysteme.

Eine vergleichbare Forschungstradition und -tiefe fehlt noch beim gesundheitsrelevanten Verhalten. In den > Gesundheitswissenschaften und der Gesundheitspsychologie wird gegenwärtig versucht, diese Defizite aufzuheben. Erste Forschungsüberblicke weisen darauf hin, daß Menschen nur dann gesundheitsfördernd handeln, wenn mindestens drei Komponenten zusammentreffen:

- die Personen müssen die Absicht entwickelt haben, in bestimmter Weise gesundheitsförderlich zu handeln;
- sie müssen sich kompetent genug fühlen, das beabsichtigte Verhalten in den konkreten Lebenssituationen, im Alltag durchzuführen und in die persönliche > Lebensweise zu integrieren (> Kompetenzförderung, > Soziale Lerntheorie);
- sie müssen über ausreichende soziale Unterstützung und sozialen Rückhalt verfügen, um die beabsichtigten Verhaltensänderungen auch gegen subjektiv wahrgenommene und objektiv gegebene Barrieren langfristig aufrechterhalten zu können.

Um die überholte, statische Gegenüberstellung von Gesundheits- und Krankheitsverhalten zu überwinden, erscheint es auch sinnvoll, die dynamische Perspektive eines > Gesundheits-Krank-

heits-Kontinuums zur Grundlage von Forschungen und Interventionen zu machen.

Die Veränderung des individuellen gesundheits-, risiko- und krankheitsbezogenen Handelns im engeren, traditionellen Sinne ist der Kern der Maßnahmen und Ziele von > Gesundheitserziehung und > Gesundheitstraining. In der Praxis konzentriert man sich dabei vorwiegend auf die Reduktion oder Vermeidung von persönlichen > Risikofaktoren. In der Gesundheitsförderung auf der Grundlage der Ottawa-Charta werden diese Handlungsfelder in die Formel „Persönliche Kompetenzen entwickeln“ integriert. Die Kompetenzentwicklung wird verbunden mit einer zweiten, auf Strukturveränderungen zielenden, Handlungsaufforderung: „Gesundheitsförderliche Lebenswelten schaffen“ (> Gesundheitsförderung III, > Verhältnisprävention). Beide Strategien stehen gleichgewichtig nebeneinander und sollen sich wechselseitig ergänzen.

Literatur: Bröbckamp U, Gesundheit und Schule, Bonn (Bundesministerium für Bildung und Wissenschaft) 1994, 5-27; Novak P, Erklärungsmodelle von Krankheit und Kranksein, in: Huppmann G / Wilker FW, Medizinische Psychologie Medizinische Soziologie, München 1988, 173-178; Siegrist J, Medizinische Soziologie, München 1988, 144-207

Peter Franzkowiak

Gesundheitswissenschaften „Public Health“

„Gesundheitswissenschaften / Public Health“ ist ein Arbeitsbegriff, unter dem sich in der Bundesrepublik seit den 80er Jahren - mit finanzieller Anschubunterstützung der Bundesregierung - eine neue wissenschaftliche Querschnittsdisziplin herausbildete. Auf der Grundlage der angloamerikanischen Tradition von „Public Health“ („Öffentliche Gesundheit“) bezeichnet man damit die Theorie und Praxis, durch organisierte gesellschaftliche Anstrengungen Krankheiten zu verhindern, Leben zu verlängern und das gesunde Altwerden zu ermöglichen sowie Gesundheit zu fördern. Die deutschen ProtagonistInnen der Gesundheitswissenschaften orientieren sich einerseits am gegenwärtigen angloamerikanischen Stand von Sozialmedizin und Public Health. Andererseits wird versucht, an die durch den Nationalsozialismus abgebro-

chene oder pervertierte historische Linie der Sozialhygiene, Gesundheitsfürsorge und Öffentlichen Gesundheitspflege im Deutschland des 19. und beginnenden 20. Jahrhunderts (verbunden mit Namen wie Virchow, Neumann, Koch, Gottstein, Grotjahn u.a.m.) anzuknüpfen.

In Deutschland wurde für die Gesundheitswissenschaften / Public Health seit Ende der 80er Jahre eine rapide wachsende Infrastruktur im universitären und akademischen Bereich geschaffen. 1989 richteten das Bundesministerium für Forschung und Technologie und das Bundesministerium für Gesundheit einen gleichnamigen Förderschwerpunkt ein, der fünf „Forschungsverbände Public Health“ mit einer Anschubfinanzierung versah (Berliner, Norddeutscher, Nordrhein-Westfälischer, Münchener und Sächsischer Forschungsverbund). Die Forschungsverbände stehen in enger Beziehung zu Postgraduierten-Studiengängen an den Universitäten Bielefeld, Hannover, Berlin, Dresden, Düsseldorf und München; diese Entwicklung greift Mitte der 90er Jahre auf weitere Universitäten über. Die „Public Health“-Aufbaustudiengänge sind jedoch teilweise nur für MedizinerInnen eingerichtet; auch beschränken sich viele Einzelprojekte in den Forschungsverbänden oftmals noch auf klassische Fragestellungen und -methoden der Sozialmedizin und Medizinsoziologie. Seit 1993 besteht eine „Koordinierungsstelle Gesundheitswissenschaften / Public Health“ an der Universität Freiburg mit einem regelmäßig erscheinenden Informationsdienst („Public Health Forum“). An der Universität Bielefeld wurde 1994 die erste Fakultät für Gesundheitswissenschaften in der Bundesrepublik Deutschland eingerichtet.

In den Gesundheitswissenschaften wird der Versuch unternommen, Erkenntnisse aus den bisher isoliert forschenden Einzeldisziplinen zusammenzuführen und gemeinsame Fragen zu stellen. Ihrem Anspruch nach sind sie damit eine interdisziplinäre, gegenstandsbezogene Querschnittsdisziplin. Zu ihren Teildisziplinen gehören derzeit v.a. die Sozial- und Humanmedizin, die Sozial- und Verhaltenswissenschaften, die Systemtheorie, die Ökonomie, Sozialarbeit und Sozialpädagogik. In Abgrenzung zur biomedizinischen und klinischen Forschung im Rahmen der „Krankheitswissenschaften“ sind die Gesundheitswissenschaften offen gegenüber allen somatischen, psychischen, sozialen und ökologischen Bedingungen der

Erhaltung und Förderung von Gesundheit und der Vermeidung von Krankheit. Das Erkenntnis- und Veränderungsinteresse bezieht sich auf Gruppen, Gemeinschaften, gesellschaftlichen (Teil-)Systemen und deren gesundheitsrelevante Lebensbedingungen in Verbindung mit den medizinischen und psychosozialen Versorgungsstrukturen und den darin wirksamen Planungs- und Entscheidungsprozessen.

Von besonderem Interesse sind alle persönlichen, sozialen, materiellen und natürlichen Ressourcen, die zur Sicherung und Erhaltung von Gesundheit beitragen. Statt wie in der traditionellen Sozialmedizin und Medizinsoziologie hauptsächlich Risiko- bzw. Gefährdungsfaktoren zu registrieren, sollen nunmehr vorrangig > Protektivfaktoren identifiziert und für gesundheitsförderliche Interventionen zugänglich gemacht werden. Die neuen Leitfragen lauten: Unter welchen Bedingungen bleiben Menschen gesund? Wie läßt sich die Auftretenshäufigkeit von Krankheiten zurückdrängen? Welche Möglichkeiten können ergriffen werden, um diese Bedingungen für so viele Menschen wie möglich herzustellen (> Salutogenetische Perspektive)?

Das wesentliche Ziel einer bevölkerungsbezogenen Gesundheitsforschung besteht in der Identifizierung all jener schützenden bzw. gefährdenden Bedingungen menschlicher Gesundheit, die sich aus dem Zusammenwirken sozialer und ökologischer Umwelteinflüsse mit den Verhaltens- und physiologischen Dispositionen auf Seiten der Menschen ergeben. Die Gesundheitswissenschaften analysieren und beeinflussen alle Risikostrukturen, Verursachungszusammenhänge und Bewältigungsmöglichkeiten, die hinter den individuellen Krankheitsfällen epidemiologisch faßbar sind (> Epidemiologie).

Gegenstandsbereiche und Arbeitsfelder der Gesundheitswissenschaften sind:

- die epidemiologische Beobachtung und ätiologische Analyse der für das gegenwärtige und zukünftige Krankheitsspektrum zentralen chronischen Erkrankungen und ihrer Risikofaktoren /-strukturen;
- die Struktur und Reform der gesundheitlichen Versorgung, d. h. Untersuchung, Bewertung und Förderung von optimalen Gesundheitsdiensten für die Bevölkerung und Gemeinschaften;
- die Förderung von Gesundheit in Bevölkerung,

Gemeinden und sozialen Gemeinschaften unter besonderer Berücksichtigung der sozial-epidemiologischen, verhaltens- und ernährungswissenschaftlichen Aspekte von Gesundheitsförderung und Krankheitsverhütung;

- die Bestimmung und Erforschung der weitergehenden Aspekte von Gesundheit im Kontext von Arbeitswelt und Umwelt, d.h. Arbeits- und Umweltepidemiologie und die daraus resultierenden Strategien des Gesundheitsschutzes und der Gesundheitsförderung;
- die Gesundheitsentwicklung in regionaler, nationaler und internationaler Perspektive.

Die Disziplin Gesundheitswissenschaften / Public Health integriert die Methoden, Konzepte und Praxisfelder der > Sozialmedizin. Erweiterungen und Überschreitungen bestehen

- in Richtung auf die interdisziplinäre fachliche Ausrichtung auf Gesundheit (statt: Krankheit) und deren individuelle wie strukturelle Rahmenbedingungen;
- hinsichtlich der proklamierten Gleichberechtigung von medizinischen und psychosozialen Interventionen zur Erhaltung bzw. Förderung von Gesundheitsoptionen und -strukturen in der Gemeinde und der Bevölkerung;
- beim sozialökologischen und systemtheoretischen Bezug ihrer Analysemethoden, Theorien und Handlungsorientierungen.

Die schnelle Schaffung der Infrastruktur hat eine breite programmatische Diskussion um die Rolle der Gesundheitswissenschaften im Kontext von Gesundheitsversorgung und Gesundheitspolitik angestoßen. Die universitäre Verankerung der Gesundheitswissenschaften / Public Health hat eine starke Ausstrahlung auf weitere Bereiche und Einrichtungen im Gesundheits- und Bildungswesen. Die konzeptionelle und praktische Wechselwirkung zwischen Gesundheitswissenschaften und Gesundheitsförderung ist noch präziser zu entwickeln.

Literatur: Hurrelmann K / Laaser U, Gesundheitswissenschaften als interdisziplinäre Herausforderung, in: dies. (Hg.), Handbuch Gesundheitswissenschaften, Weinheim 1993, 3-25; Schwartz FW, Entwicklung von Public Health in Deutschland, in: Public Health Forum, 10, 1995 (3), 3-6; Troschke Jv et al., Entwicklung der Gesundheitswissenschaften / Public Health in

Deutschland, Freiburg 1993 (Koordinierungsstelle Gesundheitswissenschaften an der Abt. f. Med. Soziologie der Universität); Waller H, Gesundheitswissenschaft, Stuttgart 1995

Peter Franzkowiak

Informationsverarbeitung „Information Processing“

Theorien zur Informationsverarbeitung aus der Kognitiven Psychologie erklären die Prozesse, wie Menschen (Entscheidungs-) Probleme lösen und Informationen verarbeiten. Von besonderem Interesse ist dabei die Frage, wie Menschen auch bei einer großen Fülle von Informationen diese verarbeiten und auch angesichts eventueller Widersprüchlichkeiten zu einer Entscheidung kommen können. Dabei wurde erkannt, daß sie nur eine limitierte Anzahl von Informationen aufnehmen und im Gedächtnis verarbeiten können, und daß sie Techniken entwickeln, diese nur limitiert aufgenommenen Informationen zu optimieren und zu nutzen. Eine zweite, eher methodologische Frage dabei ist, ob und wie sich diese Informationsverarbeitungsschritte und Entscheidungsfindungsstufen beschreiben und messen lassen können.

Obwohl es viele Erklärungsversuche zur Informationsverarbeitung gegeben hat, sind sich ForscherInnen darüber einig, daß es sich dabei um einen mehrstufigen Prozeß handelt. Der amerikanische Sozialpsychologe McGuire hat 1985 seine *Informations-/Kommunikations-Matrix* vorgestellt, die wegen ihrer Übersichtlichkeit und empirischen Unterlegung im folgenden dargestellt wird. Sie ist eine mögliche Grundlage für die Planung von Informations-, Einstellungs- und Verhaltensänderungsprogrammen, die je nach Ziel und Zielgruppe spezifisch benutzt und eingesetzt werden kann.

Damit eine Kommunikation einen Einfluß ausüben kann, müssen die potentiellen Empfänger 1. der Botschaft ausgesetzt sein (exposure); ihr dann 2. Aufmerksamkeit schenken (attending to it); und 3. genügend Interesse zeigen oder in Anspruch genommen oder verwickelt sein (sufficiently engaged). Wenn das Interesse geweckt ist, muß im 4. Schritt der Botschaftsinhalt verstanden werden (comprehending its content). Im 5. Schritt geschieht ein Abrufen und Erzeugen ver-

wandter Kognitionen (generating related cognitions). Wenn neue Handlungsmöglichkeiten oder Fertigkeiten erforderlich sind, müssen auf der 6. Stufe die entsprechenden Fähigkeiten gelernt werden (acquiring relevant skills); auf der 7. Stufe zeigen die EmpfängerInnen Einverständnis mit den die Botschaft unterstützenden Inhalten (agreeing with the communication position, attitude change). Laut McGuire kann erst jetzt mit einer Einstellungsveränderung gerechnet werden, wobei Einstellung (attitude) als Beurteilung gegenüber einem (gedanklichen) Objekt definiert wird.

Häufig enden Forschungsprogramme mit der durch Fragebögen vorgenommenen Messung dieser Einstellungsveränderung auf der siebenten Stufe. Dabei wird dann fälschlicherweise verfrüht und voreilig der Schluß gezogen, daß sich das eigentliche Verhalten ebenfalls bereits geändert habe oder eine solche Änderung zu erwarten wäre.

Laut McGuire sind jedoch für eine längerfristige Einstellungsänderung das Behalten oder die Speicherung der Veränderung auf der 8. Stufe notwendig (storing the change in memory, retention). In Entscheidungssituationen findet auf der 9. Stufe die Suche und das Auffinden überzeugender Argumente statt (retrieving the relevant material from memory). Auf der 10. Stufe wird dieses wiederaufgefundene Material für die Entscheidungsfindung eingesetzt (decision making on the basis of the retrieved material), und die 11. Stufe bedeutet die Durchführung des Verhaltens selbst im Einklang mit der Entscheidung (acting in accord with the decision made). Langfristiges

Ausüben des neuen Verhaltens geschieht durch eine Konsolidierung auf der 12. Stufe. Diese Konsolidierung geschieht u.a. dadurch, daß die nun ausgeübte Handlung als Möglichkeit in das eigene Überzeugungssystem eingebaut wird, durch wiederholtes Ausüben vom sozialen Umfeld wahrgenommen wird, das in der Folge unterstützendes und konsolidierendes Feedback geben kann.

McGuire hat die 12 Output- oder Planungs-Variablen als aufeinanderfolgende Schritte beschrieben, die die EmpfängerInnen durchlaufen, wenn Informationsverarbeitung stattfindet bzw. wenn eine Kommunikation einen verändernden Einfluß hat.

Damit das Modell als Planungshilfe für GesundheitsplanerInnen dienen kann, muß bei jeder Kampagne grundsätzlich geklärt worden sein: *wer sagt was mit welchem Medium zu wem auf welches Verhalten hin gerichtet?* Dies benennt McGuire als die Kommunikations-Input-Variablen. Die fünf Variablen kommen üblicherweise - wenn auch häufig unreflektiert - bei (Gesundheits-)Kampagnen vor und sollten bei der Planung auf jeder der 12 Stufen bewußt mitgedacht werden (siehe Abb.8):

- *Quelle der Information* (wer sagt: das lokale Gesundheitsamt);
- *inhaltliche Botschaft* (was wird gesagt: Kondombenutzung);
- *Kanal* (über welches Medium: mit Broschüren);
- *Empfänger* (zu wem: z.B. zu Jugendlichen) und das
- *Einzelziel* (mit welchem Nahziel: zunächst ein Problem wahrnehmen).

Kommunikations-Output	Kommunikations-Input				
= Planungsschritte / Grobziele Empfänger müssen ...	Quelle der Information	inhaltliche Botschaft	Kanal	Empfänger	Ziele
1. der Botschaft ausgesetzt sein					
2. ihr Aufmerksamkeit schenken					
3. an ihr Interesse zeigen					
4. sie verstehen					
5. vorhandene Kognitionen abrufen					
6. Fähigkeiten erwerben					
7. Einverständnis zeigen = Einstellungsveränderung					
8. die Veränderung speichern					
9. Relevantes im Gedächtnis finden					
10. eine Entscheidung fällen					
11. Handlung ausführen, sich verhalten					
12. konsolidieren					

Abb.8: Die Informationsverarbeitungs-/Kommunikations-Matrix als Planungstabelle (nach: McGuire 1985)

Obwohl die einzelnen 12 Output-Variablen und deren Abfolge fast mit dem „gesunden Menschenverstand“ erdacht werden könnten, gibt es eine Vielzahl von Gesundheits-, politischen oder anderen Kampagnen, in denen diese Reihenfolge nicht beachtet wird. Die analytische Abfolge muß nicht immer gradlinig sein, und es kann in dieser Reihenfolge Umkehrungen und Sprünge geben. Häufig sind in Kampagnen jedoch die entscheidenden ersten Schritte nicht beachtet oder ausgelassen worden, aber trotzdem werden signifikante Ergebnisse bzw. Konsequenzen der späteren Stufen (Einstellungs- oder sogar Verhaltensänderungen) erwartet.

Literatur: McGuire WJ, Public Communication as a Strategy for Inducing Health-Promotion Behavioral Change, in: Preventive Medicine, 1984, 13, 299-319; McGuire WJ, Attitudes and Attitude Change, in: Lindzey G / Aronson E (eds.), Handbook of Social Psychology, 3rd ed, New York 1985, chap. 19; McGuire WJ, Theoretical Foundations of Campaigns, in: Rice RE / Atkin CK (eds.), Public Communication Campaigns, Newbury Park 1989, 43-65

Annette C. Seibt

Kommunalpolitische Umsetzung der Gesundheitsförderung - Das Gesunde-Städte-Projekt in Deutschland

Die Ottawa-Charta aus dem Jahre 1986 ist bis heute das Konzept geblieben, das am greifbarsten das Verständnis, die Ziele und die Programmatik von Gesundheitsförderung beschreibt. Die Charta beschreibt die Voraussetzungen, die für die Entwicklung von aktivem, gesundheitsförderndem Handeln erforderlich sind. Wesentlichster Punkt dabei ist die Entwicklung einer kommunalen gesundheitsfördernden Gesamtpolitik. Der Gesundheitsbereich allein kann keine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik gestalten, weil letztlich in allen gesellschaftspolitischen Bereichen Entscheidungen getroffen werden, die sich gesundheitsfördernd oder gesundheitsbeeinträchtigend auswirken können.

Deswegen wollen die Kommunen, die sich auf das Leitbild „Gesunde Stadt“ verpflichtet haben, die gemeinschaftliche Verantwortung für die Schaffung gesundheitsfördernder Lebenswelten und

> Lebensweisen entwickeln. Das Bewußtsein über Gesundheit soll in der Gesellschaft so stark verankert werden, daß politische und wirtschaftliche Entscheidungen dieses Kriterium berücksichtigen. Somit ist dieses Leitbild ein Prüfstein städtischer Lebensqualität. Dieses ehrgeizige, eher visionäre Konzept ist nur dann umsetzbar, wenn es eine starke kommunalpolitische Unterstützung erfährt und seine Wirksamkeit durch gesundheitsfördernde Projekte und Aktivitäten belegt wird.

Bei dem Gesunde-Städte-Netzwerk der Bundesrepublik Deutschland, dem sich 36 Kommunen bis Mitte 1995 angeschlossen haben, steht deshalb die politische Unterstützung für kommunale Gesundheitsförderung durch den Rat der Stadt an erster Stelle des 9-Punkte-Programms, das den Beitritt ins Netzwerk regelt. Dieser Stadtratsbeschluß ist sowohl die „Eintrittskarte“ in das bundesdeutsche Gesunde-Städte-Netzwerk als auch eine notwendige Voraussetzung, um das kommunale Projekt zu befördern. Deshalb sollte dieser Beschluß neben der grundsätzlichen Befürwortung der Programmatik kommunaler Gesundheitsförderung die Zustimmung zur konkreten Konzeption der Ausgestaltung des kommunalen Projektes umfassen sowie Verabredungen über eine weitere Kommunikation und Information mit dem Stadtrat treffen.

Kommunale Gesundheitsförderung ist eine Querschnittsaufgabe. Deshalb ist das Arbeitsfeld Gesundheitsförderung auf die Schaffung identifizierbarer Orte und Strukturen in der Kommune angewiesen, die für diese Thematik stehen und sich dafür verantwortlich einsetzen.

Gesundheitsförderungskonferenzen sind ein Beispiel derartiger kommunaler Strukturen, deren Funktion es ist, diese Querschnittsaufgabe zu organisieren und die verschiedenen Institutionen und Initiativen in einer Kommune für eine aktive Mitarbeit zu ermutigen. Gesundheitsförderungskonferenzen verschaffen gesundheitsfördernden Aktivitäten oder Themen kraft ihrer multisektoralen Zusammensetzung (Ämter, Krankenkassen, Selbsthilfegruppen, Initiativen, Ärztekammer, Kassenärztliche Vereinigung, Volkshochschule, Gewerkschaften, Unternehmensverbände, Wohlfahrtsverbände usw.) eine breite kommunale Aufmerksamkeit. Damit wird der Stellenwert von Gesundheitsförderung in der öffentlichen Diskussion

verstärkt (die Weltgesundheitsorganisation fordert, Gesundheitsförderung auf die politische Tagesordnung zu setzen).

Durch Gesundheitsförderungskonferenzen wird das Bewußtsein für Gesundheitsförderung bei den beteiligten Institutionen geschärft. Die Grundsätze von kommunaler Gesundheitsförderung finden dort Eingang, denn Institutionen, die Mitglieder in Gesundheitsförderungskonferenzen sind, müssen sich schon allein aufgrund ihrer Mitgliedschaft mit diesem Gegenstand auseinandersetzen. Zur Kompetenz von Gesundheitsförderungskonferenzen gehört es, Kooperationsbereiche zu definieren und den Nutzen von Kooperation erfahrbar zu machen. Gesundheitsförderungskonferenzen wollen die vorhandenen personellen, fachlichen und finanziellen Ressourcen ihrer Mitglieder zusammenführen. Die Mitglieder sollen sich auf vordringliche Inhalte und konkrete Projekte verständigen, in die diese Ressourcen investiert werden (> Netzwerkförderung in der Gemeinde). Eine wichtige Hilfe für diese Verständigung ist die > Gesundheitsberichterstattung, deren methodisch abgesicherte Erkenntnisse die Erarbeitung von Prioritäten und Zielsetzungen ermöglichen.

Durch die wachsende Marktorientierung auch im Gesundheits- und Sozialbereich wird der Raum für gemeinsames Arbeiten jedoch kleiner. Ein augenfälliges Beispiel liefern dafür die Krankenkassen, die vom deutschen Gesetzgeber in einen zentralen Widerspruch gebracht worden sind. Auf der einen Seite werden sie in § 20 des Fünften Bandes des Sozialgesetzbuches (SGB V) im Feld der Gesundheitsförderung zur Kooperation gedrängt; auf der anderen Seite werden sie durch die Organisationsreform 1996, in der sich alle Versicherten ihre gesetzliche Krankenkasse frei wählen können, zu Konkurrenten. In der Praxis ist Gesundheitsförderung zu einem Wettbewerbsfeld geworden, in dem nicht selten Marketingstrategien den inhaltlichen Auftrag der §§ 20, 21 SGB V überlagern. Hier müssen in der dritten Stufe der Reform des Gesundheitsstrukturgesetzes Nachbesserungen durch den Gesetzgeber erfolgen. Die Gesundheitsministerkonferenz (GMK) hat bereits 1991 beschlossen, „daß die geforderte Zusammenarbeit aller Träger im Rahmen des § 20 ausgebaut wird und auch die Krankenkassen für Gemeinschaftsaktionen entsprechende Mittel baldmöglichst bereitstellen“. Wer-

den diese rechtlichen Voraussetzungen nicht geschaffen, drohen dem wegweisenden Konzept der Gemeinschaftsfinanzierung gesundheitsfördernder Strukturen durch die öffentliche Hand und die Kassen der gesetzlichen Krankenversicherung (wie z.B. in Hamburg) schwierige Zeiten.

Damit Gesundheitsförderung sich zu einem gesamtstädtischen Anliegen entwickeln kann, sind Strukturen erforderlich, die Bürgerinnen und Bürger bei ihrem Interesse für Gesundheitsförderung und bei der Gestaltung gesundheitsfördernder Aktivitäten zur Seite stehen. Engagierte Bürgerinnen und Bürger - wo immer sie leben und arbeiten in einer Stadt - setzen sich für die Beseitigung von Gesundheitsproblemen (z.B. Verkehrsberuhigung, Ernährung im Krankenhaus) ein. Dieses Potential an Verbesserungswillen, Initiative und Kompetenz muß unterstützt werden. In einigen Städten (z.B. Frankfurt, München, Hamburg) gibt es deshalb das Instrument von Servicestellen, die diese aktiven Bürgerinnen und Bürger in ihrer Arbeit stützen.

Bürgermitwirkung und die Mitgestaltung der eigenen Lebensumwelt dürfen aber kein Privileg für Bessergestellte sein. Damit soziale Ungleichheit sich nicht bis in die Bürgerbeteiligung hineinverlängert, brauchen wir eine hohe Aufmerksamkeit für Chancengleichheit auch in diesem Bereich. Deshalb müssen Unterstützungsaktivitäten dort konkret ansetzen, wo Bürgerinnen und Bürger leben, also im Stadtteil bzw. Wohnumfeld. Dafür gibt es in der Bundesrepublik Deutschland zahlreiche Beispiele (z.B. Braunschweig, München, Nürnberg, Köln, Halle, Hamburg). Wenn Kooperation, Bürgermitwirkung oder Ermutigung und Befähigung, wenn also Gesundheitsförderung zu einem Handlungsprinzip und Handlungsfeld in der Kommune aufgebaut werden soll, dann müssen sich die Institutionen im Gesundheitsbereich, seien es Gesundheitsämter oder Krankenkassen, darauf ein- bzw. umstellen. Gesundheitshäuser in Unna und Lünen als attraktive „Treffpunkte Gesundheit“, inmitten der Stadt gelegen, oder das Haus des Säuglings in Berlin-Charlottenburg (Treffpunkt rund um die Geburt) sind dafür gute Beispiele.

Eine möglichst professionelle und aktivierende Öffentlichkeitsarbeit hilft, das Thema „Gesunde Stadt“ im Bewußtsein der Bürgerinnen und Bürger wie auch der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Ämtern, Kassen, Verbänden usw. zu

verankern. Darüber hinaus wird eine öffentliche Profilierung der teilnehmenden Institutionen und Personen möglich und eine entsprechende Presseaufmerksamkeit erreicht. Insbesondere in diesem Zusammenhang können Politiker und Politikerinnen Aufgaben übernehmen, die die weitere Unterstützung für dieses kommunale Gesundheitsförderungsprojekt ermöglichen. Das „Heidelberger Mitmachfest“ unter dem Motto „Gesundheit zum Selbermachen“ oder die eintägige „Gesundsperrung“ und Zurückeroberung einer Hauptverkehrsstraße als Erlebnisraum unter dem Titel „Zukunft Straße“ in Hamburg sind dafür Beispiele, ebenso Aktionen wie die „Autodiät“ aus München, die zu einem achtmonatigen und M.O.V.E. (Mobil ohne viel Energieverbrauch) aus Berlin-Charlottenburg, die zu vierwöchigem Autoverzicht aufrufen.

Die Gesunde Städte-Politik lebt von der Balance ihrer beeindruckenden Ideen und den vielen, manchmal kleinen konkreten Beispielen guten Gelingens. Der Erfolg gerade dieser konkreten Beispiele wiederum kann der Gesunde Städte-Politik neue Schubkraft geben. Das Anliegen, Gesundheitsförderung zu einer Stadtkonzeption herauszuarbeiten mit dem Ziel, Entscheidungen, Planungen, Handlungen auf ihre Gesundheitsverträglichkeit auszurichten, ist in dieser umfassenden und anspruchsvollen Weise bisher nicht umgesetzt worden. Dafür verführt die Bindung an den Begriff „gesund“ zu stark dazu, dieses Projekt lediglich an den Gesundheitssektor zu verweisen und es eben nicht als eine gesamtstädtische Aufgabe zu begreifen. Möglicherweise würden hier Begriffe wie die „lebenswerte Stadt“, „mehr Lebensqualität in unserer Stadt“ oder „die Stadt der Zukunft“ eher diese Gemeinsamkeit stimulieren.

Literatur: Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen Düsseldorf (Hg.), Blickpunkt Gesundheitsamt 1/93; Conrad G (Hg.), Gesunde Städte - Ein Projekt wird zur Bewegung - Zwischenbericht über das Gesunde Städte-Projekt der Weltgesundheitsorganisation 1987-1990, Hamburg 1990; Gesunde Städte - Die Mailänder Erklärung 1990, in: Franzkowiak P / Sabo P (Hg.), Dokumente der Gesundheitsförderung, Mainz 1993, 114-117; Gesundheitsförderungskonferenz - Gesundere Zukunft für Hamburg, Jahresberichte 1993 ff.; Steen R, Gemeindenahe Gesundheits-

förderung, in: Knörzer W (Hg.), Ganzheitliche Gesundheitsbildung in Theorie und Praxis, Heidelberg 1994, 101-119

Norbert Lettau

Kompetenzförderung als Strategie der Gesundheitsförderung

In der juristischen Tradition, aus der der Begriff ursprünglich stammt, bedeutet Kompetenz die legitime „Zuständigkeit für ...“. Die gebräuchlichen Kompetenzkonzepte der Sozialwissenschaften gründen hingegen auf ein handlungsorientiertes Verständnis in der Bedeutung von „fähig zu ...“. Für die Gesundheitsförderung haben beide Bedeutungen Gewicht: Zuständigkeit für die eigene Gesundheit im Sinne von Verantwortlichkeit und Selbstbestimmung und die persönlichen Voraussetzungen und Fähigkeiten, diese Zuständigkeit auch wahrnehmen zu können. Bei jeder Diskussion über Kompetenz muß einerseits berücksichtigt werden, welche sozialen Bedingungen im Lebensumfeld und welche institutionellen Voraussetzungen im Bereich der Systeme, Einrichtungen und Dienste der Gesundheitsversorgung erfüllt sein müssen, damit entsprechende Fähigkeiten und Zuständigkeiten von den Menschen auch erworben und weiterentwickelt werden können. Andererseits ist zu beachten, welche Bedingungen im Lebensumfeld welche Kompetenzen oder „Schlüsselqualifikationen“ bei den betroffenen Personen erfordern bzw. voraussetzen (> Lebenslage).

In der Pädagogik und Gesundheitsförderung wird unter Kompetenz die Fähigkeit von Menschen verstanden, erworbene Fertigkeiten und soziale Regeln sowie Wissensbestände sach- und situationsgerecht sowie zum richtigen Zeitpunkt zum Erreichen eines, z.B. gesundheitsbezogenen, Ziels einzusetzen. In diesem Prozeß dienen Kompetenzen dazu, die äußeren Lebensumstände, die eigene Lebensgestaltung und alltägliche Interaktionen soweit als möglich zu kontrollieren („Kontrollkompetenz“), wie dies z.B. auch in den Kernaussagen der Ottawa-Charta gefordert wird (> Gesundheitsförderung III).

Die für die Bewältigung des Alltagslebens wichtigsten Kompetenzen sind soziale und kommunikative Kompetenz, Sprachkompetenz, Hand-

lungs- und Entscheidungskompetenz. Auf den Bereich der Gesundheitsförderung bezogen kann dies z.B. heißen:

- die Fähigkeit zur Aufrechterhaltung und Nutzung von sozialen Kontakten und zur Organisation von sozialer Unterstützung („social support“) im Falle von Lebenskrisen, Krankheit und Behinderung; das Geben- und Annehmenkönnen von Hilfe;
- die Fähigkeit und der Mut zum Ausdruck eigener Befindlichkeiten, Wünsche und Bedürfnisse, z.B. gegenüber MedizinerInnen und anderen Fachkräften im Gesundheitswesen;
- die Fähigkeit zur rechtzeitigen und gezielten Inanspruchnahme professioneller Hilfe; die Fähigkeit zur Abwägung individueller Gesundheitsrisiken und zur Umgestaltung der eigenen > Lebensweise in Richtung eines gesünderen Lebens;
- die Fähigkeit zur Bewältigung („Coping“) von kritischen Lebensereignissen und zum alltäglichen Leben mit Krankheit, Behinderung und altersbedingter Hilfebedürftigkeit (> Belastung und Bewältigung).

Die Entwicklung dieser Kompetenzen setzt voraus, daß das jeweils erforderliche Wissen, die sozialen Regeln und praktischen Fertigkeiten im Rahmen von Erziehungs-, Bildungs- und Sozialisationsprozessen erworben und eingeübt, korrigiert und (selbst-)kontrolliert werden können (> Empowerment). Aus den Untersuchungen zu > Gesundheit/Krankheit und sozialer Ungleichheit ist bekannt, daß die Chancen zum Kompetenzerwerb schicht- und lebenslagenspezifisch sozial ungleich verteilt sind. Aus dieser Erkenntnis wurden vor allem im Bereich der Schul-, Berufs- und Erwachsenenbildung sowie im Rahmen der Gesundheitsförderung spezifische Programme zur Kompetenzförderung entwickelt.

Bei der Kompetenzförderung wird zwischen zwei Aufgabenstellungen unterschieden, die in der praktischen Arbeit ein unterschiedliches Herangehen erfordern:

- die *Hilfe beim Aufbau noch nicht vorhandener Kompetenzen*: z.B. bei PartnerInnen, von denen eine/r pflegebedürftig wird, die Fähigkeit zur seelischen Verarbeitung, zum alltäglichen Umgang mit der Pflegebedürftigkeit, zur Inanspruchnahme zustehender Leistungen und vorhandener Betreuungs- und Fördermöglichkeiten;

z.B. bei suchgefährdeten Personen die integrierte Förderung spezifischer „Widerstandskompetenzen“ (gegen Suchtmittel oder sozialen Druck zum Suchtmittelkonsum) und das Verlernen gesundheitsschädlicher Verhaltensweisen;

- die *Wiederentdeckung und gezielte Förderung vorhandener, aber verschütteter Lebens- und Gesundheitskompetenzen*: z.B. die Fähigkeit älterer Menschen, für das Leben im Ruhestand alte, z.B. durch berufliche oder familiäre Belastungen in den Hintergrund gedrängte oder verlorengegangene Interessen und Aktivitäten wiederaufzunehmen, neue soziale Kontakte zu schließen, eine neue Sinnfindung für die Altersphase auf der Basis lebensgeschichtlich erworbener Erfahrungen zu gewinnen und im Sinne einer „Selbstsorge“ für die eigene Gesunderhaltung aktiv zu werden.

Beide Aufgabenstellungen erfordern, daß Kompetenzförderung im Zusammenhang von Lebenslage und > Lebensweise geschieht und nicht isoliert an einzelnen Verhaltensmerkmalen ansetzt. Damit stellt sie das Gegenbild zum individuums- und körperzentrierten „Defizitmodell“ in der Medizin, der Psychologie und der traditionellen > Gesundheitserziehung dar. Eine in diesem Sinne verstandene Gesundheitsförderung „unterstützt die Entwicklung von Persönlichkeit und sozialen Fähigkeiten ... durch die Verbesserung sozialer Kompetenzen wie lebenspraktischer Fähigkeiten. Dadurch stärkt sie die Möglichkeiten der Menschen, mehr Einfluß auf ihre eigene Gesundheit und ihre Lebenswelt auszuüben und ermöglicht ihnen zugleich, Entscheidungen zu treffen, die ihrer Gesundheit zuträglich sind“ (Ottawa-Charta 1986). Weiter zielt sie auf eine Förderung umfassender kompetenter Lebensgestaltung und allgemeiner Lebenskompetenzen („life skills“ zur konstruktiven, problemorientierten Bewältigung entwicklungsbedingter Belastungen und Aufgaben, wie etwa der Übergang von Statuspassagen) zur „Aufrechterhaltung eines selbständigen, aufgabenbezogenen und sinnerfüllten Lebens in einer anregenden, unterstützenden und die effektive Auseinandersetzung mit Aufgaben und Belastungen fördernden Umwelt“ (Erster Teilbericht der Sachverständigenkommission zur Erstellung des ersten Altenberichts der Bundesregierung 1990).

Relativ weit fortgeschritten ist die Entwicklung und Erprobung von Programmen der Lebenskompetenzförderung in der Suchtprävention und der Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter.

Eine diesen Zielsetzungen verpflichtete praxisbezogene Entwicklung von Programmen zur Kompetenzförderung muß unter Gesichtspunkten von Wirksamkeit und Akzeptanz entsprechender Maßnahmen Forschungsergebnisse aus drei Kernbereichen berücksichtigen. Erst dadurch sind die einzelnen Maßnahmen „anschlußfähig“ an die Lebenslage und das Alltagsleben der jeweiligen Zielgruppen bzw. können anschlußfähig gemacht werden:

- Untersuchungen zur schicht- und geschlechtsspezifischen Sozialisation, die die sozial ungleich verteilten Chancen zum Erwerb von Kompetenzen nachgewiesen haben;
- Erkenntnisse der Soziolinguistik und Forschungen zur kommunikativen Kompetenz, die gezeigt haben, daß und wodurch Sprechweisen und soziale Kompetenzen in verschiedenen sozialen Schichten einerseits durchaus milieugerecht als kompetent gelten, andererseits jedoch die Normalitätsstandards der in den modernen Industrie- und Dienstleistungsgesellschaften durchgesetzten Mittelschicht-Sprachcodes verfehlen und dadurch zu zusätzlichen Benachteiligungen führen;
- Ergebnisse der psychologischen Kompetenzforschung, die in ihrer entwicklungspsychologischen Akzentuierung Phasen des Erwerbs spezifischer Kompetenzen (z.B. die Entwicklung der moralischen Urteilsfähigkeit) untersucht hat und die Frage nach der Veränderung von Kompetenzprofilen im Lebensverlauf in Längsschnittuntersuchungen analysiert; damit werden altersphasenspezifische Handlungsmöglichkeiten, Bedürfnisse und Interessen aufgezeigt.

Wichtige Impulse für die Kompetenzdiskussion der letzten Jahre im Gesundheitswesen kommen vor allem aus der Gesundheitsselbsthilfe- und aus der Frauengesundheitsbewegung. Dabei wird die sozialpolitische Forderung nach „Selbstverantwortung“ vor allem als Eigenkompetenz im Umgang mit dem eigenen Körper, bei der Gesunderhaltung und der Bewältigung von Krankheit und Behinderung gesehen und die Expertenrolle von z.B. Medizin und Psychologie kritisch hinterfragt.

In der Gesundheitsforschung und -förderung hat die Einführung der Kompetenzperspektive wesentlich zum Abschied von der defizitorientierten Sichtweise auf Gesundheitsrisiken, Krankheiten und Behinderungen beigetragen. Insbesondere im Hinblick auf Gesundheit und Rehabilitation im Alter haben sich sowohl Forschung als auch gesundheitsfördernde Interventionen in den letzten Jahren verstärkt auf die systematische Förderung von verlernten, vorhandenen und lebensphasenspezifisch entwickelbaren Kompetenzen konzentriert. Im Hinblick auf die Inanspruchnahme sozialer und gesundheitlicher Hilfen hat die Kompetenzperspektive zur Entwicklung von „niedrigschwelligen“ Hilfe- und Beratungsangeboten geführt, wie z.B. Psychosoziale Kontaktstellen, Teestubenangebote für suchtkranke Menschen, Alten- und Service-Zentren und Seniorenbüros, Treffpunktangebote für psychisch kranke Menschen, Selbsthilfekontaktstellen, Rehabilitations-sportgruppen bei lokalen Sportvereinen.

Als Ergebnis der Bemühungen zur Gesundheitsförderung ist in weiten Bereichen der > Prävention und Rehabilitation eine verstärkte Orientierung auf Kompetenzförderung, Kontrollkompetenz über die eigene Gesundheit und positives Kompetenzerleben festzustellen. Kompetenzförderung ist nicht nur eine Aufgabe bei den AdressatInnen, sondern stellt auch eine ständige Herausforderung für die Akteure von Gesundheitsförderung (ProgrammplanerInnen und -gestalterInnen, kommunale NetzwerkerInnen, PolitikerInnen etc.) dar.

Literatur: Hurrelmann K et al. (Hg.), Handbuch der Sozialisationsforschung, Weinheim 1989; Hurrelmann K, Sozialisation und Gesundheit, Weinheim 1988; Künzel-Böhmer J et al., Expertise zur Primärprävention des Substanzmißbrauchs, Baden-Baden 1993; Trojan A (Hg.), Wissen ist Macht - Selbsthilfe in Gruppen, Frankfurt/M. 1986; Lehr U, Psychologie des Alterns, Heidelberg 1991; WHO, Ottawa-Charta der 1. Internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung, in: Franzkowiak P / Sabo P (Hg.), Dokumente der Gesundheitsförderung, Mainz 1993, 96-101

Ernst v. Kardorff

Krankheit

Krankheit ist im engeren medizinischen Sinn Behandlungs- und/oder Pflegebedürftigkeit, definiert durch das Vorhandensein von subjektiv empfundenen bzw. objektiv feststellbaren körperlichen, geistigen oder seelischen Veränderungen bzw. Störungen. In der Gesetzlichen Krankenversicherung ist Krankheit ein regelwidriger Körper- oder Geisteszustand, der Krankenpflege bzw. eine Heilbehandlung erfordert oder Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat. Arbeitsunfähig durch Krankheit ist ein Mensch, der nicht oder nur unter der Gefahr, seinen Zustand zu verschlimmern, fähig ist, seiner bisher ausgeübten Erwerbstätigkeit nachzukommen. In der Gesetzlichen Rentenversicherung ist Krankheit ein regelwidriger körperlicher oder geistiger Zustand, der eine Erwerbsminderung zur Folge hat: gleichgültig, ob ein/e Versicherte/r behandlungsbedürftig ist oder nicht.

Akute Krankheiten beginnen plötzlich, spitzen sich bis zu einem Höhepunkt bzw. einer „Krise“ zu und klingen dann in den Symptomen wieder ab. Sie klingen selber ab und/oder sind in der Regel meist medizinisch behandelbar und hinterlassen wenig Komplikationen und nur in Ausnahmefällen chronische Folgen. Chronische Krankheiten beginnen meist schleichend (> Risikofaktoren) und sind medizinisch schwerer oder nicht mehr behandelbar. Sie gehen oft mit Komplikationen bzw. Begleitkrankheiten einher und hinterlassen in der Regel dauerhafte Funktionsstörungen und Folgen bis zur Behinderung (z.B. bösartige Neubildungen, Rheuma, chronische Verschleißerkrankungen, koronare Herzerkrankungen, zerebrale Gefäßerkrankungen). Chronisch kranke Menschen sind im medizinischen und juristischen Sinn „auf nicht absehbare Zeit“ krank.

Aus der Medizinischen Soziologie ist eine dreistufige Ordnung bekannt, die auf die jeweils beteiligten persönlichen und gesellschaftlichen Bewertungsprozesse bei Krankheit aufmerksam macht:

- Krankheit im Sinne von „*disease*“; der Schwerpunkt liegt hier auf der biomedizinischen Beobachtung und Diagnostik von veränderten, „abnormen“ Zuständen bzw. Funktionsweisen des menschlichen Organismus; die entsprechenden Krankheitsbilder und -syndrome werden z.B.

klassifiziert in der International Classification of Diseases (ICD-9 bzw. ICD-10);

- Krankheit im Sinne von „*illness*“; der Schwerpunkt liegt hier auf der subjektiven Beobachtung und dem persönlichen Erleben von veränderten, „abnormen“ Zuständen bzw. Funktionsweisen des menschlichen Organismus; solche Beobachtungen und Zuschreibungen werden z.B. in regelmäßigen Umfragen über das Gesundheitsempfinden der Bevölkerung erhoben;
- Krankheit im Sinne von „*sickness*“; hier liegt der Schwerpunkt auf der gesellschaftlichen Zuschreibung der Krankheit; sie wird als soziales Phänomen definiert, das einhergeht mit einer Veränderung von sozialen Interaktionsmustern (> Strukturfunktionalistisches Krankheitsmodell der Soziologie).

Diese dreiteilige Differenzierung ist sowohl für die > Gesundheitswissenschaften als auch die Gesundheitsförderung von analytischer Bedeutung: für den Prozeß einer Erkrankung und ihrer persönlichen, sozialen und medizinischen Bewältigung können nicht allein (wie etwa in der klassischen > Gesundheitserziehung) die jeweiligen Akteure und Betroffenen verantwortlich gemacht werden. Auch die sozialen Konsequenzen der persönlichen und kulturellen Kontrollversuche bzw. Zuschreibungen von „Krankheit“ bzw. „Nicht-Krankheit“ werden in das Bewußtsein gerückt.

In der Gesundheitsförderung und den > Gesundheitswissenschaften werden Gesundheit und Krankheit nicht als alternative Zustände, sondern als gedachte Endpunkte eines gemeinsamen Kontinuums verstanden (> Gesundheits-Krankheits-Kontinuum). In der modernen Sozialpsychiatrie wird die Begrifflichkeit der „Krankheit“ teilweise ganz verworfen und ersetzt durch die „Kränkung“. Dabei wird allgemein unterschieden in Selbst-, Beziehungs- und Körperkränkungen. Wenn diese „Kränkungen“ in bestimmten biographischen Phasen auftreten, spricht man zusätzlich von Lebensalterskränkungen.

Literatur: Dörner K / Plog U, Irren ist menschlich, Bonn 1992, 7-21; Kaplun A (Hg.), Gesundheitsförderung bei chronischen Krankheiten, Heidelberg 1989; Schwarzer W / Grond E (Hg.), Einführung in die Sozialmedizin, Dortmund 1994; Pschyrembel - Klinisches Wörterbuch, Berlin 1993; Siegrist J, Medizinische Soziologie, München 1988, 181-207

Peter Franzkowiak

Kulturwissenschaftliche Perspektive in der Gesundheitsförderung

Die Bezeichnung „kulturwissenschaftlich/kulturologisch“ umfaßt jene Gruppe von wissenschaftlichen Disziplinen und Subdisziplinen, in denen die kulturelle Prägung als wesentliche Determinante menschlichen Verhaltens - und damit auch des Gesundheits- und Krankheitsverhaltens angesehen wird. Die kulturwissenschaftliche Perspektive hat ihre Wurzeln in der Kulturkritik, der Geschichtswissenschaft, der Sozial- und Kulturanthropologie sowie der Makrosoziologie. Das Kulturkonzept verweist auf eine komplexe und sehr umfassende Realität, jedem Kulturkonzept obliegen kollektive Dimensionen des menschlichen Bewußtseins. Kultur ist in diesem Zusammenhang nicht mit „Bildung“ gleichzusetzen. Kultur ist vielmehr die symbolische Repräsentation der Welt, das Gesamt von Normen, Werten und Traditionen, immanent in der Sozialisation von Menschen in historisch gegebenen Gesellschaften. Die gesellschaftliche Kultur reflektiert sich in unseren Ideen, Werten, Beziehungen und im Verhalten, in Attitüden, Bräuchen, der Ernährungsweise, technologischen Produkten u. a.

Die menschliche > Lebensweise ist eingebettet in die ganze Kultur und steht mit ihr in vielfältiger Wechselwirkung. Gesundheit und Krankheit werden beeinflusst durch die Kultur der jeweiligen Gesellschaft. Die Kultur beeinflusst z.B. sowohl das Begriffsverständnis von Gesundheit und Krankheit als auch die konkreten Lebenssituationen, in denen diese Bezeichnungen deutend verwendet werden. Das kulturelle Umfeld nimmt dabei Einfluß auf:

- die Wahrnehmung von Gesundheit und Krankheit;
- das Entstehen und die Verbreitung von Krankheiten;
- die Erfahrung, krank zu sein, und die Art und Weise, damit umzugehen;
- die Interpretation und das Umgehen mit Gefühlen und Schmerzen;
- die Entwicklung von gesundheits- und krankheitsorientierten Verhaltensgewohnheiten;
- den Lebensstil/die Lebensweise.

Daher kann Gesundheitsförderung die kulturwissenschaftliche Perspektive nicht unberück-

sichtigt lassen. Diese Perspektive betont, daß die gesellschaftliche Wirklichkeit und deshalb auch die Lebensweise ein historisch offener Prozeß ist.

Die kulturwissenschaftliche Perspektive strebt eine kritisch-reflexive Haltung zu den eigenen Erkenntnisgrundlagen in der alltäglichen Forschungspraxis an. Sie sucht nach Wegen, den soziokulturellen Einfluß auf die Interpretation von Lebenserscheinungen explizit zu machen und zu integrieren. Im Mittelpunkt des Interesses steht die Beziehung zwischen kultureller Prägung und Verhaltensdispositionen. Als kulturelle Einflüsse werden gesellschaftliche Werte, Normen, Ziele und Erwartungen gesehen, die einen motivbildenden Charakter haben und für die beteiligten Menschen handlungsbestimmend sind. Das Verhältnis zwischen bedingender Kultur einerseits und der Erfahrung und Verarbeitung von > Gesundheit und > Krankheit andererseits erscheint hier als komplex, dialektisch und multidimensional.

Die kulturwissenschaftliche Perspektive betont die komplexe Interaktion zwischen makro-soziologischen Prozessen, individueller Gesundheit und Krankheit. Das eröffnet Perspektiven einer realistischen Gesundheitspolitik, ganz im Sinne der Ottawa-Charta, in deren Konsequenz die Entwicklung von Strukturen für gesundheitsfördernde Interventionen zu verwirklichen ist. Der Einfluß dieser Perspektive ist in der Ottawa-Charta selbst auch deutlich nachweisbar (> Gesundheitsförderung III).

Die kulturwissenschaftliche Perspektive ist auch sehr nutzbar, wenn man gesundheitsfördernde Interventionen für Subkulturen (z.B. MigrantInnen) entwickeln will. Beispielsweise zeigt sich, daß mediterrane Menschen ein anderes Körperverständnis haben als NordeuropäerInnen. Menschen aus dem Mittelmeerraum benennen zumeist eine Vielfalt allgemeiner Symptome und Schmerzen bei der Anamnese von Gesundheitsbeschwerden, während nordeuropäische Menschen tendenziell versuchen, in ihrem Körper Prozesse spezifisch zu lokalisieren. Dieses Phänomen in der Charakteristik menschlichen Verhaltens hat zweifellos kulturelle Bezüge und resultiert vorrangig nicht aus differenzierten pathogenen Faktoren. Es ist auch für die Gesundheitsförderung von Bedeutung, v.a. wenn für erfolgreiche Interventionen Einsichten in Subkulturen erforderlich sind, so vergleichsweise bei Aids-PatientInnen und Drogenabhängigen. Die

Notwendigkeit einer interkulturellen Orientierung zeigt sich noch an einem weiterem Beispiel: gesundheitliche Informations- und Aufklärungsbroschüren sollten nicht „einfach“ in fremde Sprachen übersetzt werden, sie müssen vielmehr von den AdressatInnen eigenständig für den jeweiligen Kulturraum adaptiert werden.

Ergebnisse aus dieser Perspektive haben ermutigt, sich mit gesellschaftlichen Tabus auseinanderzusetzen, wie exemplarisch aus Studien zur Sexualität, zum Umgang mit Gefühlen, zu Machtverhältnissen oder zur sozialen Ungleichheit von Frauen und Männern bekannt wurde. Oft haben tabuisierende Formen bei der Behandlung von Problemen dazu beigetragen, den Gesundheitsaspekt zu vernachlässigen: Ist beispielsweise in einem Kulturkreis die Kommunikation über Sexualität und Verhütung weitgehend tabuisiert, sind massive Probleme bei der Akzeptanz und Implementation von Kondomprävention zur Verringerung der Aids-Gefahr zu erwarten. Diese Perspektive ist weiterhin nutzbar, um die Kommunikation zwischen verschiedenen Bevölkerungen zu verbessern (z.B.: „Versteht man in verschiedenen Ländern dasselbe unter Gesundheitsförderung?“ „Wird die Ottawa-Charta überall gleich interpretiert und umgesetzt?“). In einem Prozeß von zunehmenden weltweiten Kontakten und globaler ökologischer wie wirtschaftlicher Abhängigkeit ist die Optimierung von Kommunikation eine notwendige Bedingung für konstruktive internationale gesellschaftliche Entwicklungen - auch in der Gesundheitsförderung.

Literatur: Elias N, Über den Prozess der Zivilisation, 2 Bde., Frankfurt/M. 1976; Foucault M, Die Geburt der Klinik, Frankfurt/M. 1976; Helman C, Culture, Health and Illness, Bristol London 1984; Lafaille R / Fulder S (eds.), Towards a New Science of Health, London New York 1993

Robert Lafaille

Lebenslage

Mit dem Konzept „Lebenslage“ werden die gemeinsamen individuellen und infrastrukturellen Bedingungen der Lebenssituation der Mitglieder verschiedener relativ homogener sozialer Gruppen beschrieben. Es integriert verschiedene As-

pekte der sozialen Stellung von Individuen und Gruppen im Schichtungsgefüge der Gesellschaft. Lebenslage ist ein Schlüsselkonzept in der Gesundheitsförderung. Die Analyse von Lebenslagen ist eine gesundheitswissenschaftliche Strategie, um soziale, kulturelle und gesundheitliche Ungleichheiten zu erkennen, differenziert zu beschreiben und daraus Handlungsbedarf abzuleiten. Die Analyse von Lebenslagen bildet in der Gesundheitsförderung die notwendige Voraussetzung für eine zielgruppen- und milieugerechte Förderung von Kompetenzen, Ressourcen und Unterstützungsnetzwerken.

In den > Gesundheitswissenschaften und der Gesundheitsförderung stellt das Lebenslagenkonzept eine notwendige und differenzierende Ergänzung zu der Vielzahl sozialepidemiologischer Studien zum Zusammenhang von sozialer Lage, Beruf und Krankheit dar (> Gesundheit/Krankheit und soziale Ungleichheiten). Die Lebenslage bestimmt den jeweiligen Zugang zu Ressourcen wie Information, Bildung oder Gesundheitswissen sowie das persönliche und gruppenbezogene > Gesundheits- bzw. Krankheitsverhalten (> Kulturwissenschaftliche Perspektive).

Mit dem Lebenslagenkonzept wird eine umfassende und differenzierte Beschreibung ermöglicht, mit der die sozial ungleich verteilten Zugangschancen zu zentralen, für Lebensgestaltung, soziale Anerkennung, Status und Gesundheit bedeutsamen, Ressourcen aufgedeckt werden können: hierzu zählen Geld, Wohnung, Vermögen („finanzielles Kapital“), soziale Verbindungen, Unterstützungsnetze und soziale Kompetenzen („soziales Kapital“) sowie Bildung und Wissen („kulturelles Kapital“). Mit Hilfe einer derartigen „dichten Beschreibung“ (Geertz) lassen sich hilfebedürftige Lebenslagen von Individuen und Gruppen identifizieren und der jeweils spezifische Unterstützungs- und Förderbedarf ermitteln. Im Unterschied zu isolierenden, nur auf „Defizite“ oder „Probleme“ konzentrierten Konzepten der Medizin, Psychologie und Sozialpädagogik zielt das Lebenslagenkonzept auf die Gesamtheit und den Zusammenhang individueller und gruppenspezifischer Lebensverhältnisse. Damit wird ein erweiterter Blick auf vielfältige Ressourcen von Einzelnen und Gruppen in ihrem unmittelbaren Lebensfeld eröffnet, die mit Hilfe von Strategien der Gesundheitsversorgung und

-förderung zur Prävention, Rehabilitation und verbesserten Bewältigung gefährdeter und belasteter Lebenslagen erschlossen werden können.

Für die Gesundheitsförderung - dabei v.a. das Ziel gesundheitlicher Chancengleichheit - ist besonders relevant, daß das Konzept der Lebenslage sozial und zeitlich ungleich verteilte Teilhabechancen am gesellschaftlichen Leben und besonders auch an gesundheitsrelevanten Aspekten identifizieren kann (z.B. den Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen, gesunde Ernährung oder gesundheitsgefährdende Arbeitsplätze). Im einzelnen werden die folgenden Dimensionen berücksichtigt:

- *Merkmale vertikaler sozialer Ungleichheit*, wie Herkunft, Bildung, Berufsposition, Einkommen und Vermögen, wie sie in den traditionellen soziologischen Konzepten der sozialen Schichtung beschrieben werden;
- *Merkmale sogenannter horizontal disparitärer Lebenslagen*, die sich quer zur vertikalen Schichtung bewegen. Dazu gehört z.B. das Leben mit Behinderung, chronischer Krankheit und Pflegebedürftigkeit mit seinen Konsequenzen erhöhter finanzieller Belastungen bei gleichzeitiger Einschränkung oder Ausschluß von Erwerbstätigkeit, einem beständigen Angewiesensein auf Fremdhilfe und einer häufig gegebenen Abhängigkeit von staatlichen Transferleistungen, wie Arbeitslosen- und Sozialhilfe („institutionenabhängige Lebenslagen“ nach Beck);
- *lebensphasenspezifische und in der Regel zeitlich begrenzte soziale Benachteiligungen und Gefährdungen*, wie sie sich etwa für den Status von SchülerInnen, Auszubildenden und pflegebedürftige Menschen, aber auch für alleinerziehende Elternteile oder für ältere ArbeitnehmerInnen auf dem Arbeitsmarkt ergeben;
- *Merkmale von Lebenslagen, die ökonomisch, sozial, geschlechtsspezifisch und kulturell diskriminert sind*, wie z.B. Frauen auf dem Arbeitsmarkt, AusländerInnen und AsylbewerberInnen, Aids-Kranke, Obdachlose, Straftäter, psychisch kranke Menschen und Menschen mit Behinderungen).

Eine aus diesen vielfältigen Aspekten zusammengesetzte defizitäre Lebenslage schränkt in erheblichem Umfang die individuellen Handlungsspielräume sowie die Lebenschancen ein. Das gilt

etwa für den Zugang zu Bildung, zu gesellschaftlichen Positionen, zur medizinischen Versorgung und zu den Möglichkeiten von Selbsthilfe oder Selbstverantwortung im Gesundheitsbereich (z.B. bei gesunder Ernährung oder in der Bewältigung von Risiken, Krankheiten oder Behinderungen).

Das integrative Verständnis des Lebenslagenkonzeptes reagiert auf allgemeine Phänomene des gesellschaftlichen Wandels - insbesondere auf die Pluralisierung von Lebenslagen und Lebensentwürfen und eine von den Soziologen Hradil und Berger mit dem Schlagwort „Entstrukturierung von Klassengesellschaften“ beschriebene Entwicklung. Der spezifische Gewinn des Konzeptes „Lebenslage“ für die Gesundheitsförderung besteht in einem genaueren Bedingungswissen über die besonderen Notwendigkeiten und Bedürfnislagen der Menschen, die sich in einer der beschriebenen Lebenslagen befinden.

Eine Gefahr dieses Konzeptes besteht darin, daß generelle Aspekte sozialer Ungleichheit, die sich auch in den Leistungen und der Praxis der Systeme gesundheitlicher Sicherung ausdrücken (Stichwort „Zwei-Klassen-Medizin“) nicht mehr politisch diskutiert und angegangen, sondern auf der Ebene von administrativen und fachlichen Projekten im Sinne nachträglichen Reagierens behandelt werden. Dieser Gefahr kann auf lokaler Ebene durch präventiv ausgerichtete Gesundheitsprojekte zumindest teilweise gegengesteuert werden, indem Gesundheitsprobleme etwa von Obdachlosen im Zusammenhang kommunaler Wohnungspolitik, Krankheiten und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen als Problem mangelnder bzw. verfehlter Kinder- und Jugendpolitik politisch thematisiert werden.

Für die Gesundheitsförderung bedeutet die Berücksichtigung des Lebenslagenkonzeptes den Abschied von unspezifischen und generellen Förderprogrammen. Im Gegensatz dazu besteht die Notwendigkeit zur Entwicklung differenzierter Förderkonzepte,

- die auf die konkrete Lebenssituation von Einzelnen und Gruppen in lokalen Kontexten abgestimmt sind (> Zielgruppen/Adressaten),
- die dort vorhandenen Ressourcen systematisch zu erschließen versuchen (> Belastung und Bewältigung, > Protektivfaktoren) und
- die unterschiedlichen kulturellen Bedürfnisse,

wie sie in milieuspezifischen Lebenslagen zum Ausdruck kommen, anerkennen (> Kulturwissenschaftliche Perspektive).

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 an derartigen gemeindemedizinischen und gemeindepsychologischen Projekten zur Gesundheitsförderung (> Partizipation).

Erfolgversprechende Ansätze einer lebenslagenbezogenen Gesundheitsförderung sind z.B. die verschiedenen Projekte im Rahmen des Gesunde-Städte-Programms der WHO. So werden im Münchener Projekt Strategien der Gesundheitsförderung für Kinder entwickelt, die u.a. Aspekte der Verkehrssicherheit, Möglichkeiten für Spielplätze, spielerische Erschließung gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen, Förderung sozial-kommunikativer Kompetenzen, Unterstützung, Beratung und Entlastung von Eltern berücksichtigen (> Gemeindeförderung, > Setting-Ansatz, > Soziale Netzwerke und Netzwerkförderung).

Literatur: Beck U, *Risikogesellschaft*, Frankfurt/M. 1986; Berger PA / Hradil S (Hg.), *Lebenslagen, Lebensläufe, Lebensstile*, Göttingen 1990; Bourdieu P, *Ökonomisches Kapital, soziales Kapital, kulturelles Kapital*, in: Kreckel R (Hg.): *Soziale Ungleichheiten, Soziale Welt, Sonderband 2*, Göttingen 1983; Stark W (Hg.) *Lebensweltbezogene Prävention*, Freiburg 1989

Ernst v. Kardorff

Lebensstil / Lebensweise

Der Lebensstil-/Lebensweisenansatz wurde Anfang der 80er Jahre von der WHO in die Konzeptentwicklung der Gesundheitsförderung eingeführt. Unter Lebensstilen/Lebensweisen versteht man die Gesamtheit der alltäglichen Lebensvollzüge, wie sie auf dem Hintergrund historisch entstandener kultureller Muster und Deutungsschemata die Praxis gruppenspezifischer und individueller Lebensplanung und -gestaltung sowie die Formen der Bewältigung von Lebenskrisen und „kritischen Lebensereignissen“ (z.B. Tod eines Partners, Arbeitslosigkeit, Unfall, Krankheit) prägen. Lebensweisen umfassen alltägliche Routinen wie Haus-

haltensführung, Verhalten am Arbeitsplatz, Konsumgewohnheiten, Gestaltung sozialer Kontakte, Freizeitverhalten, Erziehungspraktiken, Ernährung, Gesundheits- und Altersvorsorge, laienmedizinische Behandlung von Krankheiten, ritualisierte Formen von Abschied und Trauer, Zeigen von Zugehörigkeitssymbolen wie Kleidung, Wohnungseinrichtung usw. Miteinbezogen sind aber auch gewohnte Formen der Inanspruchnahme sozialstaatlicher Leistungen und professioneller Hilfe. Beobachtbares Verhalten wird nicht als beliebig angesehen, sondern als Ausdruck einer sozio-kulturell gewachsenen und individuell relativ konsistenten Lebensweise. Diese vertrauten Praktiken des Alltags zeichnen sich durch Beharrlichkeit und Widerstandskraft gegenüber Veränderungen aus. Sie vermitteln Stabilität, Erwartbarkeit und Sicherheit im Alltag und sind normativ in gemeinsam geteilte Werten, Normen, Sprachformen, Interaktionsritualen eingebunden. Über Sozialisationsprozesse vermittelt, sind sie stark im Gefühls-haushalt der Menschen verankert. Veränderungen in Lebensstil/Lebensweise sind eng mit allgemeinen Prozessen des gesellschaftlichen Wandels verbunden und zeigen sich in funktionalen Anpassungsleistungen an veränderte Lebens- und Arbeitsbedingungen. Dies bedeutet, daß Gesundheitsförderung den gruppenspezifischen und individuellen Sinn gesundheitsschädlichen Verhaltens und seine funktionale Bedeutung im Lebenszusammenhang im Kontext derartiger Anpassungsleistungen entschlüsseln muß.

Die in den jeweiligen Lebensstilen/Lebensweisen zum Ausdruck kommenden Orientierungen bieten Individuen und sozialen Gruppen Bezugspunkte zur Herausbildung, Bestimmung und Stabilisierung persönlicher und sozialer Identität sowie zur Einordnung ihres Lebens in einen übergreifenden Sinnzusammenhang. Die darüber hergestellte „Ganzheitlichkeit“ liegt auch dem von der Weltgesundheitsorganisation vertretenen Lebensweisenkonzept zugrunde. In der Gesundheitsförderung wurde diese ganzheitliche Auffassung von „Lebensweisen“ ursprünglich als Gegenkonzept zu den epidemiologisch bestimmten, isolierten „Risikoverhaltensweisen“ der Präventivmedizin (> Risikofaktoren, > Prävention) formuliert. Damit erhält das Lebensstil/Lebensweisenkonzept im Rahmen einer Kritik an der > gesund-

heiterzeriherischen Verkürzung von Gesundheitsverhalten auf die individuelle Kontrolle gesundheitsschädlicher Verhaltensweisen eine strategische Bedeutung für die Gesundheitsförderung: Einzelne gesundheitsschädigende Verhaltensweisen, die im anglo-amerikanischen Sprachraum als Merkmale von „life-styles“ gelten oder Erscheinungen der Mode werden in diesem weit gefaßten und integrativen Lebensstil-/Lebensweisenkonzept verstehbar. Sie werden von den Menschen in ihre jeweilige Lebensweise integriert und lassen sich nicht isoliert, für sich genommen betrachten, verändern oder eliminieren.

Lebensstile/Lebensweisen sind eng mit lebensphasenspezifischen und über die Orientierung an Bezugsgruppen verbundenen Phänomenen der sozialen Anpassung und des sozialen Gruppendrucks verknüpft, dessen Befolgung Anerkennung und soziale Einbindung sichert (z.B. Alkoholkonsum in geselliger Runde) und dessen Nichtbefolgung mit der Gefahr sozialer Ausgrenzung verbunden ist. Für Gesundheitsförderung weist dies in Richtung der Entwicklung von gruppenbezogenen Strategien, in denen alternative gesundheitsfördernde Verhaltensweisen erlernt werden können. Dies geschieht etwa in Gesundheitsselbsthilfegruppen bzw. in der Jugendgesundheitsbildung oder wird mit krankheitsbezogener Tertiärprävention, wie z.B. in Koronarsportgruppen, versucht.

Lebensstile/Lebensweisen ändern sich in der Regel nicht im Ganzen; sie sind aber auch kein geschlossenes dogmatisches System. Inkonsistenzen und Bruchlinien, die durch die Ungleichzeitigkeit sozialer Entwicklungen erzeugt werden, bilden Ansatzpunkte für gesundheitsbezogene Veränderungsbemühungen. So können etwa in Eltern-Kind Gruppen neue Formen der Gesundheitsbildung, der Ernährung, des Umgangs mit Konflikten erprobt werden, die als Modelle eines gesunden Lebens auch weitergehende Ausstrahlungswirkungen haben können.

Im Unterschied zu der psychologischen „lifestyle“-Forschung und zum > Risikofaktorenkonzept richtet sich das sozialwissenschaftliche Lebensstil-/Lebensweisenkonzept in erster Linie auf die sozialen Rahmenbedingungen gesundheitsschädigender Verhaltensweisen. Damit relativiert es die häufig mit Schuldzuweisungen und moralischer Diskriminierung verbundene Zuschreibung

individueller Verantwortung für gesundheitsriskantes Verhalten. Mit Hilfe des Lebensstil-/Lebensweisenkonzeptes können stattdessen Strategien der Gesundheitsförderung zielgruppenspezifisch konzipiert und mit den emotionalen Bindungen an Lebensgewohnheiten verknüpft werden.

Das Lebensstil-/Lebensweisenkonzept zeigt, daß einzelne gesundheitlich relevante Verhaltensweisen in ein komplexes Gesamtmuster von Praktiken, Einstellungen, Werthaltungen und Gefühlslagen eines (milieutypischen, geschlechtsspezifischen, aber auch lebensphasenabhängigen) Lebensstils eingebunden sind und nicht isoliert veränderbar sind. Die Einbindung des Lebensstil-/Lebensweisenkonzeptes in die Gesundheitsförderung erfordert eine verstärkte soziale Differenzierung von Gesundheitshilfen und > Gesundheitsbildung und eröffnet zugleich Chancen zu einer wirkungsvolleren Prävention.

Literatur: Berger PA / Hradil S (Hg.), Lebenslagen, Lebensläufe, Lebensstile, Göttingen 1990; Hurrelmann K / Laaser U (Hg.), Gesundheitswissenschaften, Weinheim 1993; Wenzel E, Die Auswirkungen von Lebensbedingungen und Lebensweisen auf die Gesundheit, in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.), Europäische Monographien zur Forschung in Gesundheitsförderung 5, Köln 1983, 1-18

Ernst v. Kardorff

Lern- und verhaltenstheoretisches Krankheitsmodell

Das lern- und verhaltenstheoretische Krankheitsmodell beruht auf der Annahme, daß psychische und psychosomatische Störungen bzw. Krankheitsprozesse durch Lernvorgänge im Wahrnehmen, Denken, Erleben und Verhalten entstehen. Das Lernen von gestörten oder abweichenden kognitiven Einstellungen und Verhaltensstörungen erfolgt unter empirisch beschreibbaren Bedingungen. Das Verhalten eines Menschen wird mit Bezug auf seinen/ihren Organismus und in Interaktion mit seinem/ihrer engeren sozialen Kontext beschrieben. Einmal erlernte Verhaltens- und Einstellungsmuster werden prinzipiell als wieder verlernbar angesehen. Alle lern- und verhaltenstheoretisch begründeten Interventionen, ob mit präventiven

oder therapeutischen Zielsetzungen, gehen von der Veränderbarkeit von Menschen und ihrer Umwelt aus.

Die Prozesse des Lernens und Verlernens können mit lern- und verhaltenstheoretischen Erklärungen über Reiz-Reaktions-Beziehungen beschrieben und gesteuert werden. Die wichtigsten Lern- und Verlernvorgänge im Modell sind:

- klassisches Konditionieren (Signallernen);
- operantes Konditionieren (instrumentelles Lernen, Lernen durch Verstärkung);
- Modellernen (Lernen am Verhaltensvorbild);
- kognitives Einstellungslernen (negative Selbstinstruktionen).

In verhaltenstheoretisch begründeten Interventionen wird angestrebt, abweichende oder selbstschädigende Muster der Wahrnehmung, des Denkens, des Verhaltens und der zwischenmenschlichen Interaktionen durch gegenläufiges Lernen entweder einzuschränken, mit alternativen Verhaltensmustern zu ersetzen oder ganz zu „löschen“. Selbstschädigende Einstellungs- und Verhaltensmuster (z.B. Angstattacken oder negatives Gesundheitsverhalten) können gedanklich (kognitiv), emotional und durch das Praktizieren von Alternativverhalten neutralisiert werden. Weiterhin werden Techniken der gedanklichen und gefühlsmäßigen Neubewertung von auslösenden Situationen bzw. verstärkenden Bedingungen eingesetzt.

Bei präventiven oder therapeutischen Interventionen werden sowohl die Diagnose als auch die Planung einzelner (Ver-)Lernschritte spezifisch für den einzelnen Betroffenen bzw. eine abgegrenzte Gruppe entwickelt. Am Anfang steht eine differenzierte Analyse der Verhaltensdispositionen, der Umweltbedingungen und der Konsequenzen des problematischen Verhaltens bzw. der schädlichen Wahrnehmungs- und Einstellungsmuster. In der Verhaltensgleichung nach Kanfer (Abb.9) werden das Verhalten selbst (R) und seine Auslöserreize (S), seine Verstärker (K) und deren Einsatzbedingungen („Kontingenzen“ - C), die Verhaltenskonsequenzen (C) sowie die bestehenden organismischen Bedingungen (O) erhoben und zu einer „funktionalen Bedingungsanalyse“ zusammengefügt.

Von Wichtigkeit für die Gesundheitsförderung ist eine Auseinandersetzung mit dem Menschenbild des lern- und verhaltenstheoretischen Krank-

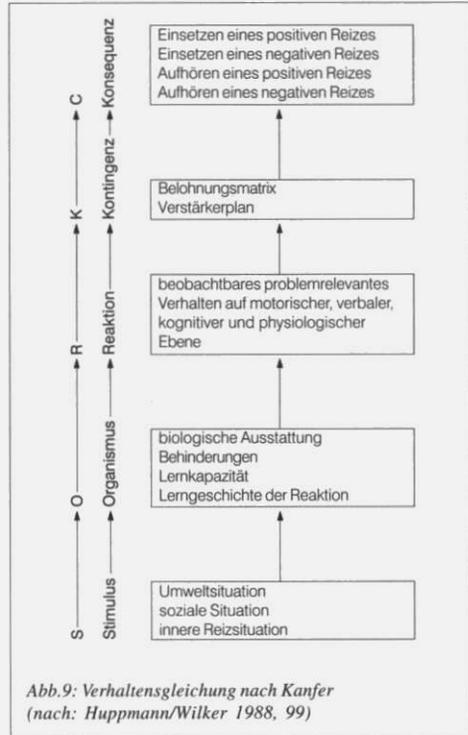


Abb.9: Verhaltensgleichung nach Kanfer
(nach: Huppmann/Wilker 1988, 99)

heitsmodells. In den neueren „postbehavioristischen“ Vorstellungen wird von aktiv handelnden, denkenden und fühlenden Menschen ausgegangen, die zur Selbstveränderung und Selbststeuerung fähig sind bzw. dazu befähigt werden können. Das verhaltenstheoretische Krankheits- und Veränderungsmodell gewinnt zunehmend an Bedeutung in der modernen, nicht von der Psychoanalyse dominierten > Psychosomatik. Einzelne Aspekte des Modells fließen in die Modellbildungen zu > Belastung und Bewältigung, in die > Soziale Lerntheorie und die interdisziplinären > Gesundheitswissenschaften ein.

Kritisch nachzufragen bleiben:

- das positivistische Menschen- und Gesellschaftsbild der klassischen Lern- und Reiz-Reaktions-Theorien;
- das Fehlen eines langfristigen entwicklungspsychologischen Modells (in der Regel werden nur kurz- und mittelzeitige Lernsequenzen untersucht);
- die eingeschränkte Wahrnehmung der gesellschaftlichen Seite des Sozialisationsprozesses.

Der Entwicklungsforscher Tillmann spricht von einem „blinden Fleck“ der Lern- und Verhaltenstheorien, da in ihnen soziale und ökologische Zusammenhänge entweder nicht thematisiert oder auf Reize bzw. Kontingenzen verkürzt würden. Für gesundheitsförderliche Interventionen zur > Verhältnisprävention erscheinen die Lern- und Verhaltenstheorien daher nur eingeschränkt anwendbar.

Sie werden jedoch oft als Grundlage von „verhaltenspräventiven“ Maßnahmen in der > Gesundheitserziehung herangezogen und haben in diesem Rahmen ihre Tauglichkeit unter Beweis gestellt, z.B. bei Raucherentwöhnungstrainings oder dem Erlernen von Entspannungstechniken. Methodisch bedeutsam sind hier auch die „funktionalen Bedingungsanalysen“, die jeder Aktion vorausgehen müssen. Damit steht eine Analyse- und Veränderungsmethode zur Verfügung, die die Wechselwirkung von Organismus-, Verhaltens- und Umweltbedingungen empirisch nachprüfbar abbildet und entsprechende Veränderungen präzise dokumentiert.

Literatur: Fliegel S et al., Verhaltenstherapeutische Standardmethoden, Weinheim 1994; Novak P, Erklärungsmodelle von Krankheit und Kranksein, in: Huppmann G / Wilker FW (Hg.) Medizinische Psychologie Medizinische Soziologie, München 1988, 173-178; Reinecker H, Grundlagen der Verhaltenstherapie, Weinheim 1994; Tillmann KJ, Sozialisationstheorien, Reinbek 1989, 71-82

Peter Franzkowiak

Medienanwaltschaft „Media Advocacy“

Medienanwaltschaft ist eine Strategie, die öffentlichen und privaten Medien als Informationsträger und Ressource für soziale sowie gesundheitliche Anliegen gezielt zu nutzen. Ziel ist, die Bevölkerung durch Anwaltschaft gegen die Interessen derer zu verteidigen, die die Medien gebrauchen oder „kaufen“, um ihre „ungesunden“ Einstellungen und Produkte bekannt und beliebt zu machen. Dabei wird davon ausgegangen, daß die öffentlichen Medien einen starken Einfluß darauf haben, welche Themen in der breiten Bevölkerung als

wichtig erachtet und damit diskutiert und folglich auf politischer Ebene „behandelt“ werden. Was (und wie) die Medien melden, bestimmt den Rahmen der öffentlichen Diskussion und verändert und verleiht den dargestellten Quellen, Themen und Standpunkten Legitimität.

Medienanwaltschaft wird eingesetzt, um Druck für gesundheitliche und sozialpolitische Veränderungen zu erzeugen. Zielgruppe sind dabei nicht die einzelnen „sich fehlverhaltenden“ Individuen (z.B. RaucherInnen oder TrinkerInnen), sondern diejenigen, die eine gesellschaftliche Gesundheits- oder Krankheitsverantwortlichkeit für die Bevölkerung haben und die den Rahmen und die Bedingungen für entsprechendes Verhalten setzen können. Dieses sind PolitikerInnen, Entscheidungs- und Führungskräfte oder sonstige MachtinhaberInnen, deren Entscheidungen das physische, legale und soziale Umfeld beeinflussen und die Strukturen vorgeben, innerhalb deren die einzelnen ihre Gesundheitsentscheidungen treffen.

Beispielsweise zielt Medienanwaltschaft nicht darauf ab, die vorrangige Verantwortung für ungesunde Ernährung bei den individuellen Verbrauchern zu suchen, die ungesunde Waren kaufen, sondern bei denen, die das Produkt herstellen, vertreiben oder verkaufen (lassen).

Medienanwaltschaft ist notwendig in einer Kultur, in der Risikoverhalten (Drogen-, Zigaretten- oder Alkohol-)Abhängigkeiten eher als ein individuelles Problem oder persönliches Versagen angesehen werden („blaming the victims“) denn als eine soziale Bedingung. Hersteller von Alkoholika und Tabakprodukten benutzen in ihren Werbestrategien diese Einstellung, indem sie die individuelle und freie Entscheidung für das jeweilige Konsumverhalten betonen („Ich rauche gern“, „test“ diese Marke) und auf kritische Anfragen hin behaupten, daß Menschen in ihrem besten eigenen Interesse handelten („man gönnt sich ja sonst nichts“) und daher eventuelle Risiken in vollem Einverständnis und freiwillig eingingen.

Medienanwaltschaft wurde Ende der 80er Jahre von KommunikationsforscherInnen in den USA als Strategie entwickelt, Wissenschaft und Politik zu verbinden und an Werten wie sozialer Gerechtigkeit und Chancengleichheit zu bemessen. Wenn ein Thema es erfordert, sind die Medienadvokaten bereit, die Widersprüche und Werte-

konflikte des sozialpolitischen Marktes offenzulegen und den politischen Charakter und damit die Auswirkungen von öffentlichen gesundheitspolitischen Entscheidungen explizit zu machen.

Gegenwärtig richten sich Medienanwaltschaftskampagnen hauptsächlich gegen Zigaretten- und Alkoholwerbung und -Konsum. Für diese Kampagnen werden u.a. die folgenden Strategiekomponenten eingesetzt:

1. *Kreative Epidemiologie (creative epidemiology)*: Wissenschaftlich solide Daten werden gesammelt und so „übersetzt“, daß sie die Medien interessieren und folglich der Öffentlichkeit in einer provokativen Weise präsentiert werden; ein klassisches Beispiel für den Einsatz kreativer Epidemiologie war der von der Amerikanischen Krebsgesellschaft (American Cancer Society) benutzte Slogan: „ein Tausend Menschen hören täglich auf zu rauchen - indem sie sterben. Dies entspricht dem Absturz von zwei vollbesetzten Jumbos ohne Überlebende“. In diesem Beispiel wird trockenes Zahlenmaterial provokativ dargestellt und in einen Kontext gesetzt, den sich alle bildlich vorstellen können. Flugzeugunglücke sind drastisch publizierte Ereignisse und erwecken Assoziationen von Feuer und Rauch, Leiden und Tod. Die affektiven Assoziationen sind gewollt und setzen die Aura des Zigaretten-Rauchens in einen unangenehmen und anderen Kontext als den von Freiheit, Sex oder Abenteuer.

2. *Den Verständnisrahmen neu setzen (framing)*: Eine weitere Strategiekomponente zielt auf die (Re-)Konstruktionen von assoziierten Vorstellungen oder Umdeutungen von Symbolen, die an grundsätzliche menschliche Werte oder tiefste Überzeugungen appellieren. Ein klassisches Beispiel dafür ist der Ge-(oder Miß-)brauch des Begriffs Freiheit. Produzenten von z.B. Zigaretten stellen sich selbst gerne in Assoziation mit Freiheit oder als Verteidiger freier Entscheidungsmöglichkeiten dar, während sie die Anti-Raucher Gruppen als intolerante und radikale Zensoren individueller Entfaltungsmöglichkeiten bezeichnen. Dadurch bewirken sie, daß Angriffe auf ihr Produkt zu einer Frage von Grundrechten und Zivilisiertheit werden. Sie verschieben damit den Verständnisrahmen, in welchem diese Frage sonst diskutiert würde - nämlich als Gesundheitsangelegenheit. Wer es schafft, den Ver-

ständnisrahmen für ein Thema zu setzen, kann folglich die primären Diskussionsinhalte vorgeben.

3. *Meldungen kreieren*: Diese Komponente benutzt zufällige oder inszenierte Anlässe, die Aufmerksamkeit der Medien zu bekommen und diese dazu zu bringen, entweder bisher kaum Beachtetes zu berichten oder bereits Bekanntes von einem neuen Blickpunkt her zu beleuchten. Beispielsweise wurde die jährliche Herausgabe des Jahresberichtes von Tabakfirmen in Australien zum Anlaß genommen, einen zusätzlichen „Geschäftsbericht“ zu lancieren, der die Anzahl der Sterbe- und Krankheitsfälle für jede einzelne Zigarettenmarke im vergangenen Geschäftsjahr publizierte.

Bei Medienanwaltschaft kann es auch darum gehen, skandalöse Werbung zu karikieren. JournalistInnen sollen dabei gewonnen und „eingespannt“ werden, über Gesundheitsanliegen interessant zu berichten, wofür ihnen „Munition“ gegeben wird. In diesem Sinne ist die Medienanwaltschaft sowohl eine Weiterentwicklung herkömmlicher Methoden der Public Relations, die sich Public Health-Anliegen im Zusammenhang mit sozialer Verantwortung zum Thema gemacht hat (<Anwaltschaft) als auch eine Anwendung der Kommunikationsforschung auf den Bereich der Gesundheitsförderung. In Europa ist diese Strategie für Gesundheitsanliegen bisher kaum genutzt worden. Aus dieser Region sind eher Beispiele auf kultureller oder politischer Ebenen bekannt, wie z.B. die Bildung von Menschenketten oder Öffentlichkeitsaktionen von Greenpeace.

Literatur: Wallack L et al, Media Advocacy and Public Health. Newbury Park 1993; Wallack L, Media Advocacy - Promotion Health Through Mass Communication, in: Glanz K et al (eds.), Health Behavior and Health Education - Theory Research and Practice. San Francisco 1990, chap. 16

Annette C. Seibt

Modell der Gesundheitsüberzeugungen „Health Belief Model“

Das Modell der Gesundheitsüberzeugungen („Health Belief Model“) wurde in den 50er Jahren entwickelt und war der Versuch, die Bedin-

gungen und Gesetzmäßigkeiten zu beschreiben, die Menschen dazu motivierten bzw. daran hinderten, an (häufig kostenlosen) Vorsorgeuntersuchungen oder Screening-Kampagnen (z.B. Tuberkulose, Krebs, Schutzimpfungen) teilzunehmen oder ihre Kinder teilnehmen zu lassen. Anlaß war die geringe Beteiligung der Bevölkerung an diesen Angeboten des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in den Vereinigten Staaten. Das Modell ist aus seiner Entstehungszeit heraus zu verstehen, als angenommen wurde, man brauche Menschen nur die negativen Konsequenzen ihres Verhaltens aufzuzeigen, um sie zu einer Verhaltensänderung zu veranlassen. Auch heute wird das Modell in gezielten Kampagnen teilweise noch genutzt.

Das Modell geht von den sozialpsychologischen Voraussetzungen aus, daß Menschen rational handeln und a) den Wunsch haben, Krankheiten zu vermeiden oder bei vorhandener Krankheit wieder gesund zu werden, wenn sie b) davon überzeugt sind, persönlich etwas dafür tun zu können, was mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit die drohende Krankheit oder die Verschlimmerung einer bestehenden Krankheit verhindert.

Das Modell war der erste historische Versuch eines gesundheitserzieherischen Modells, wobei systematisch die im folgenden beschriebenen Komponenten identifiziert und dahingehend genutzt wurden, mit gezielteren als den bisherigen Maßnahmen an die Bevölkerung heranzutreten. Diese wurde aufgefordert, durch Vorsorgeverhalten das Entstehen von Krankheiten zu verhindern oder vorhandene Krankheiten (früh- oder rechtzeitig) behandeln zu lassen.

Fünf Komponenten machen laut Modell in ihrem Zusammenwirken die Bereitschaft zum persönlichen Handeln aus:

1. *Subjektive Krankheitsanfälligkeit, Verletzlichkeit oder Verwundbarkeit (perceived susceptibility)*: Diese Komponente bezieht sich auf die subjektive Einschätzung der Anfälligkeit für eine Krankheit. Nur wer sich selbst für Erkrankungen für empfänglich hält, wird geneigt sein, sich präventiv zu verhalten oder gesundheitlichen Anweisungen Folge zu leisten.
2. *Schweregrad von Symptomen oder Krankheiten (perceived severity)*: Die Einschätzung der Ernsthaftigkeit oder des Schweregrades einer

Krankheit oder deren Symptome ist eine weitere Komponente des Modells. Dabei spielt die Abwägung eine Rolle, ob die medizinischen und sozialen, möglicherweise sehr langfristigen, Konsequenzen einer Krankheit (z.B. eingeschränkte Lebensmöglichkeiten, Behinderung oder Tod) die Konsequenzen der kurzfristigen Behandlung einer Krankheit (z.B. teure Arztbesuche und Medikamente, Behandlungen und Operationen, Schmerzen oder Entzug, soziale Stigmatisierung, Einflußnahme auf Lebens- und Arbeitsbedingungen) aufwiegen.

3. *Subjektive Vorteile (benefits)*: Eine subjektiv wahrgenommene Bedrohung impliziert noch nicht, welchen Weg die Betroffenen zur Vermeidung oder Linderung einer Krankheit einschlagen werden. Wenn ihnen wirksame Maßnahmen zur Verfügung stehen, entscheiden sie sich nach einer Art Kosten-Nutzen Analyse für die Vorgehensweise, die sie für die wirkungsvollste und effektivste halten.
4. *Subjektive Barrieren (barriers)*: Als Barrieren sind solche Aspekte definiert, die den o.g. Vorteilen entgegenstehen und als negativ empfunden werden. Als Beispiele sind physische, psychologische oder finanzielle Kosten, medizinische Gefahren oder Behandlungs-Nebenwirkungen, Unbequemlichkeiten und praktische Unzweckmäßigkeiten zu nennen.
5. *Auslöser oder Anstoß zum Handeln (cues to action)*: In späteren Jahren wurde dem Modell die Komponente Handlungsanstoß hinzugefügt, womit die Einwirkung von internen oder externen Auslösern oder Anstößen gemeint ist. Darunter kann beispielsweise die Erkrankung oder ein Todesfall in der Familie genauso wie ein zufällig mitgehortes Gespräch fallen, wenn dadurch eine betroffene Reaktion und in der Folge ein Gesundheitsverhalten auslöst wird.

Die Kombination von (1.) subjektiver Verwundbarkeit und (2.) subjektivem Schweregrad (von Krankheit) werden häufig als *subjektive Bedrohung* bezeichnet und bestimmen die Energie und Kraft zum Handeln, während eine positive Bilanz der (3.) Vorteile gegen die (4.) Barrieren den Weg aufzeichnet, den Menschen gehen werden.

Das Modell wurde drei Jahrzehnte lang weltweit genutzt, um Vorsorgeverhalten zu erklären und Interventionsstrategien abzuleiten. Beispiels-

weise wurde zu Beginn der 80er Jahre ein Experiment durchgeführt, für das gefährdete Personen entweder eine neutrale („Impfungsmöglichkeit besteht bei Ihrem Hausarzt“), oder eine persönliche („Ich als Ihr Hausarzt möchte Sie auffordern, zum Impfen vorbeizukommen“) oder eine nach dem Health Belief Model operationalisierte schriftliche Aufforderung zu einer kostenlosen Grippeimpfung zugesandt bekamen („Personen Ihres Alters sind dieses Jahr besonders gefährdet. Das Risiko einer Erkrankung wird durch Impfung sehr reduziert und Nebenwirkungen sind zu vernachlässigen“). Signifikant mehr Menschen, die eine Health Belief Model Aufforderung bekommen hatten, nahmen an Grippeimpfungen teil als aus den beiden anderen Gruppen.

Die Möglichkeiten und Grenzen des Modells sind seither deutlich geworden. Für bestimmte limitierte Probleme ist es anwendbar; Kritiker argumentieren jedoch, daß es den Einfluß von subjektiver Bedrohung für Verhaltensänderung überschätze. Es ist bekannt, daß das „Erzeugen von Verwundbarkeit“ (d.h., Angst vor negativen Folgen in der Zukunft, z.B. durch Vorführen von Drogenfolgen in der Schule) bei vielen Menschen nicht zum gewünschten Verhaltenswechsel führt, insbesondere dann nicht, wenn keine alternativen Handlungsmöglichkeiten aufgezeigt werden. Außerdem wird es für unethisch gehalten, vorsätzlich mit Verunsicherung und Angst zu arbeiten.

Als weitere Unzulänglichkeiten des Modells werden heute angesehen, daß es

- demographische Variablen wie Alter, Geschlecht, sozioökonomischer Status oder situative Bedingungen nicht berücksichtigt;
- Gesundheitsverhalten als einen individuellen Entscheidungsprozeß aufgrund subjektiver Gesundheitsüberzeugungen nach einer Art rationaler Kosten-Nutzen-Analyse ansieht und dabei keine sozialen oder emotionalen Faktoren berücksichtigt;
- von einer positiven Gesundheitsmotivation ausgeht;
- die kulturellen und institutionellen Rahmenbedingungen nicht berücksichtigt;
- die Beziehungen der Komponenten untereinander nicht beschreibt.

Das ursprüngliche Modell wurde für Vorsorgeverhalten entwickelt, das von den Adressaten rela-

tiv einfach durchzuführen war (eine Dienstleistung wahrnehmen) und nur ein oder wenige Male durchgeführt werden mußte (zum TB-Test gehen oder sich impfen lassen). Viele heutige Verhaltensprobleme in der Prävention sind jedoch wesentlich komplizierter (z.B. zum Schutz vor HIV mit Sexualpartnern Kondombenutzung verhandeln) oder langfristiger (Veränderung von Eßgewohnheiten) oder erfordern eine Auseinandersetzung mit (sub-)kulturellen gesellschaftlichen Werten und grundsätzlichen Lebensüberzeugungen, z.B. in der Suchtprävention und Drogenpolitik. Auch berücksichtigt das Modell strukturelle oder normative Bedingungen für Verhalten bzw. Veränderungsänderungen nicht (vgl. dagegen > Soziale Lerntheorie, > Theorie der Handlungsveranlassung).

Literatur: Bengel J / Wölflick D, Das Health Belief Model als Planungshilfe für präventive Maßnahmen? In: Zeitschrift für Präventionsmedizin und Gesundheitsförderung, 1991 (3), 103-110; Rosenstock IM, The Health Belief Model and Preventive Health Behavior, in: Health Education Monographs 1974, 2, 354-385; Rosenstock IM, The Health Belief Model: Explaining Health Behavior Through Expectancies, in: Glanz K et al (eds.), Health Behavior and Health Education - Theory Research and Practice, San Francisco 1990, chapter 3; Schwarzer R, Psychologie des Gesundheitsverhaltens, Göttingen 1992, 42-44

Annette C. Seibt

Multiplikatoren / Mediatoren

Multiplikatoren und Mediatoren sind zentrale Größen in kommunikativen Strategien (Information, > Gesundheitliche Aufklärung) der > Gesundheitsförderung und der > Gesundheitserziehung. Die meisten Einrichtungen der Gesundheitsförderung und Gesundheitsförderung, die Information und Aufklärung betreiben, sprechen ihre > Zielgruppen sowohl unmittelbar als auch mittelbar an, über Multiplikatoren oder Mediatoren.

Beide Gruppen, Multiplikatoren wie Mediatoren, haben dabei die Funktion, die Ziele und Botschaften der Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung zu unterstützen. Multiplikatoren- oder Mediatorenfunktion können Berufs-



Abb.10: Multiplikatoren und Mediatoren in der gesundheitlichen Aufklärung

gruppen des Gesundheitswesens, der Sozialarbeit, Pädagogik und Massenmedien, aber auch Angehörige der Zielgruppen (Meinungsführer, Schlüsselpersonen, „Innovatoren“ im Sinne der > Diffusionstheorie) übernehmen.

In der Gesundheitsaufklärung wird für die mittelbare Ansprache von Zielgruppen durch Berufsgruppen, Meinungsführer etc. mehr oder weniger unreflektiert lediglich der Begriff „Multiplikator“ verwendet. Mit der Unterscheidung zwischen „Multiplikatoren“ und „Mediatoren“ soll aber hier darauf aufmerksam gemacht werden, daß in der Gesundheitsaufklärung tatsächlich zwei verschiedene Konzepte der Zusammenarbeit mit Berufsgruppen, Meinungsführern etc. verfolgt werden: (Abb.10)

Multiplikatoren sind - vgl. den mathematischen Begriff - Vervielfältiger und Verbreiter von Konzepten, Zielen und Botschaften. Sie sollen z.B. Schriften verbreiten oder Konzepte im Sinne des Erstellers umsetzen, z.B. so ziel-, konzept- und wortgetreu wie möglich ein fertig entwickeltes und vorgegebenes Kursprogramm durchführen. Multiplikatoren helfen somit, Kosten einzusparen und sollen Breitenwirksamkeit sicherstellen. Aus der Sicht derjenigen, die Konzepte erstellen, sind Multiplikatoren allerdings mehr oder weniger unwägbarer Kooperationspartner. Nicht jeder Multiplikator, der ein vorgegebenes Konzept umsetzen will, ist dafür qualifiziert und nicht jeder Multiplikator, der ein vorgegebenes Konzept umsetzen kann, will es auch. Deshalb ist es immer auch notwendig, Multiplikatoren von der Richtigkeit und Überlegenheit eigener Konzepte zu überzeugen und sie soweit zu qualifizieren, daß sie in der Lage sind, die vorgegebenen Konzepte umzusetzen. „Multiplikatorenkonzepte“ berücksichtigen außerdem häufig nicht ausreichend genug die Rahmenbedingungen (den Alltag), unter denen die Multiplikatoren arbeiten (können).

Mediatoren erfüllen im Vergleich zu den Multiplikatoren eher eine vermittelnde Funktion zwischen der Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung auf der einen und den Zielgruppen auf der anderen Seite. Sie stellen den notwendigen Informationsfluß zwischen beiden Seiten her. Sie vermitteln die Botschaften und Konzepte der Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung allerdings nicht „wortgetreu“, sondern übersetzen sie lebensweisen- und alltagsnah.

Gleichzeitig geben sie auch die Bedarfe, Wünsche, Hoffnungen und Fragen der Zielgruppe an die in der Gesundheitsaufklärung Tätigen zurück. Ohne diese Informationen kann Gesundheitsaufklärung nicht lebensweisenspezifisch und alltagsnah sein. Mediatoren werden in Strategien der Gesundheitsaufklärung als Übersetzer und Experten für beide Seiten gedacht und stellen so zu einem großen Anteil erst den Erfolg von Gesundheitsaufklärung bzw. Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung sicher. In der AIDS-Prävention hat z.B. die Einbeziehung und aktive Mitarbeit von Schwulen zur Entwicklung der „safer sex“-Botschaften geführt, die sehr schnell, glaubwürdig und erfolgreich verbreitet werden konnten.

Literatur: Henkelmann T / Karpf D, Die Gesundheitserziehung ist weitgehend krankheitsorientiert, in: Deutsches Ärzteblatt, 10, 1983 (80), 63-67; Lehmann H, Gesundheitserziehung durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung im Rahmen des § 20 GRG (SGB V), in: Prävention, 1, 1990 (13), 8-11; Lehmann H / Lehmann M / Pott E, Gesundheitsförderung - eine Herausforderung für Institutionen der Gesundheitserziehung, in: Prävention 1, 1991 (14), 3-7
Manfred Lehmann / Peter Sabo

Organisationsentwicklung als Methode der Gesundheitsförderung

Organisationsentwicklung ist für die Gesundheitsförderung in zweifacher Hinsicht relevant:

- als institutionelle Organisationsentwicklung innerhalb der Einrichtungen und Organisationen der Gesundheitsförderung mit dem Ziel, deren Effektivität, Effizienz und interne Gesundheitsförderung zu erhöhen (> Organisationsentwicklung von Institutionen der Gesundheitsförderung);

- als Methode der Gesundheitsförderung mit dem Ziel, die Gesundheit in bestimmten > Settings zu entwickeln, fördern und zu erhalten.

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. Betriebe, Schulen, Krankenhäuser, Ämter bilden eine wesentliche physische und soziale Umwelt der Menschen. Sie beeinflussen die Qualität der natürlichen Ressourcen und prägen Denk- und Verhaltensmuster. Entscheidungen, die die Gestaltung dieser Umwelt steuern, sind selbst eingebettet in komplexe Organisationsstrukturen und -prozesse. Wesentliche Bedingungen für Gesundheit sind daher ohne Verständnis für die innere Entwicklungsdynamik von Organisationen und das Verhältnis zu ihrer Umwelt nicht erfassbar und auch nicht veränderbar. Eine wichtige Strategie der Gesundheitsförderung ist somit die Intervention in soziale Systeme, die sich dabei strategisch vorrangig auf Organisationen bezieht.

Die moderne Gesellschaft ist geprägt durch ihren hohen Organisationsgrad, d.h. die Bewältigung gesellschaftlich wichtiger Aufgaben und Probleme ist auf dafür eigens eingerichtete Organisationen angewiesen. Wofür es keine Organisationen gibt, kann nicht in gesellschaftlich relevanter Weise bearbeitet werden. In einem noch nie dagewesenen Ausmaß ist unsere Gesellschaft von der Leistungsfähigkeit ihrer Organisationen abhängig. Gesundheitsförderung als eine neue gesellschaftliche Aufgabenstellung, soweit sie nicht von spezialisierten Organisationen, sondern von allen etablierten Organisationen zu bearbeiten ist, steht daher vor der Herausforderung, Gesundheit in die Entscheidungen und Programme unterschiedlicher Organisationen einzubringen.

Organisationsentwicklung bedeutet den geplanten und methodisch durchdachten Wandel von Organisationen und anderen sozialen Systemen, wie etwa Gemeinden oder Regionen, die auch als Netzwerk von Organisationen gesehen werden können. Das dabei entwickelte theoretische und praktische Wissen um die Bedingungen von Veränderungen in Organisationen eignet sich daher besonders für die Implementierung von Gesundheitsförderung. Organisationsentwicklung als Verknüpfung von Wissenschaft und praxisbezogener Kom-

petenz in der Beratung und Steuerung von organisationsbezogenen Veränderungsprozessen hat in ihrer ca. 50jährigen Geschichte eine faszinierende Entwicklung durchgemacht, die auch durch immer neue gesellschaftliche Strömungen herausgefordert wird. In jüngster Zeit wurde die Disziplin vor allem durch die Integration system-theoretischer Konzeptionen vorangetrieben. Für die Gesundheitsförderung steht dabei, im Unterschied zu den personenbezogenen Ansätzen der Gesundheitserziehung, vor allem die Differenz und der Zusammenhang zwischen Entwicklungsprozessen von Personen und sozialen Systemen im Vordergrund. Einige Prinzipien von systemisch-orientierten Organisationsentwicklungsprozessen sollen benannt werden:

- *Ein soziales System ist keine „Trivialmaschine“:*

Organisationen reagieren auf Interventionen von außen in einer Weise, die von ihren internen Mustern und jeweiligen Zuständen geprägt sind. Die Kenntnis der speziellen Logik einer Organisation und ihrer Art, die Umwelt wahrzunehmen, ist daher eine wichtige Stütze für erfolgreiche Interventionen. Reaktionen auf Impulse von außen können jedoch nicht prognostiziert werden (vgl. Abb.11)

- *Soziale Systeme entwickeln sich durch die Veränderung von Kommunikationsstrukturen und professionellen Rollen:* Aufklärung und Bewusstseinsbildung allein verändern soziale Systeme nicht. Die Erfahrungen, Kenntnisse, Ideen und Interessen der handelnden Personen sind eine

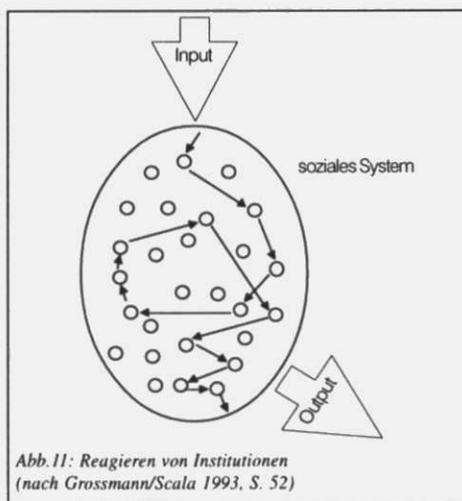


Abb. 11: Reagieren von Institutionen
(nach Grossmann/Scala 1993, S. 52)

wichtige, aber keine hinreichende Bedingung für die Entwicklung von Organisationen. Organisationen sind gegenüber den Bewußtseinsprozessen ihrer Mitglieder gleichgültig, sie entwickeln sich durch Veränderungen in Entscheidungsprozessen, Programmen, Zuständigkeitsregeln, Kooperationsstrukturen. Dazu müssen auch professionelle Rollen verändert und die Personen für ihre neuen Aufgaben qualifiziert werden. Die enge Abstimmung von Personalentwicklung und Strukturentwicklung ist ein wichtiges Erfolgskriterium für Organisationsentwicklung.

- *Soziale Systeme sind nicht von einem Punkt aus zu verändern:* weder von der Spitze noch von der Basis. Eine Organisation als soziales System kann sich nur als Ganzes entwickeln. Organisationsentwicklung braucht die Einbindung von Entscheidungsträgern, die Nutzung aller Fachressourcen und die breite Partizipation der Betroffenen. Die inhaltliche Konzeption der Veränderung und die einzelnen Schritte werden von den Beteiligten gemeinsam entwickelt und umgesetzt. Externe BeraterInnen haben hier die Funktion begleitender Prozeßsteuerung. Organisationsentwicklung bedeutet nicht die Umsetzung fertiger Organisationskonzepte.
 - *Organisationsentwicklung bedeutet Verändern und Bewahren:* Eine Organisation und die Menschen in ihr können sich nur auf Veränderungen einlassen, wenn sie sich gleichzeitig auf Kontinuität stützen können. Der Blick muß also auf beides gerichtet sein: auf zu Bewahrendes und zu Veränderndes.
 - *Veränderungen im Inneren verändern den Kontakt nach außen:* Veränderungen in der Organisation beeinflussen die Beziehung zur Umwelt. Auch sie müssen bewußt umgestaltet und mit den relevanten Partnern abgestimmt werden.
- Organisationsentwicklungsprozesse werden oft in dafür eigens eingerichteten Projekten realisiert. Dazu braucht es ein kompetentes > Projektmanagement.

Literatur: Grossmann R / Scala K, Projekte durch Gesundheit fördern, Weinheim München 1994; Pelikan JM et al. (Hg.), Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung, Weinheim München 1993

Ralph Grossmann / Klaus Scala

Organisationsentwicklung von Institutionen der Gesundheitsförderung

Für die Gesundheitsförderung ist die Organisationsentwicklung - entsprechend dem Hinweis in dem Stichwort > Organisationsentwicklung als Methode der Gesundheitsförderung - wichtig für die Entwicklung der Institution und der Gesundheitsförderung.

Durch die institutionelle Organisationsentwicklung sollen die Strukturen einer Organisation sowie das Kommunikations- und Kooperationsverhalten innerhalb und außerhalb einer Organisation untersucht und verändert werden. Ziel einer Organisationsentwicklung ist es, in Zusammenarbeit mit ihren Mitgliedern und entsprechend ihren Fähigkeiten und Motivationen die Arbeitsbedingungen einer Organisation zu humanisieren sowie ihre Flexibilität und Leistungsfähigkeit zu steigern.

Organisationsentwicklung ist Ende der 40er Jahre in den USA als Methode entwickelt worden, um die Arbeit in den Organisationen der Privatwirtschaft humaner zu gestalten. Die Methode ging von der Überlegung aus, daß zwischen wirtschaftlichem Erfolg und humanitären Arbeitsbedingungen ein günstiger Zusammenhang besteht, insbesondere, wenn die in der Organisation Tätigen an der Entwicklung beteiligt werden. Beeinflußt von den Erfahrungen in der Wirtschaft wurde in den USA die Organisationsentwicklung auch in kommunalen und sozialen Organisationen eingesetzt, um die Organisationskultur und die Kommunikationsstruktur zu verbessern. Viel später fand die Organisationsentwicklung in der Bundesrepublik Deutschland Eingang in die Privatwirtschaft und allmählich - wie in den USA - auch in die kommunalen und sozialen Organisationen.

Der Wunsch nach Professionalisierung und mehr Wirksamkeit der Verwaltung und des Sozialbereichs, die finanzielle Situation der Kommunen und anderer Träger sowie die Wiedervereinigung mit den Aufgaben in den neuen Bundesländern führten in jüngster Zeit dazu, daß sich kommunale Verwaltungen und soziale Einrichtungen nunmehr intensiver mit der Organisationsentwicklung für ihren Bereich befassen. Wesentlich trug und trägt dazu bei, daß - wie in der Wirtschaft - die

Erkenntnis und Bereitschaft zunimmt, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter an Veränderungen zu beteiligen. Dies ist langfristig sinnvoller und erfolgreicher. Emanzipation und > Partizipation sind hier die wichtigen Elemente, die auch die institutionelle Verankerung von Gesundheitsförderung im Zuge der Weiterentwicklung im Gesundheitswesen bestimmen.

In öffentlichen Verwaltungen und in Organisationen des Sozial- und Gesundheitsbereichs muß sich Organisationsentwicklung mit anderen Bedingungen auseinandersetzen als in der Privatwirtschaft. Diese Bedingungen bestehen z.B. aus:

- einem Geflecht von Verwaltungsvorschriften und Gesetzen;
- der Kontrolle und Einflußnahme von politischen Institutionen wie Parlament, Ministerium, Stadtrat, Parteien;
- dem Haushaltsrecht und den entsprechenden Vorschriften;
- der Organisationskultur mit Identität und Selbstdarstellung;
- der Struktur des Trägers bzw. Verbandes mit Vermischung von Interessen und Kompetenzen;
- der „non-profit“-Situation vieler Verbände und Vereinigungen,
- den Hierarchien und der Beteiligung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter;
- der Leitungskompetenz mit professionellem Management;
- den finanziellen und personellen Ressourcen;
- der > Qualitätssicherung der Leistungen.

Auch für die Einrichtungen des Gesundheitswesens und der > Gesundheitserziehung bzw. Gesundheitsförderung wird es immer wichtiger, sich mit der eigenen Organisationskultur sowie den Kooperations- und Kommunikationsstrukturen auseinanderzusetzen, um der gesellschaftlichen Entwicklung (z.B. Computerisierung, Wertewandel, soziale Klüften) und den Ansprüchen der Gesundheitsförderung (z.B. Befähigung/Emanzipation, Partizipation, Moderation, anwaltschaftliche Vertretung) gerecht zu werden.

Literatur: Hecht K, *Organisationsberatung*, in: Bauer G (Hg.), *Lexikon des Sozial- und Gesundheitswesens*, München 1992; Maelicke B (Hg.), *Beratung und Entwicklung sozialer Organisationen*, Baden-Baden 1994; Scholz G, *Organisationsentwicklung*, in: *Deutscher Verein*

für Öffentliche und Private Fürsorge (Hg.), Fachlexikon der sozialen Arbeit, Frankfurt/M. 1993; Wöhrle A, Wir sind alle gleich ...!?, in: Sozialmagazin 6/1994, 30-43

Peter Sabo

Pantheoretisches Modell - Eine Anleitung für die Entwicklung und Durchführung von Gesundheitsprogrammen

US-amerikanische Präventionsforscher um McAlister analysierten Ende der 80er Jahre Einstellungs- und Verhaltensveränderungen in wissenschaftlich ausgewerteten Public Health Projekten daraufhin, welche Faktoren im Einzelnen und im Zusammenspiel gewünschte Verhaltensänderungen in Gesundheitsförderungsmaßnahmen herbeigeführt haben. Dabei konnten die vier Prozesse *Erziehen, Überzeugen, Motivieren und Ermöglichen* unterschieden werden, für die die Sozial-, Verhaltens- oder Kommunikationswissenschaften Theorien oder Konzepte bereit hielten. Gleichzeitig bedacht und angemessen operationalisiert ergaben die identifizierten Faktoren eine Handlungsanleitung, die als Pantheoretisches Modell zusammengefaßt wurden. Der Begriff „pantheoretisch“ wurde gewählt, um diese Zusammenfassung quer durch bisher nicht verbundene und von verschiedenen Theorien abgeleitete Konzepte miteinander in Bezug zu setzen.

Das Pantheoretische Modell ist somit als Planungshilfe für die Entwicklung und Durchführung von Gesundheitsprogrammen in Großgruppen (z.B. in Betrieben und Schulen) oder auf Gemeindeebene gedacht. Es soll PraktikerInnen und ForscherInnen der Gesundheitsförderung anhalten, acht Faktoren gleichzeitig im Auge zu behalten, um in einer vorher identifizierten Zielgruppe eine gewollte Einstellungs- und Verhaltensänderung auf den Weg zu bringen. Dem Modell zufolge werden bei erfolgreichen gesundheitsfördernden Änderungen zumeist sowohl individuelle Erziehungs- als auch kommunikativ-soziale Überzeugungs-Prozesse angestoßen; gleichzeitig wird jedoch auch ein Anreiz oder eine (De-)Motivation für das „Neue“ gegeben wie auch dafür gesorgt wird, daß der Zugang bzw. die Gelegenheit für das „Neue“ ermöglicht bzw. erleichtert wird.

Hier eine Auflistung der Faktoren:

Erziehung (education)

- Informationsvermittlung, im Sinne von Faktenvermittlung (information transmission)
- Fähigkeitsbildung und -training (skills building and training)

Überzeugung (persuasion)

- Kommunikation (communication)
- Soziale Bestätigung oder Verstärkung (social reinforcement)

Motivation oder Anreiz (motivation)

- Belohnung (reward)
- Strafe (punishment)

Ermöglichung (facilitation)

- Zugang und Verfügbarkeit (access and availability)
- Barrieren (barriers to change)

Beispielsweise werden ProgrammplanerInnen durch das Modell darauf gestoßen, daß es für eine Gesundheitskampagne notwendig ist, *Informationen* z.B. sowohl über die negativen gesundheitlichen Folgen des Rauchens als auch darüber zu geben, wo es Raucherentwöhnungskurse gibt, welche Methoden oder Strategien der Raucherentwöhnung sich bewährt haben, nach wievielen Versuchen es RaucherInnen im Durchschnitt schaffen, mit dem Rauchen aufzuhören, was es mit dem Nikotinpflaster auf sich hat etc. Zusammenfassend läßt sich sagen, daß *Informationen* ein zwar notwendiger, aber keineswegs ausreichender Bestandteil einer Anti-Raucher-Kampagne sind.

Wichtig ist dem Modell zufolge auch, die *Fähigkeit* auszubilden, diejenigen Situationen zu identifizieren und vermeiden zu lernen, die in der Vergangenheit besonders zum Anstecken einer Zigarette geführt haben. Insbesondere für Jugendliche ist es eine zusätzlich wichtige Fähigkeit, rauchenden Peers gegenüber in der Lage zu sein, die richtigen Worte des ablehnenden Dankes zu finden, wenn diese eine Zigarette und damit auch die Dazugehörigkeit und Freundschaft anbieten. Ersatzreaktionen und -tätigkeiten einzuüben (z.B. im Rollenspiel) und Ersatzbefriedigungen parat zu haben, sind weitere *Fähigkeiten*, die sich für viele als wichtig erwiesen haben.

Unter *Kommunikation* wird sowohl der sprachliche Austausch als auch die Beobachtung anderer, aber auch die eigenen Reflexionsprozesse verstanden. Wenn nahe Freunde sich etwa dahingehend äußern, daß sie sich, nachdem sie mit dem Rauchen aufgehört haben, subjektiv besser fühlen und nun eher in der Lage seien, sich sportlich zu betätigen, überlegen viele RaucherInnen, ob 1.) sie für sich wohl mit demselben Ergebnis rechnen könnten, d.h. ob sie sich als NichtraucherInnen wohl auch besser oder sportlicher fühlen würden, und ob 2.) sie es überhaupt wichtig finden, sich besser oder sportlicher zu fühlen, d.h. ob sie diesem möglichen Ergebnis überhaupt einen subjektiven Wert zumessen.

Sowohl a) die Ergebniserwartung als auch b) die Wertschätzung werden dadurch beeinflußt, wer auf welche Art und Weise an der *Kommunikation* beteiligt ist. Für Teenager ist eine etwas ältere Mitschülerin ein durch ihre demographische Ähnlichkeit sehr glaubwürdiges und attraktives Vorbild, wenn sie darüber berichtet, warum und mit welchen Schwierigkeiten sie dahin gekommen ist, sich das Rauchen abzugewöhnen; auch als Idole akzeptierte TV-Stars können u.U. diese Funktion einnehmen. Wenn also PraktikerInnen im Rahmen eines Gesundheitsprogramms eine Kommunikationssituation über das Rauchen sozusagen künstlich schaffen, sollten sie darauf achten, daß Merkmale wie der soziale Status und das Alter der an der Kommunikation Beteiligten, die Sprachebene (Schwierigkeit), die Interessenlage, die Lang-, Mittel- oder Kurzfristigkeit des Ergebnisses, die Art und Weise des Austausches (positive, negative oder Angst-Appelle, etc.) mitbedacht werden.

Der direkteste und signifikanteste Einfluß auf das Alltagsverhalten von Menschen ist die *soziale Bestätigung*. Wenn es „in“ wird, nicht mehr zu rauchen, d.h. wenn die sozialen Normen in der Peergruppe oder der Gesamtgesellschaft sich dahingehend verändern, daß Rauchen gesellschaftlich „geächtet“ ist, dann wird das soziale Umfeld in vielerlei Weise das entsprechende Verhalten positiv verstärken. Umfragen in Schulen haben z.B. immer wieder ergeben, daß der Anteil der RaucherInnen in der Schule von den MitschülerInnen um manchmal ein Vielfaches überschätzt wurde. ForscherInnen interpretierten dies dahingehend, daß unter den SchülerInnen die Vorstel-

lung vorherrschte, daß fast alle rauchten und Rauchen das „Normale“ sei. Diese vermeintliche Norm wurde als falsch entlarvt, womit sich die zu diesem Zeitpunkt Nichtrauchernden nicht mehr als Ausnahme, sondern wieder als „normal“ einordnen konnten.

Weitere Beispiele von (in diesem Fall negativer) sozialer Bestätigung für das Zigarettenrauchen sind mögliche Bemerkungen von FreundInnen über gelbe Zähne, stinkende Kleider, der Hinweis auf die Kosten etc.; als positive Bestätigung könnten das Sich-Wohlerfühlen im eigenen Körper, die schönere Haut etc. angeführt werden.

Als Anreiz bzw. Strafe fürs Zigarettenrauchen sind in West- und Nordeuropa an erster Stelle die hohen Kosten zu nennen. Eng verwandt mit dem Faktor der sozialen Bestätigung ist die „Eigenstrafe“ zu erwähnen, daß nämlich viele Rauchende sich in zwischen selbst „vor die Tür“ begeben, wenn sie rauchen wollen. Damit sind sie oft aus sozialen Situationen ausgeschlossen. In zunehmendem Maße bekommt das Rauchen gesamtgesellschaftlich in Deutschland das Image des Verhaltens von „Underdogs“ und „Abhängigen“. Für den Faktor Belohnung gibt es aus den USA die folgenden Beispiele: einige Versicherungsgesellschaften verringerten den monatlichen Beitragssatz für NichtraucherInnen, und SchülerInnen bekamen am Schuljahresende einen Geldbetrag, wenn sie im vergangenen Jahr nicht mit dem Rauchen angefangen hatten. Zu beachten ist dabei, daß eine Belohnung als Anreiz eine viel stärkere Wirkung hat als die Androhung von Strafe. Nur in Ansätzen geklärt ist die Frage nach der Höhe oder Signifikanz der Belohnung, da oft bereits symbolische Belohnungen evtl. in Verbindung mit sozialer Bestätigung Verhaltensänderungen hervorgerufen haben.

Unter den letzten Faktoren Zugang und Verfügbarkeit bzw. Barrieren ist zu verstehen, daß innerhalb eines Gesundheitsprogramms dafür gesorgt sein muß, die Umwelt bzw. das Umfeld so umzugestalten, daß das gewünschte Verhalten leichter und einfacher durchzuführen ist als das alte bisherige. Es ist beispielsweise bekannt, daß der Effekt einer Anti-Rauchen-Aufklärungskampagne in der Schule stark vermindert wird, wenn an den Gebäuden rund um die Schule Zigarettenautomaten aufgestellt sind, die vor und nach Schul- und Ladenöffnungszeiten zugänglich und auch für

Minderjährige verfügbar sind. Wiederum eng verwandt mit dem Faktor der sozialen Bestätigung ist diesbezüglich auch, daß Jugendlichen auf dem Schulgelände häufig eine Raucherecke zur Verfügung gestellt wird, wodurch der Zugang zu Zigaretten („sich eine pumpen“) und zum Raucherverhalten „hoffähig“ gemacht wird.

Zusammenfassend läßt sich sagen, daß das Pantheoretische Modell Hilfestellung gibt, darauf zu achten, eine Gesundheitskampagne nicht nur auf die Veränderung individueller Einstellungen und Verhalten der Zielgruppe zu beschränken, sondern auch das soziale Umfeld, d.h. die (Verhaltens-) Normen der FreundInnen, KollegInnen oder NachbarInnen mitzubetrachten; parallel dazu müssen auch Anreize geschaffen und die physische Umwelt oder die Verhältnisse miteinbezogen werden.

Das Modell hat in der Vergangenheit als Anleitung bei Interventionen in den unterschiedlichsten Populationen gedient, z.B. zur Verringerung von Kindesmißbrauch in einer amerikanischen Großstadt, zur Förderung der Häufigkeit von Krebsvorsorgeuntersuchungen bei mexikanischen EmigrantInnen in ausgewählten texanischen Städten und bei AIDS-Gemeindestudien in fünf amerikanischen Großstädten. Eine Übertragung auf Europa wäre lohnenswert und steht an.

Literatur: McAlister AL et al., *Pilot Study of Smoking, Alcohol, and Drug Abuse*, in: *American Journal of Public Health*, 1980, 70(7), 719-721; McAlister AL et al., *Behaviour modification: principles and illustrations*, in: Holland WW et al. (eds) *Oxford Textbook of Public Health*, 2nd ed, Oxford New York, 1991; Perry CL et al., *Community-Wide Strategies for Cardiovascular Health: The Minnesota Heart Health Program Youth Program*, in: *Health Education Research*, 1989, 4(1), 87-101

Annette C. Seibt

Partizipation / BürgerInnenbeteiligung

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 zwar vorschreiben, deren Ausführung sich jedoch

meistens in der amtlichen Bekanntmachung der Planungen erschöpft. Wird der Begriff BürgerInnenbeteiligung in Deutschland von etablierter Seite benutzt, so muß man ihn meist mit „Akzeptanzförderung“ übersetzen. Tatsächliche Teilhabe an Entscheidungen ist nur in seltenen Fällen gewollt und wird eher auf verschiedenen Ebenen behindert.

Eine vom Medizinsoziologen Trojan entwickelte 12-stufige Leiter der BürgerInnenbeteiligung illustriert dies (Abb.12): 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.

Neuere Standortbestimmungen und empirische Untersuchungen zeigen allerdings, daß BürgerIn-

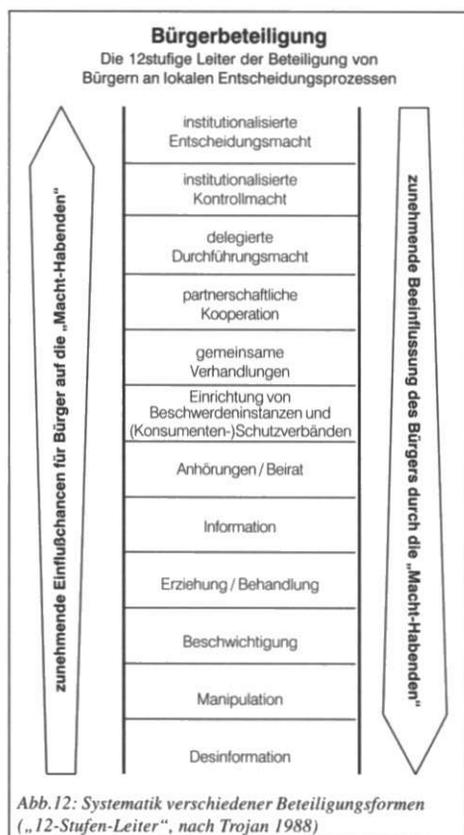
nenbeteiligung bei den BürgerInnen selbst längst mehr als ein „Teilnehmen“ an Programmen bedeutet, die von ExpertInnen ausgearbeitet wurden - sei es im Gesundheits-, Sozial- oder Stadtplanungsbereich. Im Rahmen neuer sozialer Bewegungen, der > Selbsthilfebewegung und von BürgerInnen-Initiativen hat sich eine neue Form der Partizipation entwickelt, in der sich BürgerInnen nicht mehr nur als Individuen oder über etablierte Organisationen (Verbände, Parteien) aktiv einmischen, sondern in selbstorganisierten Gruppierungen gemeinsam ihre Interessen „von unten“ vertreten und z.B. in Selbsthilfe-Initiativen ihre gesundheitsförderlichen Angebote selbst entwickeln und anbieten („Teilhabe“).

Eine nähere Betrachtung von Beispielen der BürgerInnenbeteiligung und Einmischung zeigt grundsätzlich drei Seiten partizipativer Prozesse:

(1) Ein zentraler Aspekt partizipativer Prozesse besteht darin, die Vorstellungen und Visionen der Menschen über ihr eigenes Leben und ihre soziale Umwelt in unterschiedlichen Situationen ernstzunehmen. Hier heißt partizipative Arbeit das *Entwickeln von Phantasie und Utopien, Gestaltung von Lebensräumen*. Dies ist nicht zu verwechseln mit der Teilnahme an oder Akzeptanz von expertenorientierten Programmen und Interventionen. Dieses aktiv gestaltende Element dieser Form der Partizipation bedarf

- der Förderung sozialer Phantasie, die u.a. mit Hilfe speziell dafür entwickelter Methoden (z.B. Zukunftswerkstatt, Szenario-Werkstatt u.ä.) geschehen kann. Hier geht es zunächst darum, überhaupt Vorstellungen zur Gestaltung der eigenen sozialen Umwelt und des eigenen Lebens zu entwickeln;

- einer Situation der Fülle (Luxus), um Erfindungen machen zu können, um Einfälle zu haben. Diese Fülle kann verschiedene Formen annehmen. Sie geht von der „luxuriösen“ Ausstattung der Umgebung (z.B. möglichst angenehme Arbeitsbedingungen, Tagungshaus oder sonstige Umgebung - nicht zu verwechseln mit „Verschwendung“), über den Luxus an Zeit oder vielfältigen Informations- und Produktionsressourcen (Bibliothek, Zeitschriften, Bildarchiv oder Pinnwände, Stifte, Wandzeitungen, Video etc.) bis hin zur Fülle der Themen. Fülle in diesem



Sinn heißt auch, bestimmte „störende“ oder „angstmachende“ Themen nicht auszugrenzen (keine Tabuthemen);

- der Entwicklung der Fähigkeit des „Querdenkens“, mit dem vermeintlich nicht zusammenpassende Elemente verknüpft werden. Hierfür ist die Voraussetzung, sich für ein bestimmtes Thema viele verschiedenen Elemente zusammenzuholen, ihre Wirkung entfalten lassen und sie als Ressourcen zu nutzen und in unüblicher Weise zu verknüpfen.

(2) *Partizipation als Einmischung in traditionelle Felder der Gestaltung unserer Lebenswelt*, d. h. auch in die Felder der Macht bezeichnet das demokratische Element von Partizipation. Dieser Aspekt bedeutet ebenfalls eine Abkehr von den bisher verbreiteten offensichtlichen „Teilnahme-Strategien“, in denen BürgerInnen bei der Verwirklichung verschiedener Aufgaben der Sozial- oder Umweltplanung „mitmachen“ dürfen. Einmischung als demokratisches Element von Partizipation bedeutet die aktive Mitgestaltung von Planungen und Zielsetzungen etwa der Gesundheits- und Sozialpolitik einer Kommune oder anderer öffentlicher Körperschaften.

(3) *Partizipation als Kontrolle von ExpertInnen, Verwaltung und PolitikerInnen* ist ein weitgehend reaktives Element partizipativer Möglichkeiten, das dennoch eine wesentliche Grundlage für andere Einwirkungs- und Gestaltungsmöglichkeiten darstellt. Diese Form stützt sich auf das Protestpotential einer Gemeinschaft, die sich immer weniger von ExpertInnen oder Verwaltungsmenschen bevormunden lassen möchte. Nicht selten werden diese Formen der NutzerInnenkontrolle dann offiziell in Beiräten oder Gremien institutionalisiert und oft auch domestiziert. Oder das Protestpotential verwandelt sich in ein Gestaltungspotential und legt eigene Vorstellungen und Pläne für eine menschliche Gestaltung der sozialen und ökologischen Umwelt vor.

Bei allen Formen der Partizipation, mögen sie auch noch so tiefgreifende Prozesse des > Empowerment von Personen oder Gruppen widerspiegeln, sind Skepsis und Vorsicht vor Vereinnahmung und Domestizierung durchaus angebracht. Auch die vielfältigen Hinweise auf die Notwendigkeit der BürgerInnenbeteiligung, die etwa in der Program-

matik der WHO (z.B. in der Ottawa-Charta; > Gesundheitsförderung III) und in vielen kommunalen Konzepten zur Gesundheitsförderung zu finden sind, dürfen nicht darüber hinwegtäuschen, daß der weiterhin unscharf und widersprüchlich gebrauchte Begriff der Partizipation bei Professionellen oft zunächst Verunsicherung und Hilflosigkeit auslöst. In der konkreten Umsetzung von Gesundheitsförderung führt dies dann noch viel zu häufig zu einer Rückkehr zum alten Verständnis der „Teilnahme“ an gesundheitsförderlichen Programmen.

Professionelle in der Gesundheitsförderung haben bei der Förderung von Partizipations-Prozessen daher die Aufgabe, einerseits die „soziale Phantasie“ und die Vorstellungen der BürgerInnen ernst zu nehmen und zu entwickeln. Andererseits sollten sie auch darüber wachen, daß das geweckte Engagement und die aktive Beteiligung nicht instrumentalisiert wird. Um eine neue Qualität der BürgerInnenbeteiligung entwickeln zu können, muß der Status Quo unterschiedlicher Ziele von BürgerInnen und Verwaltung und die jeweils verfestigten (Vor-)Urteile und Vorsichtigkeiten aufgebrochen werden.

Methodische Zugänge wie „interdisziplinäre Dialoge“, „Zukunftswerkstätten“ oder andere Formen der Werkstattarbeit (Szenariowerkstatt, BürgerInnengutachten, Erzählwerkstatt) können als Beispiele für zukunftsweisende Ansätze betrachtet werden, die gegenseitiges Verständnis und gemeinsames Handeln fördern. Daher ist es eine der vordringlichen Aufgaben, die hierfür notwendigen Gelegenheiten auf kommunaler wie überregionaler Ebene zu schaffen. Die relativ neue institutionelle Form der „Brückeninstanzen“ (Kontaktstellen, unabhängige „Gesunde Städte - Büros“ o.ä.) mit ihrer Funktion als Übersetzungsinstanz zwischen den potentiellen Partnern von Partizipationsprozessen können hier in Zukunft eine wichtige Aufgabe übernehmen (> Vermitteln und Vernetzen, > Anwaltschaft).

Literatur: Bobzien M et al., Von der Schwierigkeit, sich einzumischen - Über Partizipationsprozesse in der Gesundheitsförderung, Köln (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung) 1991; Jungk R / Müllert N, Zukunftswerkstätten - Wege zur Wiederbelebung der Demokratie, München 1981; Kranich C, Bürgerbeteiligung

durch Selbstorganisation, in: *Gesundheitsakademie (Hg.), Bürger aller Städte, beteiligt Euch, Bremen 1990; Trojan A, Ansätze zur Mitbestimmung in der Gesundheits- und Sozialpolitik, in: WSI-Mitteilungen, 38, 1985, 621-630; Trojan A, Bürgerbeteiligung - Die 12-stufige Leiter der Beteiligung von Bürgern an lokalen Entscheidungsprozessen, Ms, Hamburg 1988; Volmerg B / Senghaas-Knobloch E, Technikgestaltung und Verantwortung. Bausteine für eine neue Praxis, Ms, Universität Bremen 1988*

Wolfgang Stark

Phasen der Verhaltensänderung / „Stages of Change“

Das Modell „Phasen der Verhaltensänderung“ wurde in den 80er Jahren im Rahmen der Klinischen Psychologie entwickelt. Es gibt den in der Gesundheitsförderung Tätigen eine Hilfe, Menschen - Individuen wie Gruppen - anhand der Phase, in der sie sich während eines Veränderungsprozesses befinden, zu kategorisieren. Dem Modell zufolge durchlaufen Menschen gewöhnlicherweise fünf Phasen, um ein regelmäßig durchgeführtes, dem freien Willen unterworfenen Verhalten zu „stoppen“, und dahin zu kommen und in der Lage zu sein, ein neues Verhalten regelmäßig durchzuführen.

TherapeutInnen und ForscherInnen unternahmen im Jahre 1984 auf einer interdisziplinären Konferenz in Schottland den Versuch, die unterschiedlichen Systeme der Psychotherapie zu integrieren und ein umfassendes Verhaltensänderungsmodell für Suchtverhalten aller Art zu entwickeln. Trotz einer Vielzahl an Therapieansätzen (> Lern- und verhaltenstheoretisches Krankheitsmodell) fehlte es an Erklärungen dafür, was vor einer Verhaltensänderung gewöhnlich geschieht, wie der typische Verlauf davor aussieht oder welche Prozesse während der Veränderungszeit ablaufen. Das Modell sollte Hinweise sowohl für Langzeit- als auch Kurzzeittherapien, aber auch für Selbsthilfeprogramme geben. Vorrangig sollte es jedoch erklären helfen, warum einige Menschen ihr abhängiges Verhalten von alleine ändern, während andere auch nach umfassenden Behandlungen und Versuchen dazu nicht in der Lage sind. Das Modell differenziert das Laienkonzept, nach dem allgemeine und gesundheit-

liche Verhaltensänderungen (z.B. mit dem Rauchen aufzuhören, oder anzufangen, Kondome zu benutzen) von Menschen von heute auf morgen vorgenommen werden. Unter Beachtung der folgenden fünf Phasen können angemessenere und spezifische Interventionsmaßnahmen entwickelt und eingesetzt werden.

1. *Vor-Kontemplation (precontemplation)*: Im Bezug auf ein spezifisches (Problem-)Verhalten werden Menschen in der Vor-Kontemplationsphase in diesem Modell als gleichgültig, als nicht oder nicht ausreichend informiert beschrieben; eine Veränderung ziehen sie daher nicht in Betracht. Für einschlägige und problembezogene Informationen sind sie nicht empfänglich, noch wird ihre Aufmerksamkeit in eine Richtung gelenkt, die ihnen bei einer Verhaltensänderung behilflich sein könnte; folglich entwickeln sie auch kein Bewußtsein dafür, welche Implikationen ein Verhaltensänderungs-Versuch mit sich bringen würde. Menschen in dieser Phase behaupten z.B. von sich, daß sie problemlos von heute auf morgen mit etwas aufhören (z.B. mit dem Rauchen) oder etwas Neues anfangen (z.B. Kondombenutzung) könnten: Die damit verbundenen Probleme und „Fallen“ sind ihnen dabei (noch) nicht bewußt.

2. *Aufmerksamkeitsbereitschaft oder Zweifel (contemplation)*: Wenn Menschen anfangen, ihr Verhalten als problematisch zu sehen und an Veränderungen denken, sind sie in dieser Phase. Nun sind sie offen für Bewußtseinerweiterungen, für Beobachtungen anderer und ihrer selbst, für Auseinandersetzungen und Interpretationen. Sie wägen das Dafür und Dagegen ab und ziehen dann den Schluß, daß sie (1) doch kein Problem haben, (2) das Problem (momentan) nicht ändern können oder wollen oder (3) daß sie das Problem durch Verhaltensänderung lösen können. In dieser Phase beginnen sie, über ihr Verhalten nachzudenken und auch antizipiertes Feedback anzudenken. Die Bewertung der antizipierten Rückmeldung kann dabei aus dem sozialen Umfeld („wie würde mein Partner reagieren?“), der physischen Umwelt (welche örtlichen oder zeitlichen Hindernisse müßten durch welche Maßnahmen überwunden werden?), aber auch von eigenen moralischen oder Leistungs-Standards abgeleitet, vorgenommen werden. Diese Art der Selbstevaluation ermöglicht die

gedankliche Vorbereitung und Vorwegnahme von alternativem Verhalten.

3. *Vorbereitung / Such- und Informationsphase (preparation)*: Menschen in der Vorbereitungsphase haben die Intention, in nächster Zukunft etwas zu verändern; sie haben die entsprechenden „Argumente“ gesammelt und verhaltensmäßige Vorbereitungen getroffen; ihre Selbstwirksamkeitseinschätzung (self-efficacy, > Soziale Lerntheorie) ist relativ hoch, und sie fühlen sich in der Lage, sich von Altem zu befreien. Um weiter zu kommen, sollten sich Menschen in dieser Phase darauf vorbereiten (oder von KursleiterInnen o. a. vorbereitet werden), Schwierigkeiten und Fehl- oder Rückschläge zu antizipieren und „Versuchungen“ entweder zu vermeiden oder ihnen mit vorher überlegten und evtl. vorher geübten Alternativen zu begegnen.

4. *Handeln / Verhaltensänderung (action)*: Menschen in dieser Phase agieren gewöhnlich aus einem Sinn der Selbstbefreiung heraus („Ich rauche nicht mehr!“): sie glauben, daß die Verhaltensänderung auf ihre eigene Stärke zurückzuführen sei. Dieses Selbstbewußtsein brauchen sie, um den gewohnheitsmäßigen oder sozialen Versuchungen zu widerstehen und nicht zu den alten Verhaltensweisen zurückzukehren. Um das Gefühl der Selbstbefreiung zu unterstützen, sollte alles dafür getan werden, daß das neue Verhalten die ersten Male erfolgreich durchgeführt wird. Dies geschieht am ehesten in einer Trainingssituation: hier können Abweichungen oder Fehlentscheidungen sogleich identifiziert und korrigiert werden. Die ForscherInnen bezeichnen diese Phase als die schwierigste und raten dringend, dafür die Unterstützung des sozialen Umfelds miteinzubeziehen (> Soziale Unterstützung).

5. *Stabilisierung (maintenance)*: Menschen, die das neue Verhalten effektiv und konsequent über einen längeren Zeitraum ausführen, sind in der Stabilisierungsphase. In dieser Phase bilden sie neue Verhaltensgewohnheiten.

Das Modell wurde vor allem im Zusammenhang mit Suchtverhalten wie Problemtrinken, Kokain- und Heroin-Abhängigkeit, Spielsucht, Eßsucht und Zigarettenrauchen entwickelt und erprobt. Es hilft TherapeutInnen und BeraterInnen, ihre KlientInnen spezifischen Phasen zuzu-

ordnen, während derer Veränderungsprozesse ablaufen, für die unterstützende Maßnahmen entwickelt und eingeleitet werden können. Auch den in der Gesundheitsförderung Tätigen hilft es, individuelle oder gemeindeorientierte Interventionen zu konzipieren und Strategien und Materialien entsprechend der jeweiligen Phase zu entwickeln, in der sich die Zielgruppe im Durchschnitt befindet. Ein in fünf Großstädten der USA in Risikopopulationen durchgeführtes Projekt zur Prävention von HIV-Infektionen benutzte das Modell, um Interventionsmaterialien und -strategien für Menschen in jeder Phase zu entwickeln, um diese anzustoßen, „beschleunigt“ durch die jeweiligen Phasen zu gehen mit dem Ziel, Kondome oder sauberes Spritzbesteck zu benutzen.

Das Modell hat sich im Rahmen von Risikominimierung bei individuellen und in gemeindebezogenen Interventionen bewährt, wenn das Zielverhalten dem freien Willen der Einzelnen entworfen war. Das Modell kann als wichtiges Instrument für zielgruppenorientierte Informationskampagnen benutzt werden, wie es auch als Gerüst für die Planung, Durchführung und Evaluation von Maßnahmen nützlich ist.

Literatur: Prochaska JO / DiClemente CC, Toward a Comprehensive Model of Change, in: Miller WR / Heather N, Treating Addictive Behaviors - Processes of Change, New York 1986, 3-27; Prochaska JO / DiClemente CC, Stages of Change in the Modification of Problem Behaviors, in: Hersen M et al. (eds.), Progress in Behavior Modification, 1992 (28), 184-218.

Annette C. Seibt

Prävention

Unter Prävention versteht man die Verhütung von Krankheiten. Das Ziel ist einerseits, Krankheiten so früh wie möglich zu erkennen und schnell wirksam zu behandeln. Andererseits soll die Gesundheit erhalten und so gefördert werden, daß Krankheiten gar nicht erst entstehen können.

Eine Dreiteilung in primäre, sekundäre und tertiäre Prävention ist üblich:

1. Die *primäre Prävention*, d.h. Krankheitsverhütung, soll bereits dann wirksam werden, wenn noch keine Krankheit aufgetreten ist. Die primäre Prävention umfaßt die Förderung der Ge-

sundheit und Verhütung von Krankheit durch Beseitigung eines oder mehrerer ursächlicher Faktoren (z.B. durch Ausrottung von Virenstämmen oder Abbau verhaltensbedingter > Risikofaktoren), durch Erhöhung der organismischen Widerstandskraft von Menschen (z.B. durch Schutzimpfungen oder über > Gesundheitserziehung oder > Gesundheitstraining) und durch Veränderung von Umweltfaktoren, die ursächlich oder als Überträger an der Krankheitsentstehung beteiligt sind (z.B. durch Trockenlegung von Sumpfbereichen, so daß Stechmücken als Überträger des Malaria-Virus keinen Lebensraum mehr finden, oder durch den Abbau belastungs-erzeugender Arbeitsbedingungen).

2. Die *sekundäre Prävention*, d.h. Krankheitsfrüherkennung, hat zum Ziel, Krankheiten und Risikofaktoren möglichst frühzeitig zu erkennen und früh zu therapieren bzw. zu beseitigen, bevor Beschwerden oder Krankheitssymptome auftreten. Es werden krankheitsspezifische Früherkennungsuntersuchungen bei einzelnen Menschen sowie Filteruntersuchungen (engl.: „Screenings“) in ausgewählten Bevölkerungsgruppen durchgeführt. Bei identifizierten „Risikoträgern“ werden dann Verhaltens- und Lebensstiländerungen zum Abbau der Risikofaktoren eingeleitet.
3. Die *tertiäre Prävention*, d.h. Verhütung der Krankheitsverschlechterung richtet sich an PatientInnen, bei denen bereits eine Krankheit oder ein Leiden manifest ist und behandelt wird. Hier ist das Ziel die Verhinderung von Folgeerkrankungen bzw. die Verhütung von „Rückfällen“ und Verschlimmerungen bzw. Chronifizierungen. 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 Leben mit Krankheit oder Behinderung zu befähigen („bedingtes Gesundsein“).

Prävention und > Gesundheitsförderung wurden oft als gleichbedeutende Begriffe gebraucht. In jüngster Zeit hat sich jedoch eine differenzier-

te Sichtweise durchgesetzt. Die sozial- und risikofaktorenmedizinische Prävention wird als ein grundlegender „Interventionstypus“, neben anderen wie > Gesundheitsbildung oder > gesundheitsbezogene Gemeinwesenarbeit, in die Gesundheitsförderung integriert. Die Entschließung der 64. Konferenz der deutschen Gesundheitsminister/innen von 1991 hebt hervor, daß Gesundheitsförderung erst dann realisiert ist, wenn „Verhaltensprävention“ als Beeinflussung individuellen gesundheitsbezogenen Handelns und > „Verhältnisprävention“ als Einwirken auf die materiellen, sozialen und kulturellen Lebens- und Umweltbedingungen für Gesundheit, Risiko und Krankheit miteinander verknüpft werden.

Literatur: Brennecke R / Schelp FP, Sozialmedizin. Stuttgart 1993, 35-54; Entschließung der 64. Gesundheitsministerkonferenz, Wiesbaden 1991, in: Franzkowiak P / Sabo P (Hg.) Dokumente der Gesundheitsförderung, Mainz 1993, 176-185; Flatten G et al., Prävention - eine bewährte Strategie ärztlichen Handelns, Wissenschaftliche Reihe des Zentralinstituts für die kasernenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland, Bd. 41, Köln 1988, 11-30; Waller H, Sozialmedizin, Stuttgart 1993, 110-129; Waller H, Gesundheitsförderung, in: Stimmer F (Hg.), Lexikon der Sozialpädagogik und der Sozialarbeit, München Wien 1994, 216

Peter Franzkowiak

Primäre Gesundheitsversorgung „Primary Health Care“

Mit der „Primären Gesundheitsversorgung“ legte die WHO in den 70er Jahren eine grundlegende neue Orientierung für die Gesundheitspolitik vor. Als Handlungsauftrag wurde „Primary Health Care“ 1977 von der 30. Weltgesundheitskonferenz verabschiedet und im September 1978 von einer Internationalen Konferenz zur Primären Gesundheitsversorgung in Alma-Ata bekräftigt. Das Abschlusddokument dieser von WHO und UNICEF einberufenen Konferenz ist als „*Deklaration von Alma-Ata*“ in die Geschichte der internationalen Gesundheitspolitik und Prävention eingegangen (> Gesundheitsförderung I). Die Deklaration ist ein Meilenstein in der Entwicklung zur Gesundheitsförderung. In ihrem Kern enthält sie

die Grundlagen für das WHO-Programm „*Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000*“ und wesentliche Forderungen und Handlungsstrategien der Ottawa-Charta (> Gesundheitsförderung II /III).

Primäre Gesundheitsversorgung soll die unbedingt notwendige Gesundheitsbetreuung für Einzelpersonen und Familien sicherstellen. Sie umfaßt:

- die Gleichgewichtigkeit der vier Säulen Gesundheitsförderung, Prävention, Kuration und Rehabilitation in der Gesundheitssicherung;
- den Aufbau einer öffentlichen Gesundheitsversorgung unter Mitwirkung der Menschen als einzelne oder Gruppen;
- einen Zugang für alle und gesundheitliche Chancengleichheit.

Das „unbedingt Notwendige“ bezieht sich auf die Erkenntnisse der relevanten Forschungsbereiche und die wirtschaftlichen, soziokulturellen und politischen Verhältnisse des jeweiligen Landes.

In der Deklaration von Alma-Ata gehören zur Primären Gesundheitsversorgung - unter Berücksichtigung der wirtschaftlichen, sozio-kulturellen und politischen Situation eines Landes und der hauptsächlichsten Gesundheitsprobleme in der entsprechenden Gemeinschaft bzw. Gemeinde - mindestens:

- > Gesundheitserziehung, die sich an den bestehenden Gesundheitsproblemen und die Methoden zu deren Verhütung und Bekämpfung orientiert
- Förderung der Lebensmittelversorgung und richtigen Ernährung;
- ausreichende Versorgung mit sauberem Wasser und sanitären Anlagen;
- Gesundheitsschutz für Mutter und Kind und Familienplanung;
- Immunisierung gegen die schwersten Infektionskrankheiten;
- Vorbeugung und Kontrolle der regionalen Krankheiten;
- Behandlung der häufigsten Krankheiten und Verletzungen;
- Versorgung mit Grundarzneimitteln.

Die Gesundheitsbetreuung wird in der Gemeinde betrieben, als kleinster Gemeinschaft von Einzelnen und Familien und als unterste Stufe eines nationalen Gesundheitssystems angesiedelt (> Gemeindeorientierung). Daher wurde und wird der

angelsächsische Begriff „primary health care“ - auch in Verbindung mit den Begriffen „public health care“ und „community care“ - in verschiedenen Übertragungen neben „Primärer Gesundheitsversorgung“ auch als „Gemeindenähe Gesundheitssicherung“, „Gemeindebezogene Gesundheitssicherung“ und „Gemeinschaftliche Gesundheitssicherung“ verwendet. Die Übertragungen des Begriffes „Care“ in „Versorgung“ und „Sicherung“ bedeuten eine Verengung des ursprünglich gemeinten Sinns.

Die Deklaration von Alma-Ata stellt zur Umsetzung der Primären Gesundheitssicherung mehrere Prinzipien auf, die für die Entwicklung der weiteren programmatischen Erklärungen der WHO bis hin zur Ottawa-Charta der Gesundheitsförderung grundlegend sind:

- Orientierung auf die Bedürfnisse der Bevölkerung;
- enge Zusammenarbeit der Gesundheitsdienste;
- Beteiligung der Gemeinschaft und Gemeinde;
- > Qualitätssicherung;
- Einbeziehung anderer Sektoren wie Landwirtschaft, Industrie, Erziehungs- und Bildungswesen, Wohnungsbau, Verkehrswesen.

Die Deklaration von Alma-Ata zielte vorrangig auf eine Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung und Gesundheitssicherung in den Entwicklungsländern. Hintergrund war ein Wechsel in der Politik der WHO, die sich auf ihre Verfassung zurückbezog und die Aufhebung sozialer und gesundheitlicher Ungleichheiten in das Zentrum ihrer zukünftigen Aktivitäten stellte. Die Alma-Ata-Deklaration verpflichtete daher die internationale Gesundheitspolitik zur Beseitigung der „flagranten Ungleichheiten“ zwischen entwickelten Industriegesellschaften und den Entwicklungsländern im Gesundheitszustand sowie bei den Gesundheitsdiensten. Doch die Aufgaben und Prinzipien der Deklaration sind weiterhin aktuell für die Primäre Gesundheitsversorgung der Industriestaaten.

„Primary Health Care“ und die Deklaration wurden in Deutschland fachwissenschaftlich und gesundheitspolitisch kaum diskutiert und ihre Umsetzung lange Zeit vernachlässigt. Erst im Zuge der Gesundheitsförderung und durch die „Ottawa-Charta“ wurde sie mit ihrer ungebrochenen Aktualität „wiederentdeckt“. Die Integration der vier Säulen von Primary Health Care ist auch für

die entwickelte Gesellschaft der BRD immer noch relevant und angesichts der politischen und finanziellen Restriktionen in der Gesundheitspolitik und -versorgung sowie der gesundheitspolitischen Entwicklungen von einem befriedigenden Zustand entfernt.

Literatur: Deklaration der Internationalen Konferenz zur Primären Gesundheitsversorgung, Alma-Ata 1978, in: Franzkowiak P / Sabo P (Hg.), Dokumente der Gesundheitsförderung, Mainz 1993, 61-64; Labisch A, Die „gemeinschaftliche Gesundheitssicherung“ (Primary Health Care) in der Bundesrepublik Deutschland und in der Europäischen Gemeinschaft, in: Öffentliches Gesundheitswesen, 1981 (43), 500-506; Waller H / Trojan A, Gemeindebezogene Gesundheitssicherung, München 1982

Peter Sabo

Projektmanagement

Mit Projektmanagement wird die „Gesamtheit von Führungsaufgaben, -organisation, -techniken und -mitteln für die Abwicklung eines Projektes“ (DIN 69901) bezeichnet. Ein Projekt ist gekennzeichnet durch eine gewisse Einmaligkeit, vereinbarte Ziele, zeitliche Abgrenzung, festgelegte und zugeordnete Ressourcen, Zusammenarbeit mehrerer Menschen aus unterschiedlichen Bereichen. Es ist häufig mit personellen, sozialen, finanziellen und anderen Risiken verbunden und erfordert eine Projektleitung.

Projektmanagement hat die Aufgabe, daß die Ziele eines Projektes bzw. von Teilprojekten mit den festgelegten personellen, finanziellen, zeitlichen und technischen Rahmenbedingungen erreicht werden. Das erfordert zum einen die Organisation des Projektes durch die Gestaltung der Entwicklungs- und Durchführungsorganisation und zum anderen die Projektleitung durch Planung, Kontrolle und Steuerung der Projektaufgaben. Dabei kann für ein Projekt eine Organisation innerhalb einer Organisation (> Organisationsentwicklung als Methode der Gesundheitsförderung) oder zwischen mehreren Organisationen (> Organisationsentwicklung von Institutionen) entstehen.

Modernes Projektmanagement hat sich in den USA in und ab dem zweiten Weltkrieg entwick-

kelt, wo bei großen Projekten neue Organisationsstrukturen für die Zusammenarbeit unterschiedlicher Bereiche erarbeitet werden mußten. Das Weltraumprogramm und andere militärische Projekte führten zur Entwicklung von Managementkonzepten, deren Veröffentlichungen die Industrie anregten, sich mit Projektmanagement zu befassen und dieses anzuwenden. Ab den sechziger Jahren verbreitete sich langsam das Projektmanagement auch in Europa und der Bundesrepublik Deutschland. Aber erst mit der Zunahme der Automatisierung und der Internationalisierung der Wirtschaft sowie dem Wandel in ökonomischen Konzepten, gesellschaftlichen Wertvorstellungen und politischen Konstellationen stieg die Bedeutung und Anwendung von Projektmanagement in den letzten zwei Jahrzehnten. Zusätzlich tragen zu diesem Bedeutungswandel knapper werdende Ressourcen und eine zunehmende Komplexität der Tätigkeiten, Produktionsverläufe und Abstimmungsprozesse zwischen allen Beteiligten bei. Diese Veränderungen erfordern angemessene Steuerungsinstrumente und neue, nicht-hierarchische, nicht auf Befehl und Gehorsam aufgebaute Vorgehensweisen.

Auch in der Gesundheitsförderung wird Projektmanagement immer notwendiger, bedingt durch die wachsende Komplexität der die Gesundheit beeinflussenden Bedingungen und Verhaltensweisen, ihre individuellen und strukturellen Einwirkung und die immer knapper werdenden Ressourcen für Prävention, Therapie und Rehabilitation (> Finanzierung der Gesundheitsförderung). Hinzu kommt die Aufgabenstellung von Gesundheitsförderungsprojekten, nicht nur „extern“ für Zielgruppen, Organisationen etc. Gesundheit zu erhalten, zu fördern oder wiederherzustellen, sondern dieselben Ansprüche nach Möglichkeiten auch „intern“ an die Gesundheit der eigenen Projekte und Organisationen („Projekt- und Organisationskultur“) zu stellen.

Der Zyklus eines Projektes beginnt stets mit der Projektidee, durchläuft die Phasen der Planung, der Realisierung und des Abschlusses bzw. der Einführung in die regulären Tätigkeiten oder Aufgaben. Diese Phasen sind:

1. *Situations-/Problembeschreibung:* Unter der Fragestellung „Was ist los?“ werden die für die Projektidee wichtigen Ausgangslagen, Sympto-

me und Ursachen festgestellt, das > Setting, Zusammenhänge und Rahmenbedingungen analysiert (Auswertung von Statistiken, Berichten, Selbstdarstellungen, Befragungen).

2. **Zielentwicklung:** Zur Beantwortung der Frage „Was wollen wir erreichen?“ werden die gewünschten Eigenschaften der Projektergebnisse beschrieben und durch Festlegen der Haupt- und Teilziele wird eine Zielhierarchie hergestellt. Ziele sollten klar und verständlich, lösungsneutral, anspruchsvoll aber erreichbar und überprüfbar sein.
3. **Projektauslösung:** Nachdem Projektursachen, Nutzen, Chancen, Risiken und Aufwand des Projektes erfaßt und dargestellt sind, wird über die Planung und Durchführung des Projektes entschieden und - wenn noch erforderlich - eine Projektgruppe gebildet.
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 die Strukturplanung die einzelnen Aufgaben zu Projektteilen und stellt ihre Beziehung zueinander fest. Mit der Aufgabenplanung wird festgelegt, welche Aufgaben (Vorgänge) von wem erfüllt werden sollen und wie danach 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 schließlich legt die Kontrollverfahren und das Berichtswesen fest.
5. **Projektdurchführung:** Nach der Entscheidung wird das Projekt entsprechend der Planung durchgeführt, wobei Termine, Qualität und Kosten der Aufgaben durch die Projektkontrolle überwacht werden und die Projektsteuerung auf Abweichungen und Veränderungen reagiert.
6. **Projektabschluss:** Mit der Analyse der Kontrolleergebnisse, der Auswertung der Einzelberichte und der Kostenabrechnung wird der Frage nachgegangen „Was haben wir warum mit welchen Mitteln erreicht bzw. nicht erreicht?“, der Gesamtbericht erstellt und das Projekt abgeschlossen.

Der Zyklus von Projektphasen muß auch in der Gesundheitsförderung für jedes Projekt eingehalten werden, um Risiken zu vermindern. Je nach Projekt ist der Umfang der einzelnen Phasen un-

terschiedlich. Situationsbeschreibung, Zielentwicklung und Kontrollplanung sind dabei unumgängliche Aufgaben. Das gilt gleichermaßen für kleinere Projekte (z.B. einen Aktionstag oder eine Informationsveranstaltung) wie für größere, langfristige angelegte Vorhaben (z.B. mehrmonatige Trainingskurse oder die Umsetzung der Gesunde-Städte-Prinzipien in einer Kommune). Die Anforderungen an die Leitung und den Zyklus zum Projektvollzug sind gleich.

Von der Projektleitung werden neben den Fähigkeiten zur Planung, Koordinierung, Kontrolle und Dokumentation mit Kenntnis und Anwendung der dazu erforderlichen Techniken überfachliche Qualifikationen erwartet wie Teamfähigkeit, Kommunikations-, Kooperations- und Konfliktfähigkeit. Von dem Projektträger und dem Führungsstil und der Qualifikation der Projektleitung wird die „Projektkultur“ entscheidend geprägt und der Projekterfolg beeinflusst. Dazu gehört auch, daß durch die personelle Zusammensetzung der an einem Projekt Beteiligten mehrere Kompetenzen versammelt sind, d.h. das Projekt über entsprechendes „Kapital“ verfügt: Wissenskapital (KennerInnen des Problems), Entscheidungskapital (EntscheidungsträgerInnen), Beziehungskapital (MitarbeiterInnen mit Anerkennung, Kontakten) und Betroffenheitskapital (Betroffene, Engagierte).

Literatur: Großmann R / Scala K, Gesundheit durch Projekte fördern, Weinheim und München 1994; Heeg FJ, Projektmanagement, München 1993; Litke HD, Projektmanagement, München 1991; Mees J et al., Projektmanagement in neuen Dimensionen, Wiesbaden 1993; Wirtz T / Mehrmann E, Effizientes Projektmanagement, Düsseldorf 1992

Peter Sabo

Protektivfaktoren

Die medizinische und gesundheitswissenschaftliche Forschung zu > Risikofaktoren konzentriert sich darauf, Gefährdungen und Beeinträchtigungen der Gesundheit zu identifizieren. In Anlehnung an die > salutogenetische Perspektive des Medizinsoziologen Antonovsky stellt sich in der Gesundheitsförderung hingegen die Frage nach den gesunderhaltenden Lebensbedingungen, nach sozialen und persönlichen Ressourcen und ge-

sundheitsförderlichen > Lebensweisen. Von primärer Bedeutung ist die Identifizierung von sog. Schutz- bzw. Protektivfaktoren für Gesundheit und Gesunderhaltung. Sie können im Sinne der Ottawa-Charta auch als Gesundheitsressourcen bzw. Gesundheitspotentiale verstanden werden (> Gesundheitsförderung III).

Bei den Protektivfaktoren lassen sich die persönlichen (internen) Ressourcen von den umweltbezogenen und sozialen (externen) Ressourcen unterscheiden. Eine erfolgreiche Bewältigung von akuten und chronischen Streßbelastungen ist davon abhängig, ob und wie Menschen in einer Belastungssituation nicht nur interne, sondern auch externe Ressourcen mobilisieren können (> Belastung und Bewältigung). Zwischen dem Konzept der internen Ressourcen und den salutogenetischen Konstrukten des „Kohärenzsinnes“ und der „generalisierten Widerstandsressourcen“ bestehen enge Verbindungen, z.T. auch direkte Überschneidungen.

Als *persönliche bzw. interne Ressourcen* bezeichnet man individuelle Lebenskompetenzen (engl.: life skills) und weitere persönliche Schutzfaktoren. An erster Stelle ist hier ein stabiles, widerstandsfähiges Immunsystem und weitgehende körperliche Gesundheit zu nennen. Im psychosozialen Bereich zählen zu den internen Ressourcen die folgenden verallgemeinerten („generalisierten“) Einstellungen von Menschen zu sich und ihrer Umwelt:

- Zuversicht („generalisierte positive Zukunftserwartungen“);
- ein positives Selbstwertgefühl, Selbstakzeptanz und ein stabiles Selbstsystem;
- innere Kontrollüberzeugung, Selbstvertrauen und Selbstwirksamkeitsüberzeugungen (> Soziale Lerntheorie);
- die Überzeugung, die eigene Lebenslage sowie Lebenskonflikte meistern zu können;
- die Fähigkeit zu „Sinnerleben“ und „Sinnfindung“;
- eine positive soziale Orientierung;
- Handlungskompetenzen zur aktiven Problembewältigung und allgm. Kompetenzen zur Lebensbewältigung und Selbstbehauptung („life skills“).

Unter *Ressourcen in der Umwelt bzw. externen Ressourcen* versteht man Protektivfaktoren, die in der sozial-ökologischen Umwelt eines Menschen vorliegen. Übergreifend sind hier zu nennen: die Sicherung von Grundbedingungen wie

Arbeit, ausreichendem Wohnraum, angemessener Ernährung etc.; sozialer Rückhalt; soziale Integration und > soziale Unterstützung; ein gesundheitsförderliches soziales Klima; gesundheitliche Grundversorgung und ein guter Zugang zu Gesundheitsdiensten, Krisenhilfe- und Beratungseinrichtungen in der Gemeinde (> Primäre Gesundheitsversorgung). Als sozial-ökologische Protektivfaktoren im sozialen Nahraum sind bspw. aus der Entwicklungsforschung bekannt:

- ein dichtes Netz sozialer Bindungen und Bezugs- bzw. Identifikationspersonen über die Kernfamilie hinaus;
- Einbindung in soziale Unterstützungsnetzwerke im Lebensumfeld;
- klar definierte und verbindliche Strukturen, Regeln und Rollenbeziehungen in der Familie;
- familiärer Zusammenhalt, gemeinsame Werte und Lebensperspektiven der Familienmitglieder.

Es wird noch eine Vielzahl weiterer materieller und physikalischer Protektivfaktoren vermutet und erforscht - insbesondere im Bereich der Arbeits- und Umweltwissenschaften, der Umweltmedizin, der Stadtplanung u.a.m. In der Gesundheitsförderung und den Gesundheitswissenschaften liegt der Schwerpunkt gegenwärtig aber noch auf der Erforschung und präventiven Nutzung der persönlichen und psychosozialen Ressourcen für Gesundheit (z.B. sozialer Rückhalt).

Ob psychische Auffälligkeiten, Fehlentwicklungen und Streß-Folgeerkrankungen entstehen, ist nicht allein abhängig von der Summe und Qualität von Risiken oder Belastungen. Entscheidend ist, ob ein Mensch Kontrolle ausüben kann über das jeweilige Verhältnis zwischen belastungsverstärkenden Risikofaktoren und eher belastungsabschirmenden, d.h. protektiven, Schutzfaktoren. Wenn Risikofaktoren dauerhaft überwiegen, steigt die Wahrscheinlichkeit, eine Erkrankung oder Abweichung zu entwickeln. Dies gilt besonders für starke Belastungen, wie sie mit der Bewältigung von kritischen Lebensereignissen, von Statusübergängen im Lebenslauf oder bei materieller bzw. sozialer Benachteiligung einhergehen. Protektive Faktoren wirken hier wie ein Filter, durch den Risikofaktoren neutralisiert oder zurückgedrängt werden. Protektive Faktoren werden jedoch unter folgenden Bedingungen geschwächt: bei einer Veränderung oder dem Verlust sozialer und

materieller Unterstützungsnetzwerke, beim Nachlassen der persönlichen Widerstandskraft und durch starke negative Veränderungen der Lebenssituation infolge des Verlusts von Fertigkeiten und Kompetenzen.

Langzeituntersuchungen aus der Sozial- und Entwicklungspsychologie erlauben die folgende konzeptionelle Erweiterung: Das Auftreten psychischer und psychosomatischer Auffälligkeiten ist auch abhängig von unterschiedlichen persönlichen Stilen der Verarbeitung und Bewältigung von Belastungen. Bedeutsam sind hier Unterschiede in der Empfindlichkeit („Verletzlichkeit“, „Vulnerabilität“) von Menschen gegenüber körperlichen, psychischen und sozialen Anforderungen und Belastungen. Eine sog. vulnerable Disposition entwickelt sich lebensgeschichtlich auf der Grundlage eines instabilen und unsicheren Gefüges von Persönlichkeitsmerkmalen, Interaktionsmustern und sozial-ökologischen Risikofaktoren. Als ihr Gegenpol wird die psychische „Unverletzlichkeit“ („Invulnerabilität“) bezeichnet.

Wenn ein Mensch weitgehende Kontrolle über seine persönlichen und sozial-ökologischen Protektivfaktoren hat, verfügt er/sie über nicht nur kurzfristig wirksame Ressourcen für Belastungsminderung und -beseitigung. Diese Faktoren sind auch langfristige Gesundheitsressourcen. Eine kontinuierliche Förderung protektiver Ressourcen bei den einzelnen Menschen, im übergreifenden Lebenskontext (Familie, Gemeinde, Institutionen) sowie im Rahmen der Lebensverhältnisse und Gesamtpolitik zählt daher zu den zentralen Selbstverpflichtungen der Gesundheitsförderung.

Literatur: Beutel M, Was schützt Gesundheit? In: Psychotherapie und medizinische Psychologie 39 (1989), 452-462; Bröckamp U, Gesundheit und Schule, Bonn (Bundesministerium für Bildung und Wissenschaft) 1994, 5-27; Hurrelmann K, Sozialisation und Gesundheit, Weinheim 1988, 121-165; Waller H, Sozialmedizin, Stuttgart 1993, 9-38

Peter Franzkowiak

Psychosomatische Krankheitsmodelle

Psychosomatische Krankheitsmodelle wurden ursprünglich in der Psychoanalyse und Tiefenpsychologie, der Medizinischen Anthropologie und der Psychophysiologie entwickelt. Die Psychosomatische Medizin erweiterte das geschlossene naturwissenschaftlich-medizinische Konzept des menschlichen Organismus um das Seelische. Das Erleben, Verarbeiten und Verhalten beim einzelnen Menschen wurde erstmals systematisch in die Entstehung und Behandlung von körperlichen Beschwerden und Krankheiten einbezogen. Psychosomatik in der Medizin ist ein eigenständiger diagnostischer und therapeutischer Ansatz zum Verständnis und zur Heilung von „leib-seelischen“ Zusammenhängen. Ihr Ansatzpunkt sind Beschwerden, Krankheitsbilder und psychophysiologische Beobachtungen.

Psychosomatische Störungen und Krankheitsbilder können in drei Bereiche unterteilt werden:

- 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, Hautekzeme (Neurodermitis), essentieller Bluthochdruck oder Bronchialasthma);
- körperliche Beschwerdebilder ohne ursächlichen krankhaften Organbefund (sog. „Somatisierungen“, die auch als „vegetative“ oder „funktionelle“ Störungen bezeichnet werden, wie z.B. Herzphobien, Kopfschmerz);
- seelische Reaktionen auf körperliche Leiden und traumatische Lebensereignisse (z.B. nach kritischen Lebensereignissen wie Gewalt- oder Verleusterfahrungen, Unfällen, Operationen oder bei chronischen Krankheitszuständen).

Die Tabelle auf der folgenden Seite versammelt häufige funktionelle bzw. vegetative Störungen, die einen psychosomatischen Krankheitswert haben bzw. mit erhöhter Wahrscheinlichkeit einer nachfolgenden psychosomatischen Erkrankung einhergehen.

Auch die massenhaft verbreiteten chronisch-degenerativen Zivilisationskrankheiten wie Arteriosklerose und Herzinfarkt, ZNS-Gefäßstörungen

Kreislauf	Regulationsstörungen mit zu niedrigem Blutdruck und Neigung zur „Ohnmacht“ (hypotone oder orthostatische Dysregulation, synkopale Anfälle), Schwindel vegetative Herzrhythmusstörungen wie Herzstolpern und -jagen (Extrasystolen, Tachycardie) Schmerzen und Engegefühl in der Brust
Atmung	Kloßgefühl im Hals Atembeklemmung zu schnelle und flache Atmung, gelegentlich mit Muskelkrämpfen (Hyperventilationstetanie)
Verdauung	Übelkeit und Erbrechen / Magenschmerzen Sodbrennen Völlegefühl (Meteorismus) Durchfall (Diarrhoe) Verstopfung (Obstipation)
Harn- und Geschlechtsorgane	Nächtliches Einnässen (Enuresis nocturna) Menstruationsbeschwerden (Dysmenorrhoe) sexuelle Funktionsstörungen Blasenschmerzen, ständiger Harndrang Prostatabeschwerden
Haut	Juckreiz (psychogener Pruritus)
Bewegungsapparat	Bewegungsschmerz und Verspannung der Schulter- / Armmuskulatur oder im Bereich der Brust- und Lendenwirbelsäule (Cervikal- und Lumbalsyndrom, „Weichteilrheumatismus“)
Chronische Schmerzen	Migräne Spannungskopfschmerzen unterschiedliche Schmerzreaktionen bei chronischen Erkrankungen
<i>Abb.13: Häufige funktionelle bzw. vegetative Störungen (nach: Lieb/Pein 1990, 40)</i>	

wie der Schlaganfall, bösartige Neubildungen (Krebs), Rheuma, Diabetes mellitus und andere Stoffwechselstörungen können im Einzelfall unter psychosomatischen Gesichtspunkten betrachtet bzw. behandelt werden. Bei den verstärkt auftretenden Störungen des Eßverhaltens (Adipositas, Anorexie, Bulimie als Versuche der Manipulation von Nahrungsaufnahme und Körpergewicht) wird ein starker psychosomatischer Hintergrund vermutet.

In Konkurrenz zu den ursprünglichen, v.a. tiefenpsychologisch und psychodynamisch geprägten, Erklärungs- und Therapiemodellen tritt in jüngster Zeit ein verhaltenswissenschaftliches Verständnis von Psychosomatik. Im Einklang mit der tiefen-psychologischen Tradition werden auch hier psychosomatische Störungen als problematisches

Erleben und Verhalten angesehen bzw. gelten als „Konflikt-Scheinlösungen“ mit Krankheitswert. Andererseits wird herausgestellt, daß der Begriff der Psychosomatik immer auch ein „gesundes Phänomen“ beschreibt: 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“).

Auf diesem Hintergrund plädieren viele VertreterInnen der verhaltenswissenschaftlichen Perspektive dafür, die Bezeichnung „psychosomatische Störung“ durch den Begriff der „psycho-physiologischen Störung“ zu ersetzen.

Aus verhaltenstheoretischer Sicht entsteht eine psychosomatische Störung oder Krankheit insbesondere dann, wenn Menschen unter akuter Belastung bzw. bei chronischer Überforderung das natürliche Zusammenspiel von Körper und Seele nicht mehr verstehen. Sie erfahren beide Bereiche als voneinander getrennt und versuchen eine einseitige gesundheitsschädliche „Selbstbehandlung“, z. B. in Form von Risikoverhalten, die zu neuen krankheitsbezogenen Problemen führt. (Die Prozesse, die zum Erwerb und einer Verfestigung der hier wirksamen Verhaltensmuster führen, werden unter dem Stichwort > Lern- und verhaltenstheoretisches Krankheitsmodell vorgestellt.) (Abb.13)

In allen psychosomatischen Krankheitsmodellen werden der individuelle und lebensgeschichtliche Rahmen von Belastungen und Konflikten, die persönlichen Bedeutungszuschreibungen und die fehllaufenden Bewältigungsversuche als entscheidende Variablen für Krankheitsentstehung und -verlauf angesehen (> Attributionstheorie, > Belastung und Bewältigung, > Subjektwissenschaftliche Perspektive). Die Modelle basieren auf einem Kontinuitätsmodell von Gesundheit und Krankheit und betonen den Stellenwert des ge- bzw. mißlingenden „Streß-Coping“ des einzelnen Menschen (> Gesundheits-Krankheits-Kontinuum).

Damit haben sie eine Brückenfunktion zwischen klassisch-naturwissenschaftlichen Krankheitsmodellen und den neueren integrativen Gesundheits-Krankheits-Modellen wie dem Streß-Coping-Modell. Die verhaltenswissenschaftlichen

psychosomatischen Erklärungsmodelle und Interventionsformen integrieren zusätzlich > salutogenetische Elemente. Sie sind unverzichtbare konzeptionelle Bausteine für die gesundheitswissenschaftliche Fundierung der Gesundheitsförderung. Sie begründen die Notwendigkeit von gesundheitsfördernden Maßnahmen zur individuellen > Kompetenzerweiterung und zur sozialen > Netzwerkförderung.

Literatur: Bräutigam W et al., Psychosomatische Medizin, Stuttgart New York 1992; Hurrelmann K, Sozialisation und Gesundheit, Weinheim 1988, 121-165; Lieb H / Pein Av, Der kranke Gesunde, Stuttgart 1990; Schulz W / Gerhards F, Psychosomatik, in: Asanger R / Wenninger G (Hg.), Handwörterbuch Psychologie, Weinheim 1994, 622-627; Uexküll Tv, Psychosomatische Medizin, München Wien Baltimore 1990

Peter Franzkowiak

Qualitätssicherung

Überlegungen zur Qualitätssicherung in der Prävention und Gesundheitsförderung stehen erst am Anfang. Die Menge und Heterogenität präventiver und gesundheitsfördernder Angebote nimmt zu. Für die kassenärztliche Versorgung wird Qualitätssicherung in den §§ 135 ff. des 5. Bandes des Sozialgesetzbuchs (SGB V) direkt vorgeschrieben; Prävention und Gesundheitsförderung werden in diesem Zusammenhang nur indirekt angesprochen. Bedingt durch das Gesundheitsreformgesetz (GRG) von 1989 haben aber besonders die Krankenkassen eine breite Palette von Kursen und Beratungen in ihren Leistungskatalog aufgenommen (> Gesundheitsförderung IV). Vor diesem Hintergrund wird zunehmend der Ruf nach Qualitätssicherung laut. In der Qualitätssicherung werden drei Bereiche unterschieden:

- *Strukturqualität* (Ausstattung des Leistungserbringers, die Qualifikation der MitarbeiterInnen, deren Anzahl etc.);
- *Prozeßqualität* (die Art der Leistungserbringung);
- *Ergebnisqualität* (Beurteilung der erreichten Effekte).

Diese Einteilung stammt aus den USA und wurde für die klinische Medizin entwickelt. Sie gilt

auch in der deutschen Medizin als anerkannt und wurde auf andere Bereiche übertragen.

Voraussetzung für Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung ist die Formulierung von Qualitätsstandards, d.h. Kriterien, die der Bewertung der Strukturen, Prozesse und Ergebnisse zugrunde gelegt werden. In der Gesundheitsförderung fehlen in vielen Bereichen Verfahren zur > Evaluation und Dokumentation, auf deren Basis Normwerte definiert werden könnten. Bei Maßnahmen der Sekundärprävention sind solche Standards denkbar: z.B. der Anteil von TeilnehmerInnen eines Raucherentwöhnungskurses, die mindestens zwei Jahre ohne Unterbrechung nicht mehr rauchen. So hat die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung gemeinsam mit den Krankenkassen ein „Qualitätsraster Adipositas“ erarbeitet, das zur Beurteilung verschiedener Maßnahmen gegen Übergewicht herangezogen werden kann.

Im primärpräventiven Bereich und insbesondere bei unspezifischen Maßnahmen der Gesundheitsförderung sind Ziele und Erfolgskriterien bisher weitgehend undefiniert. Allerdings liegen gesundheitspolitische Qualitätsansprüche vor (Entscheidungen der Gesundheitsministerkonferenzen, Empfehlungen von Verbänden etc.), die zumindest eine grobe Orientierung geben. Einige Stichworte aus solchen Programmen sind: Vermittlung eines positiven Gesundheitsbegriffs, Partizipation der Adressaten, Vorrang struktureller und ursachenorientierter Maßnahmen, Bedarfs-/Bedürfnisorientierung, Überwindung traditioneller Handlungsfelder und Innovation. Darüber hinaus liegen Ergebnisse von Evaluationsstudien vor, die eventuell in die Definition von Kriterien einfließen könnten. Dazu müssen sie jedoch zuerst gesammelt und auf ihre Vergleichbarkeit hin überprüft werden. Verfahren der Qualitätssicherung in der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung werden vorangetrieben. Der Stellenwert von Prävention und Gesundheitsförderung wird zukünftig wesentlich von ähnlichen Aktivitäten abhängen.

Literatur: Beske F, Qualitätssicherung, in: Gesundheitswesen 54 (1992), 508-510; Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung (Hg.), Symposium zur Qualitätssicherung - Forschungsbericht 203, Bonn 1990; Prävention -

Zeitschrift für Gesundheitsförderung, 1, 1993 (16), Schwerpunktheft „Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung“; Feser H, Hüsgen HA. Sabo P, Einführung und Anwendung von qualitätssichernden Maßnahmen, Schwabenheim 1996

Klaus Riemann

Risikofaktoren

Als Risikofaktoren bezeichnet man in der Sozial- und Präventivmedizin alle empirisch zu erhebenden Vorläufer und „Prädiktoren“ von Krankheiten im Bevölkerungsmaßstab. Durch ihr Einwirken entsteht eine erhöhte Wahrscheinlichkeit, an der nachfolgenden Krankheit zu erkranken und/oder zu versterben. Die für das Risikofaktorenkonzept entscheidenden Zusammenhänge sind epidemiologischer Art, d.h. sie sind Aussagen über Wahrscheinlichkeitsbeziehungen in Bevölkerungseinheiten bzw. Gesamtbevölkerungen (> Epidemiologie). Die Wirkung von Risikofaktoren ist für die einzelnen Menschen in der Regel nicht kausal oder zwangsläufig. Risikoaussagen müssen daher nicht für den Einzelfall zutreffen, sind aber für Fragen der Öffentlichen Gesundheit, d.h. hinsichtlich des Gesundheitszustands und der Gesundheitsrisiken der Gesamtbevölkerung bzw. ausgewählter Gruppen, von Bedeutung.

Das Risikofaktorenkonzept ist derzeit das wichtigste Erklärungsmodell und die einflussreichste Interventionsgrundlage in der > Prävention und > Gesundheitsförderung. Es wurde seit Anfang der 60er Jahre als eine epidemiologisch begründete Erweiterung des > biomedizinischen Paradigmas entwickelt. Die Weiterentwicklung war nötig geworden, da eine direkte Übertragung der biomedizinischen Erklärungsansätze auf die heute epidemischen chronisch-degenerativen Erkrankungen (Zivilisationserkrankungen) nur in eingeschränktem Maße möglich und sinnvoll war. Im Risikofaktorenmodell werden komplexe und nicht-kausale Entstehungszusammenhänge für die Zivilisationskrankheiten angenommen.

Die Identifikation von Risikofaktoren ist am weitesten vorangeschritten in der Erforschung und Vorsorge jener chronisch-degenerativen Erkrankungen, die die Haupterkrankungshäufigkeiten und Haupttodesursachen in den industrialisierten

Gesellschaften ausmachen: kardiovaskuläre und cerebrovaskuläre Erkrankungen (Herz-Kreislauf-Krankheiten), bösartige Neubildungen (Krebs), Diabetes, Rheuma u.a.m. Dabei wird eine Unterscheidung getroffen zwischen verhaltens- und persönlichkeitsgebundenen Risikofaktoren und nicht-verhaltensgebundenen, d.h. sozialstrukturell bzw. ökologisch bedingten, Risikofaktoren.

- Als wichtigste verhaltens- bzw. persönlichkeitsgebundene Risikofaktoren für kardiovaskuläre und cerebrovaskuläre Erkrankungen sowie Krebs sind derzeit identifiziert:

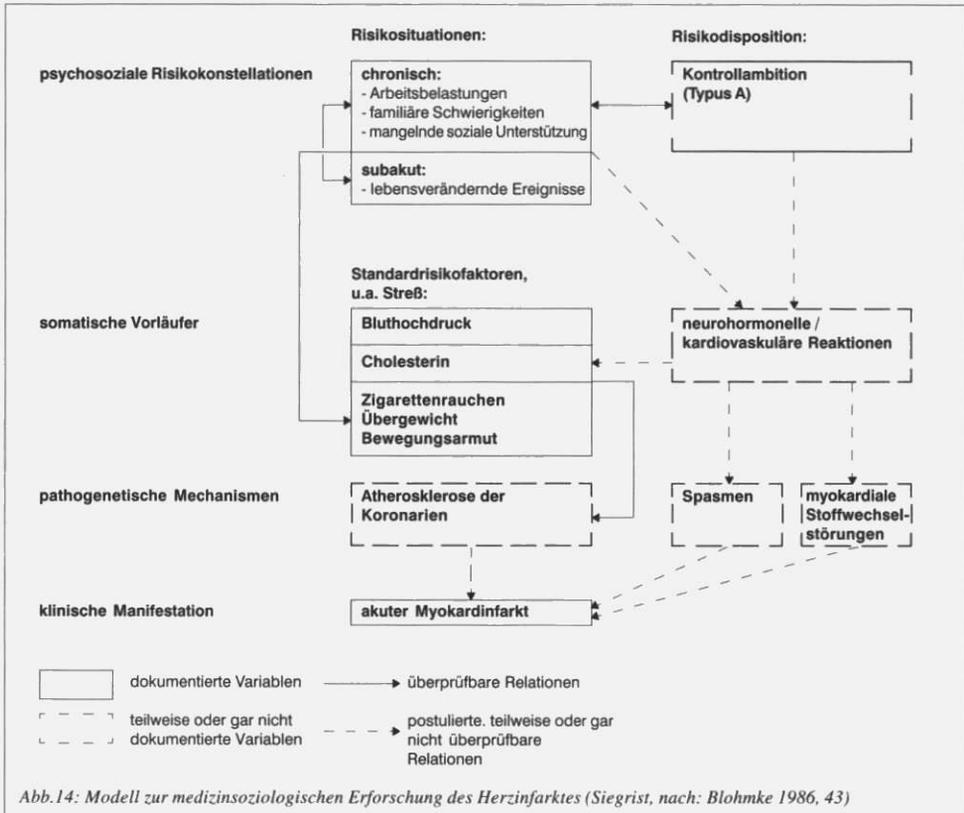
- Tabakkonsum (Zigarettenrauchen);
- Bluthochdruck (Hypertonie);
- erhöhter Cholesterinspiegel (Hypercholesterinämie);
- Diabetes mellitus;
- Fehlernährung;
- Übergewicht;
- Bewegungsmangel;
- chronische Streßbelastung und -überlastung;
- „Typ-A-Verhaltensmuster“ (Kontrollambitionen, übersteigertes Leistungsstreben und Ehrgeiz, Gehezttheit und Irritierbarkeit, latente Feindseligkeit).

Als bedeutsame nicht-verhaltensgebundene Risikofaktoren für koronare Herzerkrankungen und bösartige Neubildungen sind epidemiologisch nachgewiesen:

- berufliche bzw. ökologische Expositionen gegenüber Schadstoffen (z.B. Strahlen, Asbest, Teer).

In dieser Zusammenstellung wird ein offensichtliches Mißverhältnis zwischen der Bedeutung verhaltensgebundener Risikofaktoren gegenüber anderen, stärker kontext- und verhältnisbezogenen Gesundheitsrisiken deutlich. Über die bisher erforschten Risikofaktoren hinaus können daher noch weitere Verhaltens- und Umweltrisiken angenommen werden. Sie werden in benachbarten Wissenschaftsbereichen wie den Verhaltens- und Sozialwissenschaften (z.B. in Sozialisations- und Entwicklungstheorien), in den Arbeitswissenschaften oder der Umweltmedizin erforscht und sind - zumindest ansatzweise - in den letzten Jahren in die ursprünglichen Modellvorstellungen integriert worden.

So sollten nach Erkenntnissen der jüngeren medizinsoziologischen Forschung den bisher bekannten verhaltensgebundenen Risikofaktoren



noch weitere Determinanten beigeordnet werden. Dazu zählen psychosoziale Risikokonstellationen bzw.

-konstellationen (z.B. chronische Arbeitsbelastungen in Form von Über- bzw. Unterforderung, mangelnde soziale Unterstützung, „Gratifikationskrisen“ im Arbeitsleben) und persönliche Risikodispositionen (z.B. kritische Lebensereignisse, belastende Lebensalterübergänge sowie das bereits genannte „Typ-A-Verhaltensmuster“). Wie die Abbildung (Abb. 14) zeigt, bestehen hier Querverbindungen zum „Stress-Coping-Modell“ (> Belastung und Bewältigung), in dem den psychosozialen Faktoren eine entscheidende Rolle in der Krankheitsentstehung zugewiesen wird.

In der Umsetzung setzen die Vertreter des präventivmedizinischen Risikofaktorenkonzepts vorrangig auf individuelle Verhaltensänderungen bei den verhaltensgebundenen Risikofaktoren. Die Risikofaktorenmedizin orientiert sich in aller Regel auf

- die Veränderung von individuellen Verhaltensmustern;
- die Typisierung von Persönlichkeitsmerkmalen (z.B. das „Typ-A-Verhaltensmuster“ als Kern einer sog. Risikopersonlichkeit) sowie
- die Früherkennung und therapeutische Überwachung von Menschen, die wegen erhöhter Risikowerte als sog. Risikoträger etikettiert werden.

In diesem Zusammenhang werden verstärkt Warnungen vor einem überzogenen gesamtgesellschaftlichen Gesundheitszwang („Healthismus“, „Compliance“) laut. Risikobezogene Interventionen, in denen Verhaltens- und Verhältnisprävention zumindest ansatzweise miteinander verbunden wurden, sind bislang nur im Rahmen von epidemiologischen Modellstudien und Gemeindeprogrammen wie der Deutschen-Herz-Kreislauf-Präventionsstudie DHP zu finden (> Gemeindeförderung).

In der vorliegenden Form deckt das Risikofaktorenkonzept für die Gesundheitsförderung nur einen eingegrenzten Theorie- und Umsetzungsbereich ab. Komplexinteraktionistische Modelle wie das Belastungs-Bewältigungs-Modell, in denen Erkenntnisse des Risikofaktorenmodells verarbeitet und integriert werden, erscheinen als Erklärungsmodelle und Handlungsanleitungen für die Gesundheitsförderung derzeit fruchtbarer. In der > salutogenetischen Perspektive der wird die einseitige biomedizinische Orientierung auf Risikofaktoren aufgegeben. An Stelle des Risikofaktorenkonzepts treten dynamische Modelle des Zusammenwirkens von Risikofaktoren und > Protektivfaktoren auf persönlicher, Gruppen-, Gemeinde- und sozialstruktureller Ebene. In präventiver Hinsicht können daher nur Interventionen vorgenommen werden, in denen sowohl verhaltens als auch verhältnispräventive Änderungen angestrebt werden - bei umfassender > Partizipation der beteiligten Menschen.

Literatur: Brennecke R / Schelp FP, Sozialmedizin, Stuttgart 1993, 35-111; Franzkowiak P, Kleine Freuden kleine Fluchten, in: Wenzel E (Hg.), Die Ökologie des Körpers, Frankfurt/M. 1986, 121-174; Kühn H, Healthismus, Berlin 1993; Marstedt G, Gesundheitsverhalten als Risikomeidung - Postulat und Alltagsrealität, in: Jahrbuch für Kritische Medizin 23, Hamburg 1993, 75-99; Siegrist J, Soziale Krisen und Gesundheit, in: Prävention 2, 1991 (14), 43-49; Stöbel U / Troschke Jv, Soziale Umwelt und Krankheit, in: Blohmke M (Hg.), Sozialmedizin, Stuttgart 1986, 41-53

Peter Franzkowiak

Salutogenetische Perspektive

Die salutogenetische Perspektive ist einer der einflußreichsten Ansätze der modernen Medizinsoziologie und Gesundheitspsychologie. Sie wurde von ihrem Begründer Antonovsky in erster Linie für körperliche Gesundheit entwickelt, konnte in den letzten Jahren aber auch mit Erfolg auf das Gebiet der seelischen Gesundheit übertragen werden. Ihr Hauptkennzeichen ist die direkte Frage nach den personalen, ansatzweise auch den kontextbezogenen, Entstehungs- und Erhal-

tungsbedingungen von Gesundheit (daher: Salutogenese). Die Perspektive sieht sich im Gegensatz zur "pathogenetischen" Vorgehensweise der Medizin, wo man sich primär um die Erklärung des Zustandekommens von Krankheiten und um ihre Heilung bemüht.

Die traditionelle Medizin und Medizinsoziologie bedienen sich bei der Analyse von Krankheitsvorläufern und -bedingungen der folgenden Fragerichtung: Warum und woran werden Menschen krank? Die salutogenetische Perspektive kehrt diese Richtung um. Ihre Grundfragen lauten: Warum bleiben Menschen trotz der Vielzahl von krankheitserregenden Risikokonstellationen, psychosozial irritierenden Belastungen und angesichts kritischer Lebensereignisse gesund? Unter welchen persönlichen Voraussetzungen und unter welchen sozial-ökologischen Rahmenbedingungen können sie ihre Gesundheit bewahren?

Gesundheit und Krankheit werden aus salutogenetischem Blickwinkel nicht als einander ausschließende, alternative Zustände gesehen. Sie gelten als angenommene Endpunkte eines gemeinsamen Kontinuums (> Gesundheits-/Krankheits-Kontinuum). Der jeweilige Gesundheitszustand eines Menschen ergibt sich aus der dynamischen Interaktion zwischen belastenden und entlastenden bzw. schützenden Faktoren im Menschen und seiner/ihrer Umwelt. Die Balance zwischen den unterschiedlich stabilen und zeitlich veränderbaren Risiko- und Schutzfaktoren bestimmt das jeweilige Gesundheitsniveau.

Erstes Kernstück der salutogenetischen Perspektive sind die "generalisierten Widerstandsressourcen (GRR)". Damit sind alle Fähigkeiten von Menschen gemeint, zum eigenen Nutzen und zur Förderung der weiteren Entwicklung mit biologischen, psychischen und sozial-ökologischen Spannungen und Belastungen konstruktiv zurechtzukommen. Diese Bewältigungskompetenzen verhindern, daß sich die Belastungen in einer Beeinträchtigung des Wohlbefindens bzw. in Krankheits(vor)bedingungen niederschlagen. Zu solchen salutogenen Ressourcen zählen:

- ausreichende Immunpotentiale des Körpers gegen Krankheitserreger und Stressoren;
- die aktive Vermeidung von Stressoren ("ihnen aus dem Weg gehen können" durch präventives Gesundheits- und Vorsorgeverhalten);

- Intelligenz und geistige Flexibilität, um sich an Lebensbedingungen anpassen zu können oder sie gegebenenfalls aktiv zu verändern;
- die Verfügung über materielle Ressourcen zur Sicherung von Schutz, Ernährung, Wohnung etc.;
- > soziale Unterstützung in vielfältigen > sozialen Netzwerken;
- soziale Integration und aktive Teilnahme an Entscheidungs- und Kontrollprozessen, die die eigene Lebensgestaltung betreffen;
- "Sinnfälligkeit" des eigenen Handelns, d.h. weitestmögliche Kontrolle über die Ziele, Ausführung und Konsequenzen persönlichen Handelns.

Sind ausreichend Widerstandsressourcen vorhanden, können Menschen einen "Kohärenzsinn (sense of coherence)" ausprägen, stärken und dauerhaft aufrechterhalten. Der Kohärenzsinn, das zweite Kernstück im salutogenetischen Denken, wird definiert als eine relativ stabile Handlungsorientierung, die drei Komponenten umfaßt: Verstehbarkeit der Welt (comprehensibility), Handhabbarkeit der verfügbaren Ressourcen (manageability) und Sinnhaftigkeit des Lebens (meaningfulness). Unter dem Kohärenzsinn kann ein positives, aktives Selbstbild der Handlungs- und Bewältigungsfähigkeit verstanden werden, das einhergeht mit der Gewißheit, sich selbst und die eigenen Lebensbedingungen steuern und gestalten zu können. Daraus wird eine für die Gesundheitsförderung folgenreiche Annahme abgeleitet: Je stärker der Kohärenzsinn ausgeprägt ist, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit, Stressoren er-

folgreich und mit positiven Auswirkungen auf die Gesundheit zu bewältigen.

In der folgenden Abbildung (Abb.15) wird das komplexe salutogenetische Modell zwischen den beiden Polen "Stressoren" und "Gesundheits-Krankheits-Kontinuum" in vereinfachter Form dargestellt.

Die salutogenetische Perspektive versucht, eine Erklärungsgrundlage für die Bedeutung personaler Ressourcen bei der Entstehung, Erhaltung und Wiederherstellung von Gesundheit zu liefern. Sie ist derzeit eines der wichtigsten interdisziplinären, integrierenden Gesundheitskonzepte. Allerdings sind einzelne Variablen - insbesondere beim soziokulturellen, gesellschaftlichen und historischen Kontext der Entstehung und Erhaltung von Gesundheit - noch nicht ausreichend operationalisiert bzw. im Hinblick auf ihre gesundheitsfördernde Wirkung überprüft.

Die herausragende Bedeutung des Modells liegt darin, daß die wissenschaftliche und praktische Aufmerksamkeit eindeutig auf Gesundheit und ihre Ressourcen gelegt wird. Hierin besteht auch ein direkter Nutzen für die zukünftige Theorie der Gesundheitsförderung. Enge konzeptionelle Verbindungen zum > Belastungs-Bewältigungs-Konzept, der Erforschung von > Protektivfaktoren und dem > Empowerment sind gegeben.

Literatur: Antonovsky A, Meine Odyssee als Streßforscher, in: Jahrbuch für kritische Medizin 17, Berlin 1991, 112-130; Antonovsky A, Gesundheitsforschung versus Krankheitsforschung.

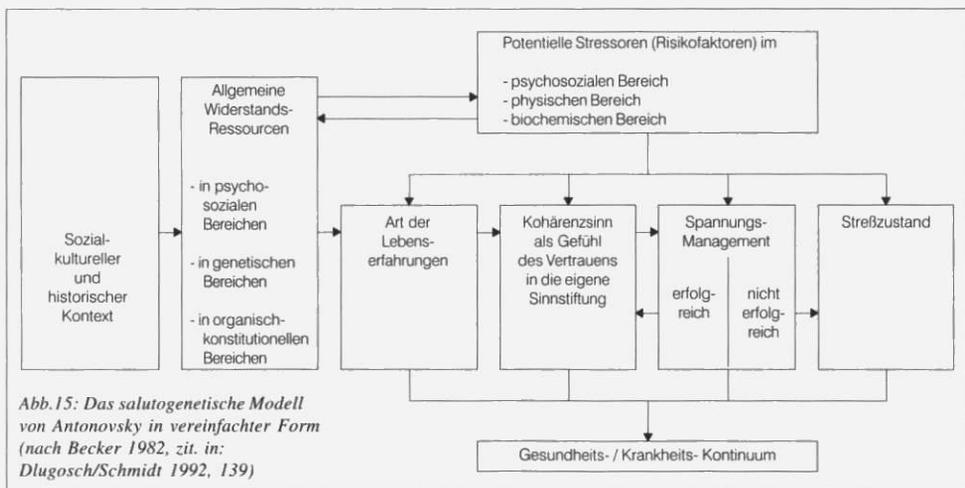


Abb.15: Das salutogenetische Modell von Antonovsky in vereinfachter Form (nach Becker 1982, zit. in: Dlugosch/Schmidt 1992, 139)

In: Franke A / Broda M (Hg.), *Psychosomatische Gesundheit*, Tübingen 1993, 3-14; Dlugosch GE / Schmidt LR, *Gesundheitspsychologie*, in: Bastine R (Hg.), *Klinische Psychologie*, Band 2, Stuttgart 1992, 123-177; Hurrelmann K, *Sozialisation und Gesundheit*, Weinheim 1988, 121-165

Peter Franzkowiak

Selbsthilfe

Untersuchungen zur Inanspruchnahme des Systems der gesundheitlichen Versorgung haben weltweit gezeigt, daß ein großer Teil von Befindlichkeitsstörungen durch Selbsthilfe beseitigt werden kann. Die familiäre Selbsthilfe spielt eine überragende Rolle, vor allem in dem Bereich der Pflege von chronisch kranken und alten Menschen. Wesentlicher Träger der familiären Selbsthilfe sind (bis zu 80%) Frauen. Im weit verstandenen Sinne werden der Selbsthilfe auch die unentgeltlichen „ehrenamtlichen“ erbrachten Hilfeleistungen im Rahmen von Nachbarschaftshilfe oder im Rahmen der Aktivitäten von Wohlfahrtsverbänden zugerechnet.

Im Gesundheitsbereich geht es zumeist um die selbständige Erbringung von Dienstleistungen, gelegentlich aber auch um die eigene Erzeugung von bestimmten Produkten. 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 zu verzeichnen.

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 vor-urbanen und vor-industriellen 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 Selbst-Tätigkeit in bestimmtem Umfang zur Voraussetzung für billige staatliche Kredite machen.

Etwa seit Mitte der 70er Jahre hat das Prinzip der Selbsthilfe in der Gesundheits- und Sozialpolitik zunehmend größere Bedeutung erfahren. Ursachen hierfür waren:

- die Knappheit öffentlicher Mittel für die Versorgung mit professionell organisierten Dienstleistungen;
- die zunehmende Kritik an der „Entmündigung“ der Bürger durch vielfältige Formen professioneller Hilfe;
- die zunehmende Verrechtlichung, Monetarisierung und Bürokratisierung der staatlich organisierten Hilfen in der Sozialpolitik.

In der Sozialpolitik-Forschung 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.

Selbsthilfe ist nicht voraussetzungslos. Sie bedarf gewisser Kompetenzen, wie z.B. Artikulations- und Kommunikationsfähigkeit. Daher findet sich Selbsthilfe 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 „SelbsthelferInnen“ und auch Selbsthilfegruppen vertreten jedoch zumeist nicht nur ihre persönlichen Belange, sondern die Interessen aller vom jeweiligen Problem Betroffenen. Sie sind auf diese Weise oft - selbst wenn die Aktiven zumeist eher nicht zu den „Ärmsten der Armen“ gehören - eine Lobby benachteiligter Menschen und helfen so, die soziale Ungleichheit in der Gesellschaft zu verringern (> Anwaltschaft).

Literatur: Badura B / Ferber Cv (Hg.), Selbsthilfe und Selbstorganisation im Gesundheitswesen, München 1981; Forschungsverbund Laienpotential, Patientenaktivierung und Gesundheits-selbsthilfe (Hg.), Gesundheits-selbsthilfe und professionelle Dienstleistungen, Berlin 1987; Kaufmann FX (Hg.), Staat, intermediäre Instanzen und Selbsthilfe, München 1987

Alf Trojan

Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeförderung

Selbsthilfeszusammenschlüsse wird als Oberbegriff für Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeorganisationen verwandt. Die Selbsthilfeszusammenschlüsse haben nicht nur für die individuelle Bewältigung von Problemen und Krankheit eine große Bedeutung, sondern auch für die multi-sektorale Politik der Gesundheitsförderung. Selbsthilfeszusammenschlüsse 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 durch Verkehrsberuhigung und setzen sich an vielen Stellen für ökologische und Umweltbelange ein. In den Strukturen der Gesundheitsförderung verkörpern sie das Element von Bürgerbeteiligung und > Partizipation.

Im allgemeinen wird heute mit dem Begriff *Selbsthilfegruppen* ein weites Feld von selbstorganisierten Zusammenschlüssen bezeichnet. Selbsthilfegruppen 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. 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, oft wöchentlichen Gruppenarbeit betonen sie Authentizität, Gleichberechtigung, gemeinsames Gespräch und gegenseitige Hilfe.

Ein enges Verständnis der Selbsthilfegruppen 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 Gruppen werden nicht von professionellen HelferInnen geleitet; manche ziehen jedoch gelegentlich ExpertInnen zu bestimmten Fragestellungen hinzu. Von den Selbsthilfegruppen gibt es fließende Übergänge zu Bürgerinitiativen, zu alternativen (Selbsthilfe-)Projekten und zu bestimmten Formen von Laienhelfergruppen, die häufig aus Selbsthilfegruppen entstanden sind.

Von *Selbsthilfeorganisationen* spricht man, wenn diese Gruppen einen höheren Grad organisatorischer Komplexität haben und das Prinzip der kontinuierlichen Kleingruppenarbeit der Interessenvertretung nach außen untergeordnet ist. Am ältesten und bekanntesten sind die Selbsthilfeorganisationen bzw. -verbände von Behinderten. Inzwischen gibt es für fast alle chronischen Krankheiten, wie z.B. Diabetes, Rheuma, Multiple Sklerose u.a.m. solche Organisationen bzw. Verbände, sowohl auf Bundes- wie auch auf Landesebene. In diesen Organisationen hat seit einigen Jahren die Bedeutung der Kleingruppenarbeit im Sinne lokaler Selbsthilfegruppen wieder stark zugenommen.

Selbsthilfeförderung versucht, die Aktivitäten der > Selbsthilfe und insbesondere Selbsthilfegruppen zu unterstützen, zu stärken und zu verbreitern. Selbsthilfeaktivitäten und BürgerInnenengagement brauchen gewisse unterstützende Rahmenbedingungen, um sich entfalten und entwickeln zu können. Für die Förderung individueller Selbsthilfe sind von besonderer Bedeutung: rechtliche Regeln, Informationen und Entlastungsleistungen für die Familien bzw. Haushalte mit pflegenden Angehörigen. Ein Beispiel für alle drei Aspekte ist die 1995 in Kraft getretene Soziale Pflegeversicherung (SGB XI), die den Versicherten Beratungspflichten für Betroffene auferlegt, finanzielle Entlastung für pflegende Angehörige

vorsieht und die Nutzung bestimmter entlastender Dienste wie Tages- oder Kurzzeitpflege ermöglicht.

Die Selbsthilfegruppen haben sich als ein Schlüsselement für eine gezielte lokale und manchmal auch überregionale Gesundheitsförderungspolitik herausgestellt. Basis der Förderung solcher Gruppen sind Kontakt- und Informationsstellen („Self-Help Clearing Houses“). In der Begleitforschung von Modellprogrammen für solche Kontakt- und Informationsstellen hat sich gezeigt, daß die Selbsthilfeförderung in Städten und Gemeinden auf drei Säulen beruhen muß:

- direkte Selbsthilfegruppenförderung 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.;
- ein Beirat bzw. ein Kuratorium für die Schaffung eines selbsthilfefreundlichen Klimas durch die wichtigsten Akteure des örtlichen Sozial- und Gesundheitsbereiches.

In fast allen Mitgliedsstädten des Gesunde-Städte-Projekts, aber auch in allen anderen Kommunen und Städten, die eine aktive Politik der Gesundheitsförderung betreiben, haben sich Selbsthilfekontaktstellen als ein wesentliches Infrastrukturelement entwickelt. Sie sind insofern ein unverzichtbares Element lokaler Gesundheitsförderungspolitik, als das Prinzip der Bürgerbeteiligung am einfachsten und umfassendsten mit Hilfe der Kontaktstellen verwirklicht werden kann (> Kommunalpolitische Umsetzung der Gesundheitsförderung, > Partizipation). Der 1993 eingeführte § 20, 3a des Sozialgesetzbuches V fordert mehr Selbsthilfeförderung durch Krankenkassen. Die Aktivitäten der Krankenkassen entwickeln sich allerdings bisher nur sehr schleppend. Besonders zögerlich sind die Krankenkassen bezüglich finanzieller Beiträge an lokale Kontaktstellen.

Die > Selbsthilfeförderung ist eine spezifische Form der Netzwerkförderung. Sie ist auch ein Kernelement anderer komplexer Strategien der Gesundheitsförderung, wie z.B. der > gesundheitsbezogenen Gemeinwesenarbeit oder des > Empowerment.

Literatur: Badura B / Ferber Cv (Hg.), Selbsthilfe und Selbstorganisation im Gesundheitswesen, München Wien 1981; Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen (Hg.), Selbsthilfegruppen-Förderung, Berlin (NAKOS) 1988; Moeller ML, Selbsthilfegruppen, Reinbek 1978; Trojan A / Kickbusch I (Hg.), Gemeinsam sind wir stärker, Frankfurt/M. 1981; Trojan A (Hg.), Wissen ist Macht, Frankfurt/M. 1986

Alf Trojan

Setting-Ansatz in der Gesundheitsförderung

Ein Setting wird einerseits als ein soziales System verstanden, das eine Vielzahl relevanter Umwelteinflüsse auf eine bestimmte Personengruppe umfaßt und andererseits als ein System, in dem diese Bedingungen von Gesundheit und Krankheit auch gestaltet werden können. In erster Linie werden Kommunen, Schulen, Krankenhäuser und Betriebe als Settings bezeichnet. Der Setting-Ansatz fokussiert 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 und persönlicher > Lebensweise sind.

Für die Entwicklung der Gesundheitsförderung war die Formulierung des Setting-Ansatzes ein bedeutender Schritt. An ihm orientieren sich einige sehr bekannte, meist von der WHO initiierte, Gesundheitsförderungsprojekte: „Gesunde Städte“, „Gesundheitsförderliche Schule“, „Gesundheitsförderliches Krankenhaus“, „Gesundheitsförderlicher Betrieb“.

Der Setting-Ansatz wurde durch diese Projekte zu einer Schlüsselstrategie der Gesundheitsförderung. Er richtet sich in seinen Interventionen auf soziale Systeme, d.h. auf Organisationen und Netzwerke von Organisationen und nicht auf einzelne Menschen und ihr individuelles Gesundheits-/Risikoverhalten. Diese Veränderung in den Adressaten verlangt auch nach einer anderen Stra-

tegie und anderen Kompetenzen der handelnden Personen. Gesundheitsförderung als Intervention in soziale Systeme erfordert viel Verständnis für die Entwicklungsbedingungen von sozialen Systemen (> Organisationsentwicklung) und bei den Betreibern die Professionalisierung in Organisationsentwicklung und Projektmanagement. Der Erfolg dieses Ansatzes hängt wesentlich davon ab, inwiefern es gelingt, die für die Umsetzung notwendigen sozialen und organisationsbezogenen Kompetenzen in einer eigenen Rolle zu etablieren („change facilitator“) und die Rollenträger dafür ausreichend zu qualifizieren.

Das Setting als Ziel von Interventionen bedarf in der konkreten Umsetzung noch einer weiteren Präzisierung. Eine Gemeinde, eine Schule, ein Betrieb bezeichnen zunächst nur einen groben Rahmen. Es muß jedoch im Einzelfall entschieden werden, welche Institutionen und Funktionsträger in einer Stadt, welche Gruppierungen in einer Schule und welche Abteilungen und Professionen in einem Betrieb einbezogen werden sollen. Diese Eingrenzungsleistung ist selbst eine Intervention und muß auf der Basis einer qualifizierten Organisationsdiagnose entschieden werden. An diesem Punkt werden wichtige Weichen für den Erfolg von Gesundheitsförderungsaktivitäten gestellt. Bezieht man wichtige Partner nicht ein, kann dies zu Mißerfolg führen, wie andererseits eine zu offene Definition des Settings, in dem keine klaren und verbindlichen Kooperationsstrukturen zustande kommen. Ein Setting bezeichnet daher immer auch ein abgegrenztes soziales System, das zum Zwecke einer Gesundheitsförderungsintervention definiert wird und in dem die für die konkreten Gesundheitsförderungsmaßnahmen notwendigen Entscheidungen und fachlichen Maßnahmen gesetzt werden.

Die Eingrenzung betrifft nicht allein die soziale Dimension, sondern auch die sachliche. Der Setting-Ansatz bedeutet nicht, daß man auf eine Eingrenzung auf bestimmte Gesundheitsprobleme verzichten kann. Der Setting-Ansatz steht nicht im Gegensatz zur Problemorientierung, sondern die Kombination beider bringt den Erfolg. Ein Projekt zur Verkehrssituation in einem Stadtteil hat einen doppelten Fokus: ein Thema (Verkehr) und ein Setting (Stadtteil). Für die Gestaltung einer gesundheitsförderlichen Verkehrssituation ist ein

Interventionssystem zu schaffen, das relevante politische Entscheidungsträger, die zuständigen VertreterInnen der Verwaltung, die notwendigen fachlichen Ressourcen, Interessenten im Stadtteil, die betroffenen BürgerInnen und ihre Interessenvertretungen umfaßt (> Gemeindeorientierung, > Soziale Netzwerke und Netzwerkförderung).

Literatur: Grossmann R / Scala K, Projekte durch Gesundheit fördern, Weinheim München 1994; Pelikan JM et al. (Hg.), Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung, Weinheim München 1993

Ralph Grossmann / Klaus Scala

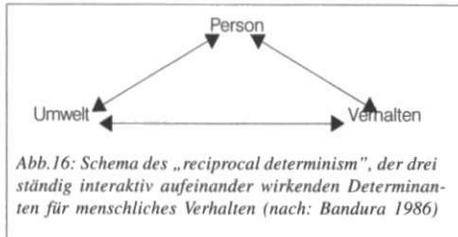
Soziale Lerntheorie „Social Learning Theory“ (SLT)

Die Soziale Lerntheorie (Social Learning Theory/ Social Cognitive Theory) ist das Ergebnis des seit den 40er Jahren unternommenen Versuches, Prinzipien menschlichen Verhaltens allgemeingültig zu erklären. Die Theorie beschreibt, wie Menschen lernen, insbesondere jedoch wie sie sich verhalten lernen. Relevant für die Gesundheitsförderung ist dabei, diese Lernprozesse zu verstehen, um sie für geplante Maßnahmen der Gesundheitsförderung zu nutzen. Beispielsweise wird davon ausgegangen, daß gesünderes Ernährungsverhalten durch persönliche Komponenten beeinflusst wird, z.B. durch persönliche Einstellungen und Gewohnheiten, aber auch durch Komponenten wie z.B. der Fertigkeit, beim Kauf gesündere von weniger gesunden Nahrungsmitteln unterscheiden und auch zubereiten zu können und zu wissen, wo diese zu erwerben sind. Von Bedeutung ist dabei aber auch immer, ob und wie bestimmte Waren gesellschaftlich akzeptiert sind (Stichwort: Vegetarismus, fettarme Milch, Pferdefleisch) und auch um das Vorhanden- und Verbreitesein dieser Waren.

Die Theorie ist eine Synthese einzelner Komponenten, die teilweise aus unterschiedlichen Theorien der Verhaltens- und Sozialpsychologie entnommen wurden. Sie ist der Versuch, menschliches Erleben, Lernen und Handeln durch psychosoziale Dynamiken zu erklären. Sie stellt Lernen und Handeln als Triade aus sich gegenseitig bedingenden und beeinflussenden Wirkungen dreier Determinanten dar. Diese sind die stän-

dig interaktiv aufeinander wirkenden

- persönlichen kognitiven, affektiven und biologischen Determinanten;
- Verhaltensdeterminanten (Handeln und Aktion);
- Einflüsse des sozialen Umfeldes oder der physischen Umwelt.



Die Theorie spielt in der Forschung zum Gesundheitsverhalten im anglo-amerikanischen Sprachraum und in Nordeuropa eine bedeutende Rolle. Sie ist neben der > Theorie der Handlungsveranlassung die wahrscheinlich am häufigsten benutzte Theorie für wissenschaftlich begleitete oder theoriegeleitete gesundheitsfördernde Maßnahmen oder Projekte der neueren Zeit. Die Gründe dafür sind, daß

- sie eine Reihe von Gedankengebäuden oder Konstrukten hat, die sich für die gewollte Veränderung von Gesundheitsverhalten als besonders relevant erwiesen haben;
- sich die Konstrukte der SLT relativ leicht operationalisieren lassen;
- aus den langjährigen Erfahrungen mit der praktischen Umsetzung und Anwendung von SLT-Konstrukten die Möglichkeit erwuchs, ein theoretisches Modell aus der Psychologie für den Bereich der angewandten > Gesundheitswissenschaften / Public Health zu nutzen.

Die Konstrukte der Theorie sind in verschiedenen Populationen und für die unterschiedlichsten sowie neuen (Gesundheits-)Probleme bis heute immer wieder entsprechend operationalisiert, getestet und evaluiert worden. Damit liegen der Public Health-Forschung und den Angewandten Gesundheitswissenschaften formale und allgemeingültige Erkenntnisse vor, die zur Formulierung von Standards (z.B. auch in der Public Health-Ausbildung in den USA) für diesen Bereich geführt haben.

Die SLT wurde als Erweiterung der klassischen Lerntheorien entwickelt. Diese gingen davon aus,

daß Menschen sich als „black boxes“ durch einen Reiz-Reaktions-Mechanismus verhalten (lernen), indem sie für ihr Verhalten entweder belohnt oder bestraft werden und ihr Verhalten folglich wiederholen oder einstellen. Laut Bandura, der die SLT am konsequentesten weiterentwickelt hat, sind jedoch die Kognitionen als vermittelnder Faktor zwischen Umweltreiz und Verhalten „zwischengeschaltet“: nicht die Belohnung an sich, sondern die Erwartung der Belohnung wirkt motivierend für Verhalten; dies bedeutet, daß Menschen nicht nur durch direkte eigene Erfahrung lernen können, sondern auch dadurch, daß sie andere beobachten und aus den Konsequenzen und Ergebnissen des Verhaltens anderer Schlußfolgerungen über die Konsequenzen für das eigene Verhalten ziehen. Diese Fähigkeit des beobachtenden Lernens hat für Gesundheits-Interventionen die Bedeutung, daß sog. Vorbilder oder Rollenmodelle (role models) gezielt eingesetzt werden können und sollten.

- Menschen lernen u.a. durch Rollenmodelle,
- daß sie mit einem bestimmten Ergebnis rechnen können (outcome expectation);
 - daß das eigene Verhalten einen Einfluß auf das Ergebnis haben kann (response efficacy);
 - daß und wie das Verhalten durchgeführt werden kann (self-efficacy).

Das Konzept der „self-efficacy“ wird ins Deutsche mit Selbstwirksamkeitsüberzeugung, Handlungskompetenz, Selbstwirksamkeits- oder Kompetenzerwartung übersetzt. Es bedeutet sinngemäß die Einschätzung der eigenen Fähigkeit und Möglichkeit, ein selbstgesetztes Leistungsniveau zu erreichen (nach Bandura). Schwarzer erläutert es sinngemäß als die subjektive Überzeugung, in der Lage zu sein, ein Verhalten erfolgreich durchführen bzw. auf ein kritisches Verhalten verzichten zu können. Da sich dieses Konstrukt in zahlreichen unterschiedlichen Situationen und Populationen als bedeutsam erwiesen hat, wird manchmal von einer eigenen Self-efficacy-Theorie gesprochen.

In der folgenden Zusammenstellung (Abb.17) wird eine Auswahl wichtiger Konstrukte der SLT-Theorie kurz erläutert und ihre möglichen Konsequenzen für eine Interventionsplanung beschrieben, wobei insbesondere die verschiedenen kognitiven Erwartungsprozesse wiederaufgegriffen wurden.

Ausgewählte Konstrukte mit Erläuterungen	Implikationen für die Praxis der Gesundheitsförderung
Reziproker Determinismus ist die dynamische Interaktion zwischen Person, Verhalten und Umfeld.	Eine Vielzahl von Ansätzen für Änderungen ermöglichen, d.h. auf der Umfeld-, der Fähigkeiten- und der Einstellungsebene Veränderungen ansteuern.
Beobachtendes Lernen ist das Lernen über und die Aneignung von Verhalten durch Beobachten von Handlungen und Ergebnissen anderer.	Glaubwürdige oder attraktive Vorbilder oder Rollenmodelle schaffen, die die Aneignung vorführen und -leben, Lernen vom Modell ermöglichen.
Verstärkungen oder Bestätigungen sind Reaktionen auf Verhalten, die <i>direkt</i> auf das soeben gezeigte Verhalten sein können, oder <i>stellvertretend</i> , indem Menschen die Verstärkung anderer beobachten, oder <i>selbstzugeschrieben</i> , indem Menschen sich selbst beobachten und entsprechend bewerten. Diese Reaktionen erhöhen oder verringern die Wiederholungswahrscheinlichkeit des Verhaltens (reinforcements).	Bestätigungen der Umwelt erhöhen, Belohnungen und Anreize schaffen.
Unter <i>Verhaltensfähigkeiten</i> sind sowohl das Wissen darüber, was das Verhalten ist, als auch die Fähigkeiten zu dessen Durchführung gemeint. Bandura unterscheidet in diesem Zusammenhang zwischen Lernen (im Sinne von Wissen) und Ausführung (performance).	Programme sollten daher darauf achten, der Zielgruppe die Fähigkeiten zu geben, das neue Verhalten probend durchzuführen. Dies geschieht durch kognitives Lernen und Übungsmöglichkeiten mit Feedback im geschützten Raum.
Erwartung der Wirkung / des Einflusses des eigenen Verhaltens ist die Überzeugung, daß das eigene Handeln auf das Ergebnis einen Einfluß hat (response efficacy).	Rollenmodelle vorführen, die von den Schwierigkeiten und Erfolgen in Verbindung mit den Werten und der Bedeutung sprechen, die das Neue für sie hat.
Die Ergebniserwartungen sind antizipierte Ergebnisse eines Verhaltens. Menschen entwickeln aufgrund früherer Erfahrungen Erwartungen über die Konsequenzen ihres Verhaltens, bevor sie diese nochmals ausführen. Diese Erwartungen können eine eigene emotionale und physische Erregung sein, aber auch durch die Beobachtung anderer Menschen abgeleitet werden (outcome expectation).	Für die Programmumsetzung bedeutet dies, daß positive Konsequenzen für eine Verhaltensänderung „mitgeliefert“ werden sollten. Das Programm sollte aufzeigen, daß etwas getan werden kann, um die Wahrscheinlichkeit z.B. einer möglichen Krankheit zu verringern.
Selbstwirksamkeitsüberzeugung: auch als Handlungskompetenz, Selbstwirksamkeits- oder Kompetenzerwartung (Erläuterung s. o.) übersetzt.	Von evtl. demographisch ähnlichen Rollenmodellen vorführen lassen, wie das neue Verhalten in kleinen Schritten gelernt und auch bei Schwierigkeiten „gemeistert“ wird.

Abb.17: Ausgewählte Konstrukte der Sozialen Lerntheorie mit beispielhaften Implikationen für die Praxis

Die Soziale Lerntheorie ist heute deshalb so attraktiv, weil ihre Konstrukte in zahlreichen Studien getestet wurden, sich immer wieder bestätigt haben und aus den USA eine Vielzahl von Umsetzungserfahrungen aus der Gesundheitsförderungs- und Erziehungspraxis bereits vorliegen. Als Weiterentwicklung der klassischen Lerntheorie betont die SLT die kognitive Vermittlung von Verhalten, insbesondere die verschiedenen Typen von Erwartungen. Die Theorie dient als eine der Grundlagen des > Pantheoretischen Modells. Unter diesem Stichwort sind Beispiele der Umsetzung von Konstrukten der SLT beschrieben.

Literatur: Parcel GS / Baranowski T, *Social Learning Theory and Health Education*, in:

Health Education, 1981, 12, 14-18; Perry CL et al., *How Individuals, Environments, and Health Behavior Interact: Social Learning Theory*, in: Glanz K et al. (eds.), *Health Behavior and Health Education - Theory Research and Practice*, San Francisco 1990, chapter 8; Bandura A, *Social Foundations of Thought and Action - A Social Cognitive Theory*, Englewood Cliffs 1986; Bandura A, *Self-Efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change*, in: *Psychological Review* 1977, 84 (2), 191-215; Bandura A, *Social Learning Theory*, Englewood Cliffs 1977; Schwarzer R, *Psychologie des Gesundheitsverhaltens*, Göttingen 1992, 42-44

Annette C. Seibt

Soziale Netzwerke und Netzwerkförderung

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).

Gelegentlich werden die „natürlichen“ Netzwerke (z.B. Familie, Haushaltsmitglieder, Nachbarschaft, Freundes- und Kollegenkreis etc.) den „organisierten“ Netzwerken (z.B. Vereinen, Selbsthilfeszusammenschlüssen, Bürgerinitiativen und ähnlichen sozialen Gebilden) gegenübergestellt. Systematisch unterscheidet man

- *primäre Netzwerke*: die 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*: die professionellen Hilfsysteme, d.h. Beratungsstellen, Arztpraxen, Sozialstationen, Krankenhäuser, Pflegeheime u.a.m.

Die sozialpolitische Bedeutung der sozialen Netze als Schutz-, Bewältigungs-, Entlastungs- und Unterstützungssysteme hat zu einer rapide gewachsenen Forschung über soziale Netzwerke seit Beginn der 70er Jahre geführt. Insbesondere in der Sozialpsychiatrie und in der Gemeindepsychologie sind „persönliche Netzwerke“ untersucht worden. Hierbei geht man aus von den Be-

ziehungen, 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.

Eine zweite Forschungsrichtung versucht, soziale Netzwerke im Sinne selbstorganisierter Zusammenschlüsse auf Gemeindeebene zu identifizieren und in ihrer Bedeutung für Gesundheitsförderung und Krankheitsbewältigung zu beleuchten. Im Zentrum solcher Netzwerke steht im Gegensatz zu den auf die um eine Person herum gruppierten Netzwerke eine gemeinsame Betroffenheit oder ein gemeinsames Ziel als verbindendes Element, z.B. eine Krankheit oder das Ziel Umweltschutz. 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 - unabhängig davon, ob sie sich in den Bereichen Bildung und Kultur, Freizeit, Umwelt, Arbeit/Arbeitslosigkeit, Nachbarschaft, Stadtteil oder Gemeinwesen engagieren.

Epidemiologische Untersuchungen haben bestätigt, daß eine gelungene Einbindung in primäre und soziale Netzwerke mit geringerer Krankheitshäufigkeit und höherer Lebenserwartung einhergeht. Eine amerikanische Studie von Berkman/Syme 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. Diese Beziehung war unabhängig von Gesundheitsstatus, Sozialschicht, Gesundheitsverhalten hinsichtlich Rauchen, Trinken, Übergewicht, Bewegung und einigen anderen Faktoren.

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.

Als unspezifischer Ansatz der Gesundheitsförderung und Prävention versucht die Netzwerkförderung, soziale Netzwerke auf lokaler Ebene zu stärken und zu unterstützen. Dabei ist besonders an alle im weitesten Sinne freigemeinnützigen Selbsthilfeszusammenschlüsse, Vereine, Initiativen und Organisationen mit den von ihnen getragenen Einrichtungen, wie z.B. Beratungsstellen, Bildungs-, Kultur- und Umwelteinrichtungen zu denken. Alle diese stellen eine Infrastruktur für gesundheitsrelevante soziale Reformen und Innovationen dar, die dem einzelnen Möglichkeiten des Engagements und der Verbesserung der eigenen Lebens- und Arbeitsbedingungen bieten. So wurde z.B. im Rahmen anwendungsorientierter Forschung in Hamburg die Entwicklung einer „Informationsstelle Arbeit & Gesundheit“ sowie der lokalen „Werkstatt Gesundheit“ unterstützt.

Die zunehmende Bedeutung dieser Form 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“ von > Lebenslagen bzw. „Pluralisierung“ von > 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 hierfür ist jedoch der Ausdruck > „Vermitteln und Vernetzen“, der ein zen-

trales Handlungsprinzip der Ottawa-Charta der Gesundheitsförderung bezeichnet (> Gesundheitsförderung III).

Literatur: Berkman LF / Syme SL, Social Networks, Host Resistance, and Mortality - A Nine-Year Follow-up Study of Alameda County Residents, in: American Journal of Epidemiology, 2, 1979 (109), 186-196; Enkerts V / Schweigert I (Hg.), Gesundheit ist mehr! Soziale Netzwerke für eine lebenswerte Zukunft, Hamburg 1988; Keupp H / Röhrle B (Hg.), Soziale Netzwerke, Frankfurt/M. 1987; Röhrle B, Soziale Netzwerke und soziale Unterstützung, Weinheim 1994

Alf Trojan

Soziale Unterstützung

Soziale Unterstützung (engl.: social support) ist ein Zentralbegriff aus dem > Belastungs-Bewältigungs-Konzept / Stress-Coping-Modell. Soziale Unterstützung bildet den Kern der „kollektiven Bewältigungsmöglichkeiten“. Diese bestehen aus vorhandenen positiven sozialen Beziehungen primärer Art (z.B. Ehepartner, Familienangehörige, FreundInnen) und sekundärer Natur (z.B. ArbeitskollegInnen, Nachbarn, Vereinsangehörige). Soziale Beziehungen und Bindungen wirken in doppelter Hinsicht gesundheitserhaltend und gesundheitsförderlich. Sie können einerseits psychosoziale Belastungen für die Betroffenen abschirmen oder neutralisieren; andererseits erleichtert eine hilfreiche soziale Unterstützung es, solche Belastungen erfolgreich zu bewältigen.

Ergänzend zur sozialen Unterstützung sind die „persönlichen Bewältigungsmöglichkeiten“ zu sehen. Damit sind vor allem ausgeprägte Lebenskompetenzen (engl.: life skills) gemeint. Wichtig sind aber auch ein hohes Selbstwertgefühl und ein positives, aktives Selbstbild der persönlichen Handlungs- und Bewältigungsfähigkeiten (> Salutogenetische Perspektive, > Soziale Lerntheorie).

Art, Umfang und Qualität der sozialen Beziehungen von Menschen sind für ihre körperliche und seelische Gesundheit von grundlegender Wichtigkeit. Wenn soziale Beziehungen vorhanden sind, hat dies einen direkten positiven Einfluß auf die subjektive Gesundheit, die körperliche und soziale Leistungsfähigkeit und auf die kör-

perlichen Immunpotentiale. Soziale Unterstützung in zwischenmenschlichen Netzwerken 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.

Die Wirksamkeit von sozialer Unterstützung ist auch abhängig vom Grad der sozialen Integration eines/r Betroffenen, d.h. wie nah oder vertraut einem Menschen seine/ihre Beziehungspartner sind (z.B. als oberflächliche Arbeitsbeziehung, als Bekanntschaften im Konsum- und Freizeitbereich, als Engagement in Vereinen oder als enge Vertrauens- bzw. Intimbeziehungen). In einem optimalen sozialen Unterstützungsnetzwerk sind immer Beziehungen unterschiedlicher Intensität und Nähe erforderlich. Nicht nur die engen Beziehungen müssen in ausreichendem Maße verfügbar sein. Zu einem funktionierenden Unterstützungsnetzwerk gehört auch eine Bandbreite von weniger engen Sozialbeziehungen.

Eine Verbesserung der sozialen Unterstützung für Menschen, die sich vor bzw. in akuten Lebenskrisen oder chronischen Belastungsverhältnissen befinden, kann das Ausmaß von psycho-physischen Störungen und Krankheiten verringern (> Soziale Netzwerke und Netzwerkförderung). Die Betroffenen werden stärker zu einer konstruktiven Bewältigung ihrer Problemlagen befähigt.

Soziale Unterstützungssysteme haben aber nicht nur positive Auswirkungen, sie können auch negative Auswirkungen haben. So kann der Selbstwert in sozialen Kontakten bedroht werden, oder Gruppendruck kann Problemverhalten erzwingen. Problembeziehungen in Dyaden oder Familiensystemen können die Entstehung von gesundheitlichen Beeinträchtigungen unwissentlich mitfördern: z.B. bei der Entstehung und Aufrechterhaltung von Abhängigkeiten oder psychosomatischen Störungen.

Die Forschung zur sozialen Unterstützung unterscheidet zwischen

- strukturellen Anteilen (d.h., wie Menschen in soziale Organisationen und in die Gesellschaft eingebettet sind) und
- Verhaltensanteilen (d.h., ob und wie Menschen emotionale Unterstützung und Vertrauen erhalten bzw. geben; ob und wie sie Wertschätzung

und Anerkennung erhalten bzw. geben; ob und wie sie problemzentrierte Informationen einholen bzw. geben können; ob und wie sie „instrumentelle Unterstützung“ bekommen bzw. erbringen durch Dienstleistungen oder über finanzielle Zuwendungen).

Das Stress-Coping-Modell und sein Zentralbegriff der sozialen Unterstützung stellen Kernbereiche der soziologischen Begründung der > Gesundheitswissenschaften dar. Die Forschungsergebnisse werden in zunehmendem Maße zur theoretischen Begründung von gesundheitsfördernden Interventionen und deren > Evaluation herangezogen. Die Erkenntnisse zur Wirksamkeit von sozialer Unterstützung sind wichtig für solche Praxisstrategien der Gesundheitsförderung wie > Gesundheitsbezogene Gemeinwesenarbeit, > Selbsthilfeförderung oder > Organisationsentwicklung.

Literatur: Badura B (Hg.), Soziale Unterstützung und chronische Krankheit, Frankfurt/M. 1981; Badura B, Soziologische Grundlagen der Gesundheitswissenschaften, in: Hurrelmann K / Laaser U (Hg.), Gesundheitswissenschaften, Weinheim 1993, 63-90; Enkerts V / Schweigert I (Hg.), Gesundheit ist mehr! Soziale Netzwerke für eine lebenswerte Zukunft, Hamburg 1988; Keupp H / Röhrle B (Hg.), Soziale Netzwerke, Frankfurt/M. 1987; Waller H, Sozialmedizin, Stuttgart 1993, 23-26

Peter Franzkowiak

Sozialmedizin

Die Sozialmedizin ist ein eigenständiges theoretisches und praktisches Fachgebiet der Medizin. Sie befaßt sich mit den durch die soziale und materielle Umwelt verursachten Gesundheitsstörungen und deren > Prävention. Sie will eine wirksame Vermeidung oder Bewältigung von gesundheitlichen Problemen und ihrer sozialen Folgen in der Bevölkerung ermöglichen.

Die deutsche Sozialmedizin hat ihre historischen Vorläufer in der Sozialhygiene und Öffentlichen Gesundheitspflege des 19. und 20. Jahrhunderts, die durch den Nationalsozialismus abgebrochen bzw. als „Rassenhygiene“ pervertiert wurde. An die sozialwissenschaftliche Begriffsgeschichte und Praxis der Sozialhygiene wurde im Nachkriegsdeutschland vor allem in der DDR

der 50er bis 70er Jahre angeknüpft. Diese historische Fortschreibung war aber von Anfang an beeinträchtigt vom Widerspruch zwischen wissenschaftlichem Anspruch und politischem Dogma und wurde ab Mitte der 70er Jahre weitgehend aufgegeben. In der Bundesrepublik orientierte man sich zunächst an den angloamerikanischen Vorbildern einer „social medicine“ im Kontext der Biomedizin. In jüngster Zeit gewinnen hingegen die > Gesundheitswissenschaften / Public Health an Bedeutung.

Die Sozialmedizin beschreibt und analysiert, welche Wechselwirkungen zwischen gesellschaftlichen Tatbeständen und Gesundheit, gesundheitlichen Risiko- und Schutzfaktoren oder Krankheit bestehen. Dazu integriert die Sozialmedizin mehrere wissenschaftliche Perspektiven: ätiologische (d.h., Erklärung von Entstehungs- und Begründungszusammenhängen einer Krankheit), präventive, rehabilitative, gutachterliche, versorgungsrechtliche und ökonomische Herangehensweisen. Sie befaßt sich wissenschaftlich und praktisch mit der Organisation des Gesundheitswesens und den Einrichtungen der sozialen Sicherung. Ein wichtiger neuer Schwerpunkt liegt in der > Gesundheitsberichterstattung.

Sozialmedizinische Gegenstandsbereiche und Arbeitsfelder sind:

- Epidemiologie und ätiologische Erforschung von Gesundheit und Krankheit in der Bevölkerung (> Epidemiologie, > Gesundheit/Krankheit und soziale Ungleichheit, > Gesundheit/Krankheit und Geschlechtsunterschiede);
- Gesundheitssystemforschung zur Analyse der Organisation, Struktur und Entwicklung des Gesundheitswesens;
- Gesundheitsschutz und Prävention, Gesundheitsförderung im Öffentlichen Gesundheitsdienst;
- Klinische Sozialmedizin zur Diagnose und Therapie von Krankheitsfolgen (Behinderung, Rehabilitation);
- Praktische Sozialmedizin zur Leistungsprüfung/-anerkennung im Rahmen der sozialen Sicherung.

Literatur: Beyer A / Winter K (Hg.), Lehrbuch der Sozialhygiene, 5. Aufl., Berlin-DDR 1970; Brennecke R / Schelp FP, Sozialmedizin. Stuttgart 1993; Niehoff JU / Schrader RR, Gesund-

heitsleitbilder - Absichten und Realitäten in der Deutschen Demokratischen Republik, in: Elkeles T et al. (Hg.), Prävention und Prophylaxe, Berlin 1991, 51-74; Waller H, Sozialmedi-zin, Stuttgart 1993.

Peter Franzkowiak

Soziales Marketing

In der Wirtschaft, in der das „Marketing“ entwickelt worden ist, bezeichnet der Begriff eine Unternehmenskonzeption, die davon ausgeht, daß sich alle Unternehmensaktivitäten am „Markt“ zu orientieren haben. Am „Markt“ wechseln Waren/Produkte ihre/n BesitzerIn; es finden über den Preis regulierte Austauschprozesse zwischen Angebot und Nachfrage statt, von denen sowohl AnbieterInnen als auch KonsumentInnen profitieren müssen.

„Marketing ist die Ausrichtung aller Unternehmensfunktionen am Kundennutzen mit dem Ziel, das eigene Leistungsangebot so zu gestalten, daß der Kunde es besser beurteilt als das der Konkurrenz“. Marketing ist in Märkten unentbehrlich, in denen ein Überfluß an Gütern (Angebote; Produkte und Dienstleistungen) und ein Mangel an KundInnen besteht. KundInnen, die über ausreichende Ressourcen (Geld, Zeit etc.) verfügen, können aus einer Vielzahl von Gütern auswählen. Die Unternehmen (AnbieterInnen, VerkäuferInnen) müssen, um ihre Güter gewinnoptimierend absetzen zu können, ein stimmiges Preis-Leistungsverhältnis herstellen. Sie müssen Güter entsprechend den Wünschen und Bedürfnissen eines ausgewählten KundInnenkreises entwickeln und dafür erzielbare Preise bestimmen (Beilmann). Marketing kann durch entsprechende Produktpolitik auf die Befriedigung eines vorhandenen Bedarfs ausgerichtet sein, aber durch entsprechende Kommunikationspolitik auch auf die Befriedigung (zu weckender) neuer Bedürfnisse bzw. die Veränderung bestehender Bedürfnisse zielen.

Der Begriff „Soziales Marketing“ kam in den USA bereits nach dem 2. Weltkrieg auf. Ausgangsüberlegung war die Frage, ob es nicht möglich sein sollte, „Brüderlichkeit“ genauso zu „verkaufen“ wie Seife. In der Zwischenzeit sind auch im Gesundheitsbereich zahlreiche Soziale-Mar-

keting-Konzepte (Impfprogramme, Programme zur AIDS- und Krebsvorsorge, Herzkreislauf-Interventionsstudien etc.) entwickelt und umgesetzt worden.

„Soziales Marketing“ kann als Marketing im nicht-kommerziellen Bereich, als „marktorientiertes Handeln von Organisationen im sozialen Bereich“ (Krause) verstanden werden. Es wird aber auch definiert als umfassende Methode, die dazu dient, ein „Produkt des sozialen Bereiches“ nach entsprechenden Bedürfnissen zielgruppenbezogen zu effektivieren und in seiner Qualität zu verbessern. Je nachdem, ob das „Produkt des sozialen Bereiches“ ein „abstraktes Produkt“ (handlungsleitender Wert: z.B. „Gesundheit“ bzw. „Wohlbefinden“, „Gesunde Stadt“, „AIDS-Prävention“ etc.) oder ein „materielles Produkt“ (konkrete Maßnahmen zur Linderung sozialer Problemlagen: z.B. eine Gesundheitswerkstatt, eine Beratungsstelle, eine Aufklärungsschrift etc.) ist, wird außerdem zwischen dem eigentlichen „Sozialmarketing“ und dem „Dienstleistungs-Marketing“ unterschieden (Beilmann).

Soziales Marketing zielt nicht ausschließlich bzw. eigentlich nicht auf monetäre Profite. Es ist auch bzw. in erster Linie auf die Veränderung von sozialen Werthaltungen und von ideellen Zielen ausgerichtet. Dazu gehören z.B. Gesundheitsbewußtsein und Gesundheitsverhalten.

(Soziales) Marketing umfaßt auf der einen Seite Markt- bzw. Problemforschung und auf der anderen Seite den kombinierten Einsatz von Instrumenten der Marktgestaltung im Marketing- bzw. Problemlösungs-Mix. Beides ist auf ein speziel-

les (kommerzielles, institutionelles, soziales oder ideelles) Ziel ausgerichtet. Im folgenden (Abb.18) werden die Bestandteile des Marketing kurz benannt und mit Beispielen aus der Gesundheitsförderung erläutert.

Um ein Produkt, eine Dienstleistung oder eine Idee systematisch zu entwickeln und im Markt (Umfeld) richtig zu plazieren, sind erforderlich:

1. eine Vision oder ein Ziel (z.B. „Gesunde Stadt“);
2. Grundlagen, die durch Markt- bzw. Problemforschung gewonnen werden. Dabei ist zu unterscheiden zwischen:
 - langfristiger Markt-/Problembewachung (z.B. Entwicklung der Ausprägung von Umwelteinflüssen auf den Gesundheitszustand, die Befindlichkeit und die > Lebensweisen/Lebensstile von Bevölkerungsgruppen; Entwicklung von sozialen Normen, Werthaltungen, Einstellungen, Meinungen, Status- und anderen Wünschen, > Lebenslagen und Lebensverhältnissen von Bevölkerungsgruppen. Parallelen zur gemeindebezogenen > Gesundheitsberichterstattung sind unverkennbar);
 - kurzfristiger Markt-/Problemanalyse (z.B. aktuelle Gestaltungs- und Mitwirkungswünsche und -möglichkeiten von BürgerInnen einer Gemeinde; „Nachfrage“ nach Gesundheitsförderungsaktivitäten; Beobachtung und Bewertung von „konkurrierenden“ AnbieterInnen und Angeboten im Gesundheitsbereich sowie der „konkurrierenden“ Verkehrs-, Wirtschaftsförderungs- etc. Politiken; Analyse der Akzeptanz der Gesunde-Städte-Vision; Medienakzeptanz und Me-

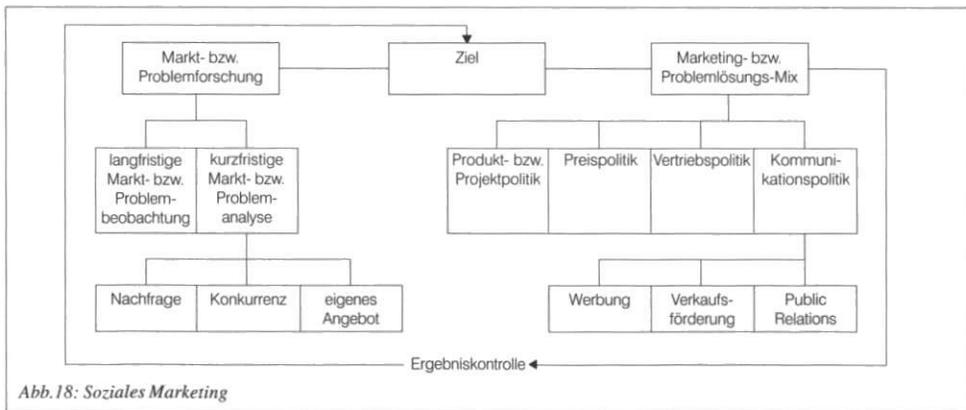


Abb.18: Soziales Marketing

diennutzungsgewohnheiten der > Zielgruppen. Parallelen zu kurzfristigen Teilberichten der gemeindebezogenen Gesundheitsberichterstattung).

3. die Entwicklung einer Marketing- bzw. Problemlösungs-Strategie, d.h. die Planung des kombinierten Einsatzes von Instrumenten im Marketing-/Problemlösungs-Mix (z.B. die Konzeption eines Gesunden-Städte-Projektes einschließlich der Angabe kurz- und mittelfristig zu erreichender Schritte [Ziele, Projekte, Strukturen]). Bei jedem einzelnen Schritt (z.B. dem Ziel, Gesundheitstreffpunkte auf Stadtteilebene einzurichten) sind Überlegungen anzustellen zur
- Produkt- bzw. Projektpolitik (Einzugsgebiet, Lage, Räumlichkeiten, Ausstattung, Personal, Angebote, Mitwirkungsmöglichkeiten der BesucherInnen etc.);
 - Preispolitik (Kosten für die BesucherInnen bzw. NutzerInnen, Öffnungszeiten, Zugangsvoraussetzungen etc.);
 - Vertriebspolitik (Entscheidung über prioritär zu versorgende Stadtteile, Fortbildung der MitarbeiterInnen und ehrenamtlichen HelferInnen, Fragen der „Betreuung“/Supervision aller Treffpunkt-MitarbeiterInnen etc.);
 - Kommunikationspolitik (Werbung, Verkaufsförderung, Public Relations: Bezeichnung der Treffpunkte und der Angebote, Werbung für die Treffpunkte und Aktivitäten, Tage der offenen Tür, Schnupperangebote, Pressearbeit etc.).

Es gibt im Gesundheitsbereich einige Schwierigkeiten, die Strategie des Sozialen Marketing umzusetzen. Häufig können nur einzelne Elemente berücksichtigt werden, weil die notwendigen Ressourcen - z.B. zur systematischen Erforschung des „Marktes“ - bei weitem nicht zur Verfügung stehen.

Daneben gibt es auch grundsätzliche Kritik an der Übertragung des Marketingansatzes auf den sozialen Bereich. Zum Beispiel könne man „die Gesellschaft“ nicht nur als „Markt“ sehen. Es gebe auch gesellschaftliche Notwendigkeiten und Güter, die jenseits von Marktgesetzen durchgesetzt bzw. angeboten werden müssen (vgl. z.B. Gesundheit in Selbstbestimmung als ein jenseits von Preisen liegendes, gesellschaftliches Gut; Gesundheitsversorgung als wertvolles und notwendigerweise teures Gut). Eine ausschließliche Markt-

orientierung habe zur Folge, daß öffentliche Gesundheitsbemühungen auf opportunistische Weise den Marktmechanismen unterworfen würden, so daß nur noch „Verkauf- und Vermarktbares“ entwickelt und angeboten würde. Gesundheitsentscheidungen würden nicht nur am „Markt“ getroffen; sie seien in ein komplexes Geflecht von Gewohnheiten und Abhängigkeiten eingebettet (> Soziale Lerntheorie, > Theorie der Handlungsveranlassung). Auch die manipulative Absicht von Werbung wird als Option für den sozialen Bereich abgelehnt.

Zu denken geben sollte auch die Erkenntnis, daß Marketing in Überflußmärkten angebracht ist. Auf der einen Seite ist Marketing deshalb ein wichtiger Ansatz für die Gesundheitsförderung; die Ottawa-Charta macht z.B. zu Recht darauf aufmerksam, daß der Wert Gesundheit mit anderen gesellschaftlichen Werten konkurriere und deshalb „Anwaltschaft für die Gesundheit“ als wesentliche Strategie für die Gesundheitsförderung erforderlich sei (> Anwaltschaft, > Gesundheitsförderung III). Außerdem ist gerade in Deutschland wegen des Subsidiaritätsprinzips eine große Vielfalt an Angeboten im Bereich der Gesundheitsförderung anzutreffen. Dadurch besteht ein Zwang, die eigenen Angebote weiterzuentwickeln, ihre Notwendigkeit zu belegen und durch entsprechende Öffentlichkeitsarbeit darzustellen. Andererseits muß aber auch gesehen werden, daß an Überflußmärkten immer nur diejenigen partizipieren können, die über ausreichende Ressourcen verfügen (vgl. z.B. die Kosten für gesündere Ernährung).

„Die Marketingperspektive liefert Gesundheitsförderern (andererseits) zusätzliche Planungsüberlegungen, die wichtig für den Erfolg eines Projektes sind“ (Krause). Ähnlichkeiten zu systematischen Ansätzen der Projektplanung bzw. Kampagnenentwicklung und -durchführung sind unverkennbar. Soziales Marketing kann u.a. dazu beitragen, organisationsinterne Abläufe zu optimieren, Aktionismus und Voluntarismus einzudämmen, Leistungen von Organisationen transparent und begründbar zu dokumentieren, Akzeptanz für ein „gesellschaftliches Produkt“ zu schaffen und die verschiedenen Ressourcen optimal zu nutzen (> Organisationsentwicklung, > Projektmanagement).

Literatur: Novelli WD, Applying social marketing to health promotion and disease prevention, in: Glanz K et al. (eds.), Health behavior and health education - Theory and practice, San Francisco 1990, chap. 15; Beilmann M, Sozialmarketing und Kommunikation, Neuwied 1995; Krause R (Hg.), Gesundheitsförderung - Von der Projektplanung bis zur Evaluation, Oberhaching 1995

Manfred Lehmann / Annette C. Seibt

Stigmatisierungsansatz „Labeling Approach“ im Rahmen soziologischer Krankheitsmodelle

In der klassischen Soziologie wurde > Krankheit vorrangig im Rahmen der Theorien abweichenden Verhaltens untersucht. Dabei haben sich zwei Perspektiven als besonders bedeutsam erwiesen:

- der > Strukturfunktionalismus (vgl. das entsprechende Stichwort);
- der Stigmatisierungs- bzw. Labelingansatz.

Der Stigmatisierungsansatz geht, vergleichbar dem strukturfunktionalistischen Krankheitsmodell, von Krankheit als einem „abweichenden“ Verhalten im Kontext gesellschaftlicher Regeln und Normen aus. Hier wird die Abweichung jedoch nicht aus der Störung selbst („primäre Devianz“) erklärt. In Zentrum steht die „sekundäre Devianz“: eine Abweichung, die sich erst aus den Etikettierungsprozessen ableitet, die in unserer Kultur mit medizinischen Diagnosestellungen und Behandlungsformen verknüpft sind. Im Einklang mit der englischen Bezeichnung spricht man deshalb auch vom „Labeling“-Ansatz. Nach dieser Sichtweise werden insbesondere im Bereich der Psychiatrie Störungen, Auffälligkeiten und Krankheiten nicht biologisch, sondern vorrangig sozial definiert.

Die möglicherweise organischen oder psychosomatischen Ursachen einer Krankheit oder Störung sind im Labelingansatz eher nachgeordnet. Entscheidend ist die „sekundäre Devianz“. Damit wird die Veränderung im Verhalten eines Menschen umschrieben, die erst dadurch entsteht, daß diese 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“ bzw. dem Prozeß der Stigmatisierung aufgrund von Etikettierung (z.B. als: Diffamierung, Ausstoßung, Marginalisierung). Die durch den Prozeß der Etikettierung verursachte Verhaltensänderung kann schließlich ausgeprägter sein als die Wirkung der Störung selber.

Der Beginn der „sekundären Devianz“ wird durch die medizinische 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 oder Rehabilitationskrankenhäusern bzw. in „totalen Institutionen“ wie Gefängnissen weitgehend macht- und hilflos sind. Der Labelingansatz geht davon aus, daß diese Menschen ihr Verhalten und auf Dauer auch ihre Identität nach den Stereotypen und Verhaltenserwartungen ausrichten müssen, die ihnen erst durch die Etikettierung aufgesetzt worden sind.

Der Stigmatisierungsansatz war und ist wichtig als Begründung für Interventionen im Rahmen der Gemeindepsychiatrie und 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. So werden das Zustandekommen, aber auch die potentiellen Veränderungen von sozialen Stereotypen und Stigmata nicht erklärt. Auch werde die unterschiedliche Wirkung solcher Etikettierungen in unterschiedlichen Teilkulturen bzw. sozialen Milieus nicht ausreichend berücksichtigt. Eine oft vorzufindende, undifferenzierte Ausweitung auf sämtliche Störungs- und Krankheitsphänomene erscheint unangemessen.

Als analytisches Moment und Anstoß zur Reflexion bleibt der Stigmatisierungsansatz jedoch da von Bedeutung, wo es um die Erkenntnis und Veränderung von Hindernissen des gesundheitsförderlichen > Empowerment, der > Partizipati-

on und der > Selbsthilfe von Betroffenen geht. Dieser Ansatz ist und bleibt (ebenso wie das strukturfunktionalistische Theoriegerüst der Krankenrolle) ein Baustein der soziologischen Theorien in den > Gesundheitswissenschaften. Das Handlungskonzept Gesundheitsförderung basiert stärker auf soziologischen Streßtheorien und ihrer Weiterentwicklung in den interdisziplinären Gesundheits-Krankheits-Konzepten wie dem > Belastungs-Bewältigungs-Ansatz oder bei den Modellbildungen zum > Gesundheits-Krankheits-Kontinuum.

Literatur: Keupp H, Psychische Störungen als abweichendes Verhalten, München Wien Baltimore 1982; Malzahn P, Krankenrolle, in: Huppmann G / Wilker FW, Medizinische Psychologie Medizinische Soziologie, München 1988, 190-193; Waller H, Sozialmedizin, Stuttgart 1993, 29-32

Peter Franzkowiak

Strukturfunktionalistisches Krankenrollenmodell der Soziologie

In der klassischen Soziologie wurde > Krankheit vorrangig im Rahmen der Theorien abweichenden Verhaltens untersucht. Dabei haben sich zwei Perspektiven als besonders bedeutsam erwiesen:

- der Strukturfunktionalismus;
- der > Stigmatisierungs- bzw. Labelingansatz (vgl. das entsprechende Stichwort).

Aus der Sicht des Strukturfunktionalismus nimmt die Medizin eine soziale Kontrollfunktion ein. Sie definiert bestimmte Verhaltensweisen als erwünscht und unerwünscht und entscheidet dabei über die Arbeits- und Leistungsfähigkeit oder -unfähigkeit eines Menschen. Im Strukturfunktionalismus wird diese Fähigkeit als eine zentrale Rollenerwartung an Menschen in einem gegebenen System angesehen. Körperliche und seelische Krankheit werden als dysfunktionale Zustände angesehen, da Kranke aus ihren sozialen Rollenverpflichtungen im Arbeitsleben oder im familiären Alltag herausfallen - was aus soziologischer Sicht als „abweichendes“ Verhalten untersucht werden kann. Die Aufgabe der Medizin besteht darin, die Funktionalität und Verhaltens-„Konformität“ wiederherzustellen.

Schon in den 50er Jahren hat der amerikanische Soziologe Talcott Parsons diese Überlegungen in ein vierstufiges Konzept der Krankenrolle (engl.: sick role) übersetzt:

- Ein/e Patient/in ist zeitweise von seinen/ihren normalen Rollenverpflichtungen befreit;
- er/sie wird für die Krankheit nicht persönlich verantwortlich gemacht;
- er/sie hat die Verpflichtung, gesund werden zu wollen;
- er/sie ist verpflichtet, fachkundige (ärztliche) Hilfe auszusuchen und ihren Anweisungen Folge zu leisten.

Innerhalb des Konzepts werden zwei komplementäre Rollenverpflichtungen auf ärztlicher Seite hinzugefügt:

- ÄrztInnen sind verpflichtet zu affektiver Neutralität, ihr Handeln soll frei vom Einfluß persönlicher Gefühle bleiben;
- ÄrztInnen haben fachlich kompetent zu sein, um so vertrauensbildend auf die PatientInnen zu wirken.

Nach Parsons besteht die Funktion der Medizin darin, die Krankheit eines Menschen (und sein „abweichendes“ Verhalten) vor der Gesellschaft zu legitimieren und dadurch die PatientInnen weitgehend von der Verantwortung für ihren Zustand zu entlasten - z.B. durch Krankschreibung. Der Preis für diese Entlastung ist, daß Menschen in der Krankenrolle auch zum „Gesundwerden-Wollen“, zum Einleiten einer Behandlung und zur Befolgung ärztlicher Anweisungen („Compliance“) verpflichtet sind.

Angesichts des gewandelten Krankheits- und Risikopanoramas in den modernen Gesellschaften zeigt sich aber die Begrenztheit des strukturfunktionalistischen Ansatzes. Bei den heute vorherrschenden chronisch-degenerativen Massenerkrankungen (Gefäßstörungen des Zentralnervensystems, koronare Herzerkrankungen, bösartige Neubildungen, Rheuma, Diabetes) ist eine Heilung oft nur bedingt oder gar nicht möglich. Außerdem wird im präventivmedizinischen > Risikofaktorenkonzept zunehmend die Selbstverantwortung von Patienten für ihre Gesunderhaltung betont, lange bevor eine Krankheit diagnostizierbar ist - z.B. wenn dauerhafte Verhaltensrisiken wie das Zigarettenrauchen oder Übergewicht als Vorläufer der genannten Enderkrankungen angenommen werden können.

Das strukturfunktionalistische Theoriegerüst der Krankenrolle ist und bleibt (ebenso wie die Überlegungen zu den durch medizinisch-psychiatrische Diagnosen ausgelösten Stigmatisierungsprozessen) ein Baustein der soziologischen Theorien in den > Gesundheitswissenschaften. Das Handlungskonzept Gesundheitsförderung basiert stärker auf soziologischen Streßtheorien und ihrer Weiterentwicklung in den interdisziplinären Gesundheits-Krankheits-Konzepten wie dem > Belastungs-Bewältigungs-Ansatz oder bei den Modellbildungen zum > Gesundheits-Krankheits-Kontinuum. In diesen integrativen Gesundheits-Krankheits-Modellen wird die Definitionsmacht der Medizin kritisch thematisiert. Sie wird nicht, wie in dieser klassisch-soziologischen Theorie, zum (problematischen) Fundament der gesamten Krankheitskonzeption gemacht.

Literatur: Keupp H, Psychische Störungen als abweichendes Verhalten, München Wien Baltimore 1982; Malzahn P, Krankenrolle, in: Huppmann G / Wilker FW, Medizinische Psychologie Medizinische Soziologie, München 1988, 190-193; Parsons T, Definition von Gesundheit und Krankheit im Lichte der Wertbegriffe und der sozialen Struktur Amerikas, in: Mitscherlich A et al. (Hg.), Der Kranke in der modernen Gesellschaft, Köln Berlin 1967, 57-87; Waller H, Sozialmedizin, Stuttgart 1993, 29-32

Peter Franzkowiak

Subjektive Gesundheit Laienkonzeptionen von Gesundheit

In Alltagsvorstellungen und Laienkonzepten wird Gesundheit in vielen Facetten umschrieben. Laienkonzepte und wissenschaftliche Theorien weisen zahlreiche Entsprechungen auf: In beiden Feldern vermischen sich Abgrenzungs- und Funktionskonzepte mit wertorientierten Bestimmungen (> Gesundheit).

In den subjektiven Gesundheitstheorien von Laien bzw. der „sozialen Konstruktion von Gesundheit“ durch Laien sind vor allem sechs, einander teilweise überschneidende Dimensionen identifiziert worden:

- Gesundheit als Vakuum (Abwesenheit von Krankheit, Leben im „Schweigen der Organe“);

- Gesundheit als Reservoir (organisch-biologische Robustheit, körperliche Stärke, Widerstandspotential gegenüber Krankheit, Müdigkeit und äußere Einflüsse);
- Gesundheit als „funktionale Fitness“, als „Gebrauchsgut“ für die Erfüllung von Aufgaben und Rollen des Alltagslebens;
- Gesundheit als Selbstzwang, als Versuch der Kontrolle über das Selbst und den Körper;
- Gesundheit als Gleichgewicht, als persönliche Eigenschaft und Stärke (als persönliche Erfahrung der Balance und „Ganzheit“, mit Überschuß an Energie, aktivem Selbstgefühl und befriedigenden sozialen Beziehungen);
- Gesundheit als „Loslassen“ und Befreiung, als hedonistischer Versuch, das Leben zu genießen und Entspannung zu erleben.

Wie medizinsoziologische Studien zeigen, bringen Laien Gesundheit in erster Linie mit endogenen Bedingungen in Verbindung: mit der Konstitution, dem Temperament und Erbanlagen. Krankheit wird dagegen mit exogenen Einflüssen assoziiert: mit sozialräumlichen Lebensbedingungen, Arbeitsbedingungen, Unfällen, Krankheitsregem in der physikalischen Umwelt etc. Bei Kindern sind bis um das 10. Lebensjahr Gesundheitsdefinitionen stärker mit Krankheitsvorstellungen verknüpft. Erst danach bilden sie einen nicht nur von Krankheiten her definierten, abgrenzbaren Gesundheitsbegriff heraus.

Die subjektiven Gesundheitsvorstellungen werden von der persönlichen und kollektiven > Lebenslage und > Lebensweise geprägt. Sie unterliegen soziokulturellen Prägungen. So können Gesundheitskonzepte und -assoziationen von Jugendlichen und Erwachsenen interkulturell und sozioökonomisch deutlich differieren. In westlichen Industrieländern assoziieren Jugendliche Gesundheit vorrangig mit Krankheit und deren Vermeidung; im südostasiatischen und nordarabischen Kulturraum beziehen die Heranwachsenden Gesundheit v.a. auf Lebensfreude, Lebenskraft und Nahrung. Gesundheit als „Abwesenheit von Krankheit“ und als „funktionale Fitness“ ist eher typisch für Menschen aus Arbeiterschichten, während Balance- und Gleichgewichtsvorstellungen einschließlich der „Selbstverwirklichung“ typischer für Mittelschichtangehörige und nicht-manuell Arbeitende sind (> Kulturwissenschaftliche Perspek-

tive). Ein bedeutsamer Einflußfaktor ist die Vermittlung von Gesundheits-/Krankheitsinformationen durch ExpertInnen der medizinischen Versorgung, durch öffentliche > Gesundheitsaufklärung und durch die wachsende Zahl medizinischer Themen in den Printmedien und in den audiovisuellen Medien.

Vor jeder gesundheitsförderlichen Intervention muß eine Bestimmung der subjektiven Theorien bzw. sozialen Gesundheitskonstruktionen der > Zielgruppe/Adressaten vorgenommen werden. Aus den jeweiligen, in der Zielgruppe verbreiteten bzw. dominierenden Sichtweisen leitet sich ab, ob die Adressaten präventive Maßnahmen für prinzipiell möglich und für sich selber nötig erachten oder nicht (> Modell der Gesundheitsüberzeugungen, > Pantheoretisches Modell). Die subjektiven Vorstellungen entscheiden mit darüber, ob und in welchem Maße die angesprochenen Menschen für vorgeschlagene Interventionen aufgeschlossen sind und sich aktiv daran beteiligen (> Partizipation). Aus subjektiven Theorien über Gesundheitsrisiken und -bedrohungen leiten sich oft auch selbstgesteuerte „Gesundheitsbewegungen“ von Betroffenen her, z.B. im Widerstand gegen industrielle oder andere Gesundheitsgefährdungen in Wohn- und Arbeitsgebieten, im Bereich von Ernährungs- oder Umweltschutzkampagnen u.a.m.

Literatur: Becker P, *Die Bedeutung integrativer Modelle von Gesundheit und Krankheit für die Prävention und Gesundheitsförderung*, in: Paulus P (Hg.), *Prävention und Gesundheitsförderung*, Köln 1992, 91-107; Faltermaier T, *Gesundheitsbewußtsein und Gesundheitshandeln*, Weinheim 1994; Waller H, *Gesundheitswissenschaft*, Stuttgart 1995, 9-24

Peter Franzkowiak

Theorie der Handlungsveranlassung „Theory of Reasoned Action“ bzw. „Theory of Planned Behavior“

Die Theorie der Handlungsveranlassung wurde 1967 von Fishbein und Ajzen als allgemeingültige psychologische Theorie menschlichen Verhaltens vorgestellt. Sie ist der Versuch, die Beziehungen zwischen Überzeugungen, Einstel-

lungen, Intentionen und Verhalten zu beschreiben und zu verknüpfen sowie Vorhersagen darüber zu treffen, ob Menschen ein bestimmtes Verhalten durchführen werden oder nicht. Neu an dieser Theorie war, daß sie sozial-normative Faktoren berücksichtigte (vgl. dagegen > Modell der Gesundheitsüberzeugungen). Eine Intervention gegen das Rauchen, die mit Hilfe dieser Theorie durchgeführt wird, würde beispielsweise das soziale Bezugssystem - bei Teenagern insbesondere die wichtigen FreundInnen - mit einbeziehen.

Die Theorie macht es möglich, eine differenzierte Beschreibung der wichtigen zugrundeliegenden psychologischen Faktoren vorzunehmen, die einem bestimmten menschlichen Verhalten zugrunde liegen. Dabei ist entscheidend, daß sie nur dann korrekte Vorhersagen und konkrete Erfolge erwarten läßt, wenn die spezifischen „Umstände“ des jeweiligen Verhaltens sehr genau bestimmt sind. Diese genaue Bestimmung läßt sich mit vier Elementen vornehmen:

- Handlung;
- Ziel;
- Kontext;
- Zeit(-raum).

Beispielsweise ist das Projektziel „safer sex“ für Populationen mit hohem Risiko für eine HIV-Infektion nicht präzise genug. Es muß vielmehr zwischen den möglichen Handlungen ein Kondom kaufen, ein Kondom bei sich tragen oder ein Kondom benutzen sehr genau unterschieden werden (Handlung). Das gleiche gilt für Kondombenutzung mit einem langfristigen Partner, mit gelegentlichen Partnern oder mit Prostituierten (Kontext) und für Kondombenutzung beim nächsten Mal oder jedes Mal (Zeitraum) etc.

Entscheidend sind die jedem Verhalten eigenen und einzigartig zusammengesetzten Determinanten. Der Schlüssel für erfolgreiche Programme ist daher die Identifikation dieser zugrundeliegenden Determinanten, die dann selektiv für diese Population den Umständen entsprechend (Kontext) geändert oder bewußt beibehalten werden.

Für die in der Gesundheitsförderung Tätigen ist die Nützlichkeit der Theorie insbesondere darin zu sehen, daß das Wissen um diese Faktoren für bestimmte Projektziele oder Programme benutzt werden kann. Durch Veränderung dieser Fakto-

ren kann das Verhalten auf eine vorgezeichnete und gewünschte Richtung hin beeinflusst werden. Beispielsweise ist bekannt geworden, daß SchülerInnen der Meinung waren, daß die meisten MitschülerInnen (bereits) Zigaretten rauchten, und sie sich als NichtraucherInnen daher in der Minderheit und „unnormale“ fühlen mußten. Als bekannt gemacht wurde, daß die an dieser Schule Rauchenden in der Minderzahl waren und dieses Verhalten somit keineswegs die Norm darstellte, fühlten sich die Angesprochenen nicht mehr so unter Druck, den vermeintlichen Normen ebenfalls zu entsprechen und mitzurauchen.

Bei der Formulierung der Theorie wurde davon ausgegangen, daß eine Vielzahl rational-psychologischer Beweggründe eine Handlungsintention bilden, die in der Folge das Verhalten selbst bestimmt. Die Grundannahme ist dabei, daß Menschen in Übereinstimmung mit ihren Intentionen handeln und daß eine enge, kausale Beziehung zwischen der Intention, ein Verhalten auszuführen, und dem Verhalten selbst besteht.

Die Intention umfaßt dabei alle motivierenden Faktoren, die das Verhalten beeinflussen. Sie sind Indikatoren dafür, wie sehr Menschen bereit sind, sich anzustrengen und wieviel Mühe sie aufwenden werden, dieses Verhalten auszuführen: je stärker die Intention, desto wahrscheinlicher das Verhalten. Diese Wahrscheinlichkeit wird jedoch auch vom Grad der eigenen Kontrolle über ein Verhalten (behavioral control) beeinflusst oder davon, ob Menschen willentlich oder „frei“ darüber entscheiden können, ein Verhalten auszuführen oder nicht. Diese als das Ausmaß der selbsteingeschätzten Kontrollierbarkeit und Kompetenz aus dem Englischen übersetzte Determinante kam in der ursprünglichen Fassung der Theorie (Theory of

Reasoned Action) nicht vor und wurde 1991 hinzugefügt - was zur Umbenennung in Theory of Planned Behavior führte, wobei diese Erweiterung der einzige Unterschied zwischen den beiden Theorien ist (vgl. Abb. 19). Dieser Zusatz entspricht im wesentlichen oder ist für viele identisch mit dem Konstrukt der Selbstwirksamkeitsüberzeugung (self-efficacy) der > Sozialen Lerntheorie.

Die Stärke der Intention, ein Verhalten auszuüben, ist eine Funktion aus den beiden Faktoren

- Einstellung/Haltung (attitude) gegenüber dem Verhalten und
- Wahrnehmung des sozialen Einflusses oder der generellen subjektiven Normen in Hinblick auf das auszuführende Verhalten (siehe Diagramm zur Veranschaulichung).

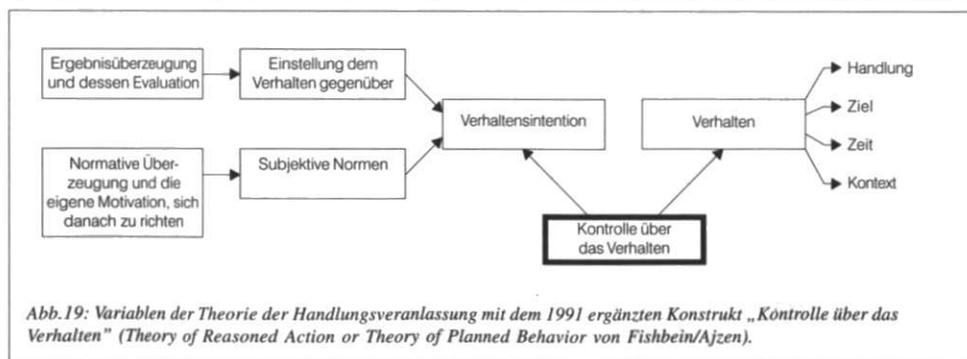
Sowohl die Einstellung als auch die subjektiven Normen sind wiederum als Funktionen von zwei grundlegenden kognitiven Faktoren zu verstehen. Einstellungen werden dabei als eine Funktion von Verhaltens- (oder persönlichen) Überzeugungen darüber angesehen,

- ob die Ausführung des Verhaltens zu einem bestimmten Ergebnis führt und
- wie dieses Ergebnis evaluiert wird.

Die subjektiven Normen sind eine Funktion von normativen Überzeugungen darüber,

- wie von spezifischen Mitmenschen (z.B. einer Freundin oder einem Familienmitglied) eingeschätzt wird, ob sich so verhalten werden soll oder nicht und
- der eigenen Motivation, sich nach diesen Mitmenschen zu richten (siehe Abb. 19).

Ein Verhalten ist daher determiniert durch die kognitiven Strukturen, die sich aus grundlegenden verhaltensmäßigen und normativen Überzeu-



gungs-Faktoren zusammensetzen. (Gesundheitliches) Verhalten ändern zu wollen, erfordert, in diese kognitiven Faktoren vorsätzlich und gezielt „manipulativ“ einzugreifen.

Jede dieser Variablen war für die Umsetzung in Programmen oder Interventionen operationalisiert, standardisierte Verfahren zur Einschätzung und Messung jeder Variable wurden entwickelt. Auf diese Weise ist die Theorie zur Erklärung dafür angewandt worden, warum (oder warum nicht) Menschen rauchen, Alkohol trinken, sich medizinisch behandeln lassen, Kontrazeptive benutzen, eine Diät machen, sich anschnallen oder Sicherheitshelme tragen, regelmäßig Sport treiben, wählen, stillen, Waren oder Dienstleistungen kaufen, Geld spenden, Kondome benutzen etc. Sie ist neben der > Sozialen Lerntheorie heute die am häufigsten benutzte psychologische Theorie von wissenschaftlich begleiteten und theoriegeleiteten Gesundheitsförderungsinterventionen in den Vereinigten Staaten.

Einschränkend ist zu bedenken, daß es sich um eine psychologische Theorie handelt, die strukturelle Elemente nicht explizit nennt bzw. diese als bereits in den Haltungen und deren Evaluation implizit vorhanden annimmt.

Literatur: Ajzen I / Fishbein M, Understanding Attitudes and Predicting Behavior, Englewood Cliffs 1980; Fishbein M et al., Using Information to Change Sexually Transmitted Disease-Related Behaviors, in: DiClemente RJ / Peterson JL (eds.), Preventing AIDS - Theories and Methods of Behavioral Interventions, New York 1994; Ajzen I, The Theory of Planned Behavior, in: Organizational Behavior and Human Decision Processes, 1991, 50, 179-211; Schwarzer R, Psychologie des Gesundheitsverhaltens, Göttingen 1992, 1-II

Annette C. Seibt

Verbreitung von Innovationen „Diffusion of Innovations“

Die Diffusionstheorie ist ein Erklärungsversuch, wie und warum sich Neuerungen (auch Gesundheitsneuerungen) in einer Kultur, einer Gesellschaft oder einer Subkultur verbreiten und wodurch sie zu „akzeptierten“ Gewohnheiten oder

Eigenheiten werden. Als Beispiel mögen die Fragen dienen, warum sich neue Ernährungs- und Eßgewohnheiten in den unterschiedlichsten Kulturen und Ländern durchsetzen, oder wie sich Kondombenutzung in von HIV/AIDS besonders betroffenen Subkulturen als Schutzverhalten verbreitet hat. Die Theorie beschreibt chronologische und charakteristische Gesetzmäßigkeiten, unter welchen Bedingungen welche Menschen Neuerungen akzeptieren.

Für WissenschaftlerInnen und PraktikerInnen im gesellschaftlichen, politischen oder sozialen Bereich, aber auch für im Bereich der Gesundheitsförderung Tätige ist dieses Gedankengebäude insofern relevant, als von dieser Theorie abgeleitete Erkenntnisse eine Planungshilfe dafür darstellen,

- wie sich Menschen, die an der Spitze einer neuen sozialen Bewegung stehen (z.B. recyceln, nur noch bleifreies Benzin fahren, das Auto abschaffen) oder die die neueste Gesundheitswelle aus- oder mitmachen (z.B. Joggen, fettärmer essen, nicht- [mehr] rauchen, einem Fitnessstudio beitreten) von denen unterscheiden, die sich erst später entsprechend verhalten oder die möglicherweise erst durch gesetzliche Vorschriften gezwungen werden, sich nach der nunmehr von der Mehrheit akzeptierten Art und Weise zu verhalten (z.B. beim Autoneukauf nun einen Katalysator kaufen zu müssen oder während US-Inlandsflügen oder in New Yorks Restaurants nicht mehr rauchen zu dürfen) und
- welche Charakteristika Neuerungen ausweisen, um die Wahrscheinlichkeit ihrer Akzeptanz zu erhöhen.

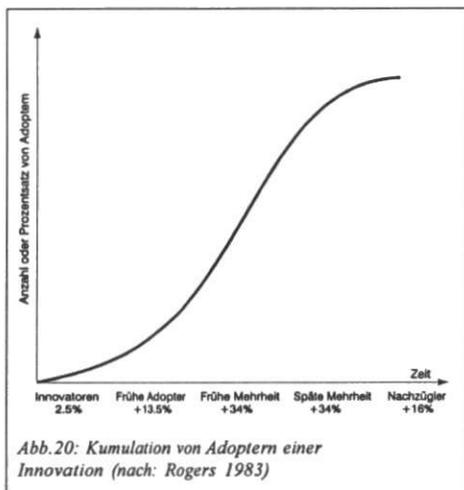
Mit auf das jeweilige Gesundheitsthema speziell zugeschnittenen, von der Theorie abgeleiteten Erkenntnissen sind GesundheitsförderInnen eher in der Lage, künftige „gesundheitliche Innovationen“ zu beeinflussen, anzustoßen oder abzuschätzen.

Diffusion ist definiert als ein Prozeß, in dessen Verlauf eine Innovation in zeitlicher Folge zwischen Mitgliedern eines sozialen Systems über bestimmte Kanäle kommuniziert und eventuell übernommen wird. Unter Innovationen können dabei Ideen, Verhaltenspraktiken oder Produkte verstanden werden, die von Personen oder Gruppen als neu angesehen werden und eine mögliche Alter-

native zu Bisherigem darstellen. Die Diffusionstheorie, deren Konstrukte von Ergebnissen empirischer Kommunikationsforschung abgeleitet wurden, ist innerhalb der Theorien des Sozialen Wandels der Soziologie anzusiedeln.

Im folgenden wird beschrieben, wie sich Menschen in ihrer Innovationsakzeptanz voneinander unterscheiden (was relativ gut erforscht ist) und wie die Charakteristika von Innovationen selbst die Adoptionsrate beeinflussen (was sehr viel weniger erforscht ist).

Die Diffusionstheorie unterscheidet Menschen danach, ob sie Neuerungen eher früher oder später aufgreifen und annehmen. Dabei werden fünf Kategorien unterschieden: Populationen (von Individuen, Gruppen oder ganzen Organisationen) werden bezogen auf ihr Stadium im Adoptionsprozeß in Relation zu anderen auf dieser Kurve zunächst als *Innovatoren* bezeichnet, zu denen dann die sog. *frühen Adopter* kommen, gefolgt von der *frühen Mehrheit*, der *späten Mehrheit* und zuletzt den *Nachzüglern*. Die folgende Abbildung 20 veranschaulicht diese Aufteilung.



Zusätzlich zur Kategorisierung der Menschen (-gruppen), die Innovationen akzeptieren, spielen zur Erhöhung der Adoptionswahrscheinlichkeit auch die Attribute oder Charakteristika der Innovationen selbst eine Rolle. Die Diffusionstheorie unterscheidet dabei fünf Attribute, die empirisch starke Überschneidungen haben, aber konzeptuell klar unterschieden werden. Diese sind der relati-

ve Vorteil, die Vereinbarkeit oder Kompatibilität, die Komplexität, die Erprobbarkeit und die Beobachtbarkeit:

- Als *relativer Vorteil* ist dabei zu verstehen, daß etwas Neues im Vergleich zum Bisherigen „unterm Strich“ besser ist oder Vorteile bringt, obwohl es möglicherweise auch neue Nachteile mit sich bringen könnte. Die Balance sollte jedoch zu Gunsten des Neuen ausfallen, um die Neuerung akzeptabler zu machen. Auf den Bereich Gesundheitsförderung übertragen bedeutet dies beispielsweise, daß Kondombenutzung zunächst zwar die Nachteile der Beschaffung oder der Verhandlungsunannehmlichkeit mit sich bringt, jedoch das eigentliche sexuelle Erleben ungetrübt werden könnte, da für Schutz vor Infektionen oder Schwangerschaften gesorgt ist.
- Unter *Vereinbarkeit* wird verstanden, inwiefern sich etwas Neues mit bestehenden Normen und Werten, früheren Erfahrungen oder aktuellen Bedürfnissen vereinbaren läßt. Ein in diesem Zusammenhang häufig genanntes Beispiel ist die Namensgebung von Produkten oder Kampagnen, ebenso wie deren Aussehen oder Handhabbarkeit (z.B. moralische Akzeptanz von Verhütungsmitteln für Kondome oder „Spiralen“, gesellschaftliche oder religiöse Akzeptanz).
- Mit *Komplexität* ist gemeint, ob eine Innovation relativ einfach oder schwierig zu verstehen oder zu benutzen ist, wobei die Diffusionsforschung gezeigt hat, daß dieses Attribut je nach sozial-ökonomischer Klassenzugehörigkeit die Adoptionsrate sehr unterschiedlich beeinflussen kann.
- Unter *Erprobbarkeit* wird verstanden, inwiefern eine Innovation in Einheiten eingeteilt und so in kleinen Schritten vorsichtig „angetestet“ werden kann. Verhütung von ungewollten Schwangerschaften mit Kondomen, die erst einmal probeweise von Mal zu Mal eingesetzt werden können, sind ein Beispiel für eine höhere Erprobbarkeit als das wesentlich aufwendigere, teurere und dauerhaftere Einsetzen einer Spirale.
- *Beobachtbarkeit* ist der Grad, mit dem das Ergebnis einer Innovation für andere sichtbar ist oder sichtbar gemacht werden kann. Die joggende oder radfahrende Nachbarin kann als Beispiel dafür dienen, daß diese Innovation von anderen leichter beobachtet werden kann als ihre Ernährungsgewohnheiten.

Die Diffusion von Innovation läuft in einem mindestens zweistufigen Prozeß ab:

- für die früh(er)en Adopter sind Kommunikationswege außerhalb des sozialen, familiären oder kollegialen Netzes als Quelle akzeptabel (MeinungsbildnerInnen);
- für die späteren Adopter ist es jedoch eher das direkte soziale Umfeld, das über Innovationen informiert und sie akzeptabel machen.

Aus dieser Erkenntnis ist bis heute insbesondere für gesundheitsfördernde Projekte auf Gemeindeebene gelernt und immer wieder bestätigt worden, daß das interpersonelle soziale Netz die wichtigste Rolle für die weitere Verbreitung von gesundheitlichen Innovationen hat. (> Soziale Netzwerke. > Soziale Unterstützung)

Mehr als 4500 Diffusionsstudien sind weltweit durchgeführt und unter diesem Aspekt evaluiert worden. Zum Beispiel haben Kelly und andere die Akzeptanz von „safer sex“ bei homosexuellen Männern erhöhen wollen und dabei die oben beschriebene Erkenntnis der Zweistufigkeit genutzt. Die Forschungsgruppe konzentrierte ihre Interventionsanstrengungen auf die „beliebtesten schwulen Männern“ in mehreren amerikanischen Kleinstädten und trainierte diese, mit anderen schwulen Männern über HIV-Präventionsmöglichkeiten zu sprechen. Diese späteren Innovationsadopter bezogen ihre Informationen, Anstöße und Meinungen von früheren Adoptern, die in diesem Zusammenhang Meinungsbildner oder Meinungsführer genannt werden. Diese Zwei-Stufen-Intervention - erst die Meinungsführer gezielt anzusprechen und zu trainieren, die dann wiederum als Multiplikatoren ihre „Erkenntnisse“ weitergeben - hat sich als sehr erfolgreich erwiesen. Im Vergleich zu den offiziellen Interventionen mit Plakaten und Informationsveranstaltungen, die gewöhnlicherweise von Gesundheitsbehörden durchgeführt wurden, konnte sowohl das Wissen um HIV als auch das präventive Verhalten in diesen amerikanischen Kleinstädten signifikant erhöht werden. Die Interventionsgemeinden unterscheiden sich auch drei Jahre nach der Intervention im Bezug auf ihr Sexualverhalten immer noch signifikant von den Kontrollgemeinden.

Literatur: Dearing JW et al., Diffusion Theory and HIV Risk Behavior Change, in: DiClemente RJ / Peterson JL (eds.), Preventing AIDS - Theo-

ries and Methods of Behavioral Interventions, New York 1994; Kelly JA et al., HIV Risk Behavior Reduction Following Intervention with Key Opinion Leaders of Population - An Experimental Analysis, in: American Journal of Public Health, 1991, 81(2), 168-171; Rogers EM, Diffusion of Innovations, New York, 1983, 3rd ed.

Annette C. Seibt

Verhältnisprävention

„Verhältnisprävention“ ist ein Sammelbegriff für Strategien, die „auf die Kontrolle, Reduzierung oder Beseitigung von Gesundheitsrisiken in den Umwelt- und Lebensbedingungen“ (Waller), „auf die Verringerung oder Beseitigung von Krankheits- und Unfallursachen in den allgemeinen Lebens-, Arbeits- und Umweltverhältnissen“ (Bundesregierung) bzw. auf die Herstellung „gesunder Verhältnisse“ abzielen.

Maßnahmen der Verhältnisprävention sind wichtig und notwendig, weil

- Verhältnisse die Gesundheit und die Befindlichkeiten beeinflussen können (z.B. Schadstoffe in der Nahrung, in der Luft, im Boden und im Trinkwasser; Lärm, Hitze, Staub; soziale, Arbeits-, Wohn- u.a. Bedingungen, die chronische Eu-Streß- oder Dis-Streß-Situationen darstellen können) und
 - gesundheitsrelevantes Verhalten durch entsprechende Verhältnisse gefördert, ermöglicht oder auch verhindert werden kann (Freizeit- und Gesundheitsangebote, Sanktionen).
- „Verhältnisse“ sind im Prinzip alle Rahmenbedingungen, die die Gesundheit und das Verhalten der Menschen beeinflussen. Dazu können zum Beispiel gerechnet werden:
- soziale Lage (Geschlecht; Sozialer Status - Einkommen, Bildung, soziale Stellung, Stellung im Arbeitsmarkt; Zugehörigkeit zu [Sub-]Kulturen etc.);
 - Strukturen (Infrastrukturen, Versorgungsstrukturen; Belastungs-, Bewältigungsstrukturen);
 - Einflüsse der physikalischen Umwelt (Schadstoffe, Schadstofffreiheit), Arbeits-, Wohn-, Freizeitbedingungen;
 - Bedingungen der sozialen Umwelt (Unterstützung, sozialer Druck);

- allgemeine politische Bedingungen (Frieden, Gerechtigkeit, Ungleichheit), etc..

Der Begriff „Verhältnisprävention“ ist in der Gesundheitsförderung vor allem als Abgrenzungskategorie zur sog. „Verhaltensprävention“ plausibel: Die medizinisch orientierte > Prävention und die klassische > Gesundheitserziehung zielen primär auf eine Veränderung des individuellen Gesundheitsverhaltens bzw. auf die Veränderung gesundheitsgefährdender Gewohnheiten und Lebensstile von Individuen ab. Sie setzen die individuelle Gestaltungsfreiheit voraus. Mit dem > Lebensweisenkonzept hat die WHO darauf aufmerksam gemacht, daß es die angenommene optimale Gestaltungsfreiheit des Einzelnen nicht geben kann. Er/sie ist in kulturelle, soziale, strukturelle, politische etc. Zusammenhänge eingebunden und verhält sich häufig auch dann an diese sinnvoll angepaßt, wenn er/sie sich nicht nach den Normen der Gesundheitserziehung verhält. Die Einzelnen können sowohl Opfer als auch Nutznießer ihrer Verhältnisse sein. Wenn in der Gesundheitserziehung und Verhaltensprävention die Verhältnisse ignoriert werden, dann bedeutet dies, zumindest tendenziell, die Opfer (der Verhältnisse) zu den Schuldigen (für Krankheit bzw. für „falsches“ Verhalten) zu machen („blaming the victims“ > Gesundheitsförderung I).

Prinzipiell ist die Palette der möglichen Interventionen in der Verhältnisprävention sehr breit und kann alle Ebenen umfassen - von der individuellen (individuelle Entscheidungen wie Wahl der Verkehrsmittel, der Wohnung, des Arbeitsplatzes, Nutzung von Angeboten und Dienstleistungen, Verwendung des Einkommens etc.) bis zur gesamtgesellschaftlichen (Sozial-, Gesundheits-, Bildungs-, Arbeitsmarkt-, Städtebau-, Verkehrs-, Umweltpolitik; Gesundheits-, Umwelt-, Arbeits-, Verbraucherschutz). Bisher allerdings werden in der Gesundheitsförderung unter „Verhältnisprävention“ vor allem Maßnahmen bzw. Defizite auf gesamtgesellschaftlicher Ebene sowie in den Bereichen der betrieblichen und der kommunalen Gesundheitsförderung diskutiert (Waller). Für die Verhältnisprävention werden deshalb überwiegend der Gesetzgeber und der Staat sowie Entscheidungsträger und Führungskräfte verantwortlich gemacht.

Effektive Verhaltensprävention ist aber ohne Verhältnisprävention bzw. Einbezug der Verhältnisse kaum denkbar. Maßnahmen der Gesundheitserziehung und Aufklärung müssen dementsprechend gruppen-, schicht- und geschlechtsspezifisch angelegt sein und an der jeweiligen Lebenswirklichkeit der Zielgruppen ansetzen (> Lebenslage). Faktoren, die gesundheitsgerechtem Verhalten entgegenstehen, müssen zumindest thematisiert werden. Außerdem kann z.B. sozial-, arbeits-, miet- und konsumrechtliche Beratung, die zur Wahrnehmung eigener Rechte ermuntert, dazu beitragen, hindernde Faktoren bewältigen zu lernen. Solche Angebote können deshalb nach Rosenbrock wirksame Beiträge zur Prävention und Gesundheitsförderung darstellen.

Verhältnis- und Verhaltensprävention sollten sich gegenseitig ergänzende Konzepte sein, die auf allen Ebenen ansetzen und für die alle Ebenen verantwortlich sein können: „Gesundheitsförderung ist Ausdruck einer gemeinsamen konzeptuellen Grundlage für Programmansätze, die die Verbesserung von Lebensweisen und Lebensbedingungen anstreben. Sie setzt bei den jeweiligen Lebenszusammenhängen an und ist bemüht, persönliche und gesellschaftliche Verantwortlichkeiten miteinander in Einklang zu bringen, um auf eine gesündere Zukunft hinzuwirken“ (WHO 1984).

Literatur: WHO-EURO, Regionalprogramm über Gesundheitserziehung und Lebensweisen, Kopenhagen 1981, in: Franzkowiak P / Sabo P (Hg.), Dokumente der Gesundheitsförderung, Mainz 1993, 65 ff; WHO-EURO, Gesundheitsförderung: Eine Diskussionsgrundlage über Konzepte und Prinzipien, Kopenhagen 1984, in: Franzkowiak/Sabo 1993, 78 ff; Rosenbrock R, Rahmenbedingungen für Gesundheitsförderung und Prävention, in: Gesundheit als Herausforderung - Dokumentation Internationaler AOK-WHO-Kongress Hamburg 1989, 41 ff; Bundestagsdrucksache 12/8238 vom 5.7.1994 (Antwort der Bundesregierung „Prävention in der Gesundheitspolitik“ auf die Große Anfrage von Abgeordneten und der Fraktion der SPD); Waller H, Gesundheitswissenschaft, Stuttgart 1995

Manfred Lehmann

Vermitteln und Vernetzen

„Vermitteln und vernetzen“ (engl.: „mediate“) ist eines der drei Handlungsprinzipien der Ottawa-Charta, in Verbindung mit „Interessen vertreten“ sowie „Befähigen und ermöglichen“ (> Gesundheitsförderung III).

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 nicht-staatlichen und selbstorganisierten Verbände, von Initiativen, der Industrie und von Medien-Verantwortlichen. Die besondere Verantwortung von Professionellen, Expert-Innen und MitarbeiterInnen 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 zur 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“ oder eine Veranstaltung wie „Gesundheitstage“ sein;
- Vertikale Kooperation bedeutet, daß die unterschiedlichen politischen Ebenen, von der internationalen bis hinunter zur lokalen und Nachbarschaftsebene, 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:

- 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;
- Wohlfahrtsverbände streiten mit den kommunalen oder staatlichen Behörden über die Höhe der notwendigen Zuschüsse für eine umfassende pflegerische Versorgung alter Menschen;
- Krankenkassen konkurrieren untereinander und möchten (ähnliche) möglichst attraktive Kurse für Gesundheitsförderung anbieten, statt sich untereinander abzusprechen;
- Bürgerinitiativen fühlen sich von Behörden abgeblockt;
- Selbsthilfegruppen von chronisch Kranken möchten für ihre Arbeit mehr Unterstützung durch ÄrztInnen;
- Gesundheitsämter und Krankenkassen sind sich uneins darüber, wer welche Aufgaben in der Gesundheitsförderung übernehmen soll bzw. darf.

Diese und viele weitere Probleme brauchen „Vermittlung und Vernetzung“. Gesundheitsförderung ist eine intersektorale und interdisziplinäre Aufgabe, bei der alle betroffenen BürgerInnen beteiligt werden sollen. Hierzu bedarf es entsprechender Strukturen. Diese werden auch häufig intermediäre Instanzen (mediating structures) genannt. Aus diesem Bereich sind für die Gesundheitsförderung besonders relevant:

1. *intermediäre Kooperationsstrukturen* wie „Netze“, „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 Gesundheitserziehung/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 Infrastruktur-Einheiten 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 Brücken-Instanzen gibt es in vielen auch für die Gesundheitsförderung wichtigen gesellschaftlichen Bereichen. Beispiele sind etwa Mütterzentren, Elternschulen, Stadtteilzentren, Kulturzentren, Nachbarschaftshome, Kontakt-, Beratungs- und Informationsstellen (z.B. für Selbsthilfe, Arbeit, Umwelt oder andere Themen). Als Infrastruktur der ausdrücklich auf Gesundheitsförderung ausgerichteten Bemühungen sind an einigen Stellen „Werkstätten Gesundheit“, „Gesundheitsbüros“, „Gesundheitsläden“, „Gesundheitszentren“, „Gesundheitshäuser“ u.ä.m. gegründet worden. Während diese zweifellos sinnvollen Einrichtungen in den 80er Jahren eine Art Gründungsboom erlebten, stagniert die Entwicklung seit einigen Jahren oder ist durch die kommunale Finanzierungsnot sogar rückläufig.

Für die Gesundheitsförderung ist die Vorkämpferrolle dieser Brücken-Instanzen besonders wichtig. Dabei ist kennzeichnend, daß sie zwischen politisch-administrativen Systemen, Märkten und Selbsthilfefzusammenschlüssen stehen, jedoch zu keinem dieser Bereiche unmittelbar gehören („zwischen den Stühlen sitzen“). Als wichtige Vermittler und Vernetzer, Informations-Zwischenhändler 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 in-

stitutionelle 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.

Brückeneinrichtungen sind sehr hilfreiche, jedoch keine zwingend nötigen Vermittlungsinstanzen. Vernetzung und Kooperation für Gesundheitsförderung kann praktisch jederzeit von Einzelpersonen oder interessierten Institutionen begonnen werden, indem man/frau die Initiative für ein erstes Treffen ergreift.

Falls daraus kontinuierliche Kooperationsstrukturen wie in (1) entstehen, findet sich in der Regel jemand, der die nötigen organisatorischen Basisaufgaben übernimmt. Oder es wird ein Verfahren gefunden, wie die Arbeitslast von allen mitgetragen wird - jede/r nach ihren/seinen Mitteln und Möglichkeiten!

Literatur: Berger P / Neuhaus RJ, To Empower People - The Role of Mediating Structures in Public Policy, Washington DC 1981; Kaufmann FX (Hg.), Staat, intermediäre Instanzen und Selbsthilfe, München 1987; Levin LS / Idler EL, The Hidden Health Care System - Mediating Structures and Medicine, Cambridge, Mass. 1981; Trojan A / Hildebrandt H (Hg.), Brücken zwischen Bürgern und Behörden - Innovative Strukturen für Gesundheitsförderung, St. Augustin 1990

Alf Trojan

Zielgruppen / Adressaten

„Zielgruppen“ und „Adressaten“ sind Begriffe bzw. Konzepte aus der Sicht der Planung von Kommunikationsprozessen (z.B. eines Gesundheitsaufklärungsprojektes). Zielgruppen bzw. Adressaten sind geplante bzw. beabsichtigte Empfängerkreise von Botschaften. Beispiele sind „die Bevölkerung“, „die Übergewichtigen“, Raucherinnen und Raucher oder auch Ärztinnen und Ärzte, Erzieherinnen und Erzieher und Lehrkräfte. Eine Unterscheidung zwischen „Zielgruppen“, „Adressaten“ und „Empfängern“ ist vor allem für die Planung und die Evaluation von Kommunikationsprojekten wichtig:

- *Zielgruppen* sind die eigentlich gemeinten bzw. letztendlich zu erreichenden Gruppen, z.B. weil bei ihnen eine Veränderung angestrebt wird;
- *Adressaten* sind diejenigen, an die sich eine Botschaft (Appell, Informationsschrift, Beratungsangebot u.a.) unmittelbar wenden soll;
- *Empfänger* sind schließlich diejenigen, die die Botschaft tatsächlich erreicht.

Alle drei Gruppen können, müssen aber nicht identisch sein. Zielgruppe eines Ernährungsprojektes können z.B. übergewichtige Kinder, Adressaten deren Eltern und Erzieherinnen sein. Die Zielgruppe unterscheidet sich von den Adressaten, weil sie nur indirekt (über die Adressaten) erreichbar erscheint. Da vermutlich lediglich eine kleinere oder größere Anzahl der Adressaten das Projekt auch wahrnimmt, ist schließlich die Unterscheidung zwischen Adressaten und Empfängern der Projektbotschaften wichtig. Zur erfolgreichen Umsetzung der festgelegten Kommunikationsziele (z.B. Information, Motivation, Meinungsbildung, Verhalten) ist es erforderlich, sich in der Planungsphase ein genaues Bild der anzusprechenden Ziel- und Adressatengruppe mit ihren Bedürfnissen, Werteorientierungen, Vorurteilen oder Befürchtungen usw. zu machen, d.h. eine Ziel- bzw. Adressatengruppen-Analyse vorzunehmen.

Anforderungen an die Gesundheitsförderung und häufig auftretende Probleme sind:

- Gesundheitsförderer müssen ihre Zielgruppen möglichst genau beschreiben und sich möglichst genau überlegen, wie Zielgruppen zu Empfängern werden können, d.h. wie sie am wirksamsten erreicht werden können (> Phasen der Verhaltensänderung);
- zur Überprüfung und Spezifizierung der Kommunikationsziele, -methoden und -wege müssen Gesundheitsförderer ihre Zielgruppe möglichst genau kennen. Dazu ist eine Zielgruppenanalyse erforderlich (> Lebenslagen);
- Botschaften und Absichten in der Gesundheitsförderung sind oftmals noch zu sehr anbieterorientiert und zu wenig zielgruppenorientiert, d.h. Gesundheitsförderer haben zuviel im Blickfeld, was sie bei den Zielgruppen verändern wollen und berücksichtigen zu wenig die Veränderungswünsche und -möglichkeiten bzw. Barrieren bei den Zielgruppen. Im Vergleich zur Mar-

keting- und Werbepaxis wird in der Gesundheitsförderung die Zielgruppenanalyse häufig vernachlässigt (> Soziales Marketing).

Bei der Zielgruppenbestimmung, Planung der Kommunikationsstrategie und der Zielgruppenanalyse werden am besten Zielgruppenangehörige (als Betroffene, Schlüsselpersonen) beteiligt. So kann am wirksamsten verhindert werden, daß Ziele, Informationen und Angebote übergestülpt werden.

Literatur: Huth R / Pflaum D, Einführung in die Werbelehre, Stuttgart 1991; Henkelmann T / Karpf D, Die Gesundheitserziehung ist weitgehend krankheitsorientiert, in: Deutsches Ärzteblatt, 10, 1983 (80), 63-67; Pflaum D / Bäuerle F (Hg.), Lexikon der Werbung, Landsberg/L. 1992

Manfred Lehmann / Peter Sabo

Anschriften der Autorinnen und Autoren

Prof. Dr. Peter Franzkowiak

Fachhochschule Koblenz
Fachbereich Sozialarbeit
Finkenherd 4
D-56075 Koblenz

Dr. Ralph Grossmann

IFF Institut für Interdisziplinäre
Forschung und Fortbildung
Siebensterngasse 42/10
A-1070 Wien

Dipl.-Soz.-Wirt, Dipl.Soz.-päd.

Lotte Kaba-Schönstein

Zentrum für angewandte Gesundheitswissen-
schaften der Universität Lüneburg und der Fach-
hochschule Nordostniedersachsen
Sektion Gesundheitsförderung
Bardowicker Str. 27
D-21335 Lüneburg

Prof. Dr. Ernst von Kardorff

Institut für Rehabilitationswissenschaften
der Humboldt-Universität, Abteilung für
Rehabilitationssoziologie, Berufliche
Rehabilitation und Rehabilitationsrecht
Albrechtstr. 22
D-10099 Berlin

Dr. Robert Lafaille

Kardinal-Mercien-Lei 26
B-2600 Antwerpen

Dipl.-Soz. Manfred Lehmann

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
Ostmerheimer Str. 220
D-51109 Köln

Norbert Lettau

Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales
der Freien und Hansestadt Hamburg
Amt für Gesundheit
Teesdorffstr. 8
D-20148 Hamburg

Klaus Riemann

GESOMED Gesellschaft für sozialwissen-
schaftliche Forschung in der Medizin m.b.H.
St.-Erentrudis-Str. 14
D-79112 Freiburg

Peter Sabo

GJG Gesellschaft für angewandte Jugend-
und Gesundheitsforschung e.V.
Am Sonnenberg 17
D-55270 Schwabenheim a. d. Selz

Dr. Klaus Scala

IFF Institut für Interdisziplinäre
Forschung und Fortbildung
Siebensterngasse 42/10
A-1070 Wien

Dr. Annette C. Seibt

Zentrum für angewandte Gesundheitswissen-
schaften der Universität Lüneburg und der Fach-
hochschule Nordostniedersachsen
Sektion Gesundheitsförderung
Bardowicker Str. 27
D-21335 Lüneburg

Dr. Wolfgang Stark

Selbsthilfezentrum München
Bayerstr. 77a
D-80335 München

Prof. Dr. Dr. Alf Trojan

Institut für Medizinsoziologie der
Universität Hamburg
Universitäts-Krankenhaus Eppendorf
Martinistr. 52
D-20246 Hamburg

Register*

- Adelaide-Empfehlungen 41
 Adopter 116f.
Adressaten 100, 113, 120
 Agens 16
 Alkoholismus 28
 Allgemeine Gesundheitsberichte 34f.
 Alma-Ata, Deklaration von 23, 40, 45
Anwaltschaft 11, 46, 72, 109
 anwaltschaftliche Rolle 11
 - Vertretung 79
 Arbeitsbelastungen 29, 95
 Arbeitssicherheit 50
 Arbeitsunfähigkeit 19, 25, 65
Attributionstheorie / "Attribution Theory" 12
 Aufgabenplanung 34f., 89
 Aufmerksamkeitsbereitschaft 84
- Befähigen und ermöglichen 46
Belastung und Bewältigung / „Stress-Coping-Modell“ 13, 30, 71, 97, 104f., 112
 Belastungs-Bewältigungsmodell 14, 96
 Belohnung 80f., 102f.
 Benachteiligung 11, 15, 34, 68
 Beobachtbarkeit 116
 Beteiligungsformen 82
 betriebliche Gesundheitsberichterstattung 34
 Bewältigungsfähigkeit 97, 105
 Bewältigungskompetenzen 96
 Bewältigungsmöglichkeiten 14f., 30, 57,
 - persönliche 14, 105
 - kollektive 14
 Bewältigungsstrategien 14
Biomedizinisches Paradigma 15
 Brückeninstanzen 83
BürgerInnenbeteiligung 81
- Chancengleichheit 41, 44, 46f., 61, 68, 72, 87
 community 23, 46, 104
 Coping 13f., 30, 56, 63, 92
- Deklaration von Alma-Ata 23, 40, 45, 86
 Deutsche Herz-Kreislauf-Präventionsstudie (DHP) 24, 36, 95
 Devianz, primäre 110
 - sekundäre 110
 Diffusion of Innovation 115
 Diffusion 115, 117
 Diffusionstheorie 115 f.,
 Diffusionsforschung 116
 Dis-Streß 14
 disease 54, 65
- Effektivitätsprüfung 19
 Effizienzprüfung 19
 Einmischung 82
 Emanzipation 49, 79
Empowerment 17, 83
 Entfremdung 17
 Entmündigung 98
 Entschließung der für das Gesundheitswesen zuständigen Minister/innen und Senator/innen der Länder 48f., 86, 93
 Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik 46
 Entwicklungsaufgaben 14
 Entwicklungsforschung 14
Epidemiologie und Sozial-epidemiologie 18
 epidemiologie 28, 107
 - kreative 73
 Ergebnisqualität 93
 Erkrankungshäufigkeit(en) 19, 29, 94
 Ermöglichung 80
 Erprobbarkeit 116
 Erwachsenenalter 22
 Erziehung 38f., 45, 80
 Etikettierung 110
 Etikettierungsprozesse 110
 Eu-Streß 13
 Eurohealth-Programm 41
 Europäisches Regionalprogramm 40
Evaluation 19, 85
- Existentiell-anthropologische Perspektive in der Gesundheitsförderung** 20
- Finanzierung der Gesundheitsförderung** 22
 formative Prozeßevaluation 19
 Framingham Study 23
 Frauengesundheitsforschung 28
 Frauensyndrom 28
- Ganzheitlichkeit 69
 Gemeindebezogene Gesundheits-sicherung 87
Gemeindeorientierung 23
 Gemeinschaft 23, 87
 Gemeinschaftliche Gesundheits-sicherung 87
 Gemeinschaftsaktionen 39, 44, 46, 61
Gemeinwesenarbeit 11, 35, 44
 Geschlechtsunterschiede 28
 Gesprächsgruppen 99
 Gesunde-Städte-Netzwerk 50, 60
 Gesunde-Städte-Politik 62
Gesunde-Städte-Projekt 50, 60, 100
Gesundheit 24
Gesundheit / Krankheit und Geschlechtsunterschiede 28
Gesundheit / Krankheit und soziale Ungleichheit 29
Gesundheitliche Aufklärung 30
Gesundheitsberatung 16, 31
Gesundheitsberichterstattung 19, 33, 48, 61, 107f.
 Gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen unterstützen 23, 46
Gesundheitsbezogene Gemeinwesenarbeit 35, 106
Gesundheitsbildung 36, 52, 55
 Gesundheitsdefinitionen 25
 Gesundheitsdienste neu orientieren 47
Gesundheitserziehung 16, 30, 38, 44, 51, 72, 87, 94, 118

* Halbfett gesetzte Stichwörter sind gleichzeitig Leitbegriffe, halbfett gesetzte Seitenzahlen sind die Seiten, auf denen die entsprechenden Leitbegriffe beginnen.

- Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik 41, 52, 60
 Gesundheitsfördernde Lebenswelten schaffen 46
Gesundheitsförderung
 - **I: Internationale Entwicklung, historische und programmatische Zusammenhänge** 39
 - **II: Ziele und Prinzipien** 43
 - **III: Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung** 45
 - **IV: Die Entwicklung in Deutschland** 48
 - **V: Einordnung und kritische Bewertung der Entwicklung** 51
 Gesundheitsförderung im Betrieb (in der Arbeitswelt) 50f.
 Gesundheitsförderungskonferenzen 22ff., 60f., 120
 Gesundheitsimperialismus 53
Gesundheits- / Krankheitskontinuum 53, 56
 Gesundheitspotentiale 90
 Gesundheitspsychologie 56, 96
 Gesundheits-Reform-Gesetz 30, 48, 93
 Gesundheitsressourcen 13, 90f.
 Gesundheitsschutz 22, 33, 50, 58, 87, 107
 Gesundheitssektor 46f., 53, 62, 119
 Gesundheitsstrukturgesetz 61
 Gesundheitssystemforschung 107
Gesundheitstraining 54
Gesundheits- und Krankheitsverhalten 28, 55, 66
 Gesundheitsversorgung 34f., 58, 62, 67
 Gesundheitsvorstellungen 26
Gesundheitswissenschaften / Public Health 25f., 53, 56, 65, 67, 71, 90, 102, 105ff., 111f.
 Gruppendruck 70, 106

 Handeln 85
 Handlungskompetenz 100, 102f.
 Handlungsveranlassung 114
Health Belief Modell 38, 73, 75
 Healthismus (Healthism) 25, 53, 95
 Healthy-Cities-Projekt 24
 Healthy-Cities-Netzwerk 50
 Heilbehandlung 65
 Hilfesuchen 56
 Hilflosigkeit 17, 83
 Hilfsbedürftigkeit 17

 illness 65
 Information Processing 58
 Informationsverarbeitung- / Kommunikationsmatrix 59
Informationsverarbeitung / „Information Processing“ 58
 Interessenvertretung 11
 intermediäre Infrastruktureinheiten 120
 intermediäre Kooperationsstrukturen 119
 internal 12
 Invulnerabilität 91
 Inzidenz 19

 Kausalität 12
 Keimtheorie 16
 Kochsches Modell 16
 kognitive Dissonanztheorie 38
 Kohärenzsinn 90, 97
 Kommunale Gesundheitsförderung 34, 60f.
 - Gesundheitsplanung 34
Kommunalpolitische Umsetzung der Gesundheitsförderung - Das Gesunde-Städte- Projekt in Deutschland 60
 Kommunikation 80
 Kommunikationsmatrix 59
 Kommunikationspolitik 109
 Kompetenz(en) 62f.
 Kompetenzentwicklung 56
 Kompetenzförderung 15f., 55, 63f.
Kompetenzförderung als Strategie der Gesundheitsförderung 62
 Komplexität 116
 Konditionieren 71
 Konferenz „Investment in Health - Gesundheitsförderung: Eine Investition in die Zukunft“ 41, 48
 Kongreß „Zukunftsaufgabe Gesundheitsvorsorge“ 49
 Kontakt- und Informationsstellen 100
 Kontrollierbarkeit 13, 114
 Kontrollkompetenz 62, 64
 Kontrollüberzeugung 90
 Konzertierte Aktion 33
 Kooperation 11, 61
 - vertikale 119
 - horizontale 119
 - intermediäre 119
 Kosten-Nutzen-Analysen 19, 74f.

 Krankenkariere 56
Krankheit 65
 Krankheitsbewältigung 56, 104
 Krankheitsmodell(e) 16
 - Lern- und verhaltenstheoretische 70f.
 - psychosomatische 91f.
 - soziologische 110
 Krankheitshäufigkeit 18f., 104
Krankheitsverhalten 28, 55, 66f.
 Krankheitswissenschaften 57
 Kränkung 65
Kulturwissenschaftliche Perspektive in der Gesundheitsförderung 66
 Kuration 22, 49, 53, 87

 Labeling Approach 110
 Laienbeteiligung 39, 44
Laienkonzeptionen von Gesundheit 112
 Laienpotential 36
 Laiensystem 98
 Lebenserwartung 18, 104
Lebenslage 67
 Lebenslagenkonzept 67
Lebensstil / Lebensweise 25f., 69f., 108
Lern- und verhaltenstheoretisches Krankheitsmodell 70
 Letalität 19
 life skills 14, 63, 90, 105

 Mandala-Modell der Gesundheit 26f.
 Marketing-Mix 109
 Media Advocacy 72
Mediatoren 31, 75
Medienanwaltschaft / „Media Advocacy“ 72
 Medikamentenabusus 28
 Minnesota Heart Health Programm 23
Modell der Gesundheitsüberzeugungen / „Health Belief Modell“ 38, 73
 Modellernen 78
 Monitoring 34
 Morbidität 19, 28
 Morbiditätsrisiko 39
 Mortalität 19
 Mortalitätsrisiko 39
 Motivation 12, 38, 54, 78ff., 114

- multidisziplinär 24, 29, 44
Multiplikatoren / Mediatoren 31, 75
 multisektoral 44
- Netzwerke, primäre 104
 - sekundäre 104
 - tertiäre 104
Netzwerkförderung 104
 New Public Health 40
 Nordkarelien Studie 24
- Organisationsentwicklung als Methode der Gesundheitsförderung** 32, 76
Organisationsentwicklung von Institutionen der Gesundheitsförderung 78
- Pantheoretisches Modell - Eine Anleitung für die Entwicklung und Durchführung von Gesundheitsprogrammen** 79
 Paradigmenwechsel 47, 52
Partizipation / BürgerInnenbeteiligung 81
 Pathogenese 54
 Patientenkarriere 56
 personale Kommunikation 31
 Persönliche Kompetenzen entwickeln 47, 56
Phasen der Verhaltensänderung / „Stages of Change“ 84
 Prädiktoren 94
 Prävalenz 19
Prävention 85
 präventive Gesundheitspolitik 49f., 52
Primäre Gesundheitsversorgung / Primary Health Care 23, 28, 39ff., 44f, 86
 Primäre Prävention 85
Primary Health Care 23, 28, 39, 41ff., 86
Projektmanagement 88
Protektivfaktoren 14, 54, 57, 89, 96f.
 Preispolitik 109
 Produktpolitik 109
 Protestpotential 83
 Prozeßqualität 93
Psychosomatische Krankheitsmodelle 91
 - Störung 92
- Public Health** 47, 52, 56, 73, 107
 Public-Health-Forschung 102
- Qualitätssicherung** 19f., 87, 93
 Qualitätsstandards 93
- regionale Arbeitsgemeinschaften für Gesundheitsförderung 11, 120
 Regionalstrategie 40, 50
 Reiz-Reaktions-Mechanismus 102
 relativer Vorteil 116
 Ressourcen, persönliche/interne 90
 - Umwelt/externe 90
Risikofaktoren 16, 18f., 24, 26, 29, 31f., 94
 Risikogruppen 38, 40, 44f.
 Risikoverhalten 16, 69, 72, 92, 100
 Rollenerfüllung 25
 Rollenmodell 102f.
 Rückfall 12f.
- Sachverständigenrat 33
 Salutogenese 54
Salutogenetische Perspektive 52, 89, 96
 Schutzfaktoren 47, 55, 90, 96, 107
 Schweregrad von Symptomen/ Krankheiten 74
 sekundäre Prävention (Sekundärprävention) 70, 86, 93
 Selbstevaluation 84
Selbsthilfe 98
Selbsthilfeförderung 99
Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeförderung 99
 Selbsthilfekontaktstellen 22, 64, 100
 Selbsthilfeorganisationen 99
 Selbsthilfefezusammenschlüsse 99
 Selbstverantwortung 55, 64, 68
 Selbstwirksamkeitsüberzeugung 12, 90, 102f., 114
 Sentinel-Meldepraxen 34
Setting-Ansatz in der Gesundheitsförderung 23f., 32, 100
 Settlement-Arbeit 35
 sickness 65
 Social Learning Theory (SLT) 101
 Sozialberichterstattung 33
 soziale Bestätigung 80f.
 soziale Integration 90, 97
 soziale Lage 117
Soziale Lerntheorie / „Social Learning Theory“ 71, 101
- Soziale Netzwerke und Netzwerkförderung** 104
 soziale Schicht 29
 soziale Systeme 77f.
Soziale Unterstützung 105
Sozialepidemiologie 18, 28
 sozialer Status 29, 117
Soziales Marketing 107
 Sozialhygiene 57, 106
Sozialmedizin 29, 55ff., 106
 Soziolinguistik 64
 Sponsoring 22
 Stabilisierung 85
 Stabilität 12, 69
 Stadtteilberichterstattung 34
 Stages of Change 84
 Stanford-5-City-Projekt 23
 Statuszugehörigkeit 29
 Sterberate, Sterblichkeit 19
Stigmatisierungsansatz / „Labeling Approach“ im Rahmen soziologischer Krankheitsmodelle 110
 Störungen, funktionelle 92
 - vegetative 92
 Strafe 80f.
Stress-Coping-Modell 13, 92
 Stressoren 14, 29, 96f., 106
Strukturfunktionalistisches Krankenrollenmodell der Soziologie 111
 Strukturqualität 93
 subjektive Bedrohung 74
 - Barrieren 74
Subjektive Gesundheit / Laienkonzeptionen von Gesundheit 105, 112
 - Krankheitsanfälligkeiten 74
 - Vorteile 74
 Subkulturen 66, 115
 Such- und Informationsphase 85
 Suchtgefährdung 28
 summative Produktevaluation 19
 Sundsvall-Konferenz 41
 Szenario-Werkstatt 82f.
- Teilhabe 47, 81f.
 Teilhabeformen 82
 Teilhabemöglichkeiten 52
 tertiäre Prävention 86
 themenorientierte Spezialberichte 34

**Theorie der Handlungs-
veranlassung / „Theory of
Reasoned Action“ bzw. „Theory
of Planned Behavior 102, 113**

Todesursachen 16, 18, 29

Überforderung 14, 92

Überzeugung(en) 73, 80, 102f.,
113ff.

unterstützende Gesundheitser-
ziehung 40

Unverletzlichkeit 91

Vektor 16

**Verbreitung von Innovationen /
„Diffusion of Innovation“ 115**

Vereinbarkeit 116

Verfügbarkeit 28f., 55, 80f.

Verhaltensfähigkeiten 103

Verhaltensgleichung 71

Verhältnisprävention 117

Verletzlichkeit 74, 91

**Vermitteln und vernetzen 46,
105, 119**

Vertrag von Maastricht 43

Vertriebspolitik 109

Verwundbarkeit 74

Vor-Kontemplation 84

Vorsorgeverhalten 74f.

Votum der Bundesvereinigung für
Gesundheitserziehung e.V. 49f.

- des Bundesgesundheitsrates 48

Vulnerabilität 91

Weltgesundheitsversammlung 39f.,
45

Werkstattarbeit 33

Wertaussage 24f.

Wirt 16

Zellulärpathologie 16

**Zielgruppen / Adressaten 64, 67,
70, 120**

Zukunftswerkstätten 18, 82f.

Zweifel 84

Zwei-Stufen-Intervention 117

REIHE „BLICKPUNKT GESUNDHEIT“ - 1

Peter Franzkowiak
Peter Sabo (Hg.)

Dokumente der Gesundheitsförderung

*Die Entwicklung der Gesundheitsförderung
dokumentiert durch internationale und nationale
Dokumente und Grundlagentexte,
mit einem kommentierenden Überblick und der Beschreibung
der wichtigsten Institutionen durch die Herausgeber*

ISBN 3-927916-11-0,
Format 24 x 16,5 cm, 204 Seiten, broschiert, DM 38,50

REIHE „BLICKPUNKT GESUNDHEIT“ - 2

Peter Sabo
Reiner Wanielik (Hg.)

Let's talk about sex - eine sexualpädagogische Schrift als Streitobjekt

*Eine Dokumentation der Vorgänge um die Sexuaufklärungs-
und Aids-Präventionsbroschüre „Let's talk about sex - Ein
Sex-Heft für Jugendliche“ mit grundlegenden und wertenden
Beiträgen von Peter Franzkowiak, Wolfgang Müller,
Norbert Kluge und Frank Herrath*

ISBN 3-927916-12-9
Format 24 x 16,5, 120 Seiten, broschiert, DM 24,80

Auskunft
und Bestellungen

VERLAG PETER SABO
Postfach 1069
55270 Schwabenheim a. d. Selz
Telefon 06130/7760, Telefax 06130/7971



MAINZER MATERIALIEN
ZUR GESUNDHEITSFÖRDERUNG - 1

Arbeitskreis
Prävention
Mainz (Hg.)

Life-Skill - was ist das?

*Referate sowie Inhalt und Verlauf der Arbeitsgruppen
einer Fachtagung zur Förderung der Lebenskompetenz
als Ansatz der Suchtprävention*

Format 21 x 29,7 cm, 80 Seiten, geheftet, DM 14,80
ISBN 3-927916-21-8

REIHE „GESUNDHEITSFÖRDERUNG
IN DER REHABILITATION“ - 1

Akademie für
Gesundheitsförderung
in der Rehabilitation
(Hg.)

Reha 2000 Qualität statt Quantität

*Referate und Diskussionen des Kongresses „Reha 2000 -
Qualität statt Quantität“, der sich mit den Entwicklungen um
die 3. Stufe der Gesundheitsreform befaßte. Die Referate mit 17
überwiegend farbigen Abbildungen und 26 Tabellen zeigen die
aktuelle Situation der Krankenhäuser und Reha-Kliniken in der
Bundesrepublik, vor allem in Niedersachsen.*

Format 24 x 16,5 cm, 144 Seiten, broschiert, DM 24,80
ISBN 3-927916-40-4

Auskunft
und Bestellungen

VERLAG PETER SABO

Postfach 1069
55270 Schwabenheim a. d. Selz
Telefon (06130) 7760, Telefax (06130) 7971



Das Glossar wendet sich an alle, die in der Gesundheitsförderung tätig, engagiert oder an ihr interessiert sind. Die beschriebenen Konzepte, Modelle und Strategien der Gesundheitsförderung sollen Anregungen und Überprüfungsmöglichkeiten für den eigenen Planungs-, Forschungs- oder Projektalltag liefern. Das Glossar soll aber auch interessierten Neu- oder Quereinsteiger/innen Orientierungen und Anregungen zur Vertiefung bieten.

Die hier versammelten 68 „Leitbegriffe“ sollen dazu beitragen, die Vielfalt von Konzepten und Begrifflichkeiten in der Gesundheitsförderung im deutschsprachigen Raum zu systematisieren und übersichtlicher zu machen.

Die Auswahl von Begriffen, Konzeptionen und Theorien in diesem Glossar orientiert sich an thematischen Schwerpunkten, die den Stand der programmatischen Entwicklung in der Gesundheitsförderung bis zur Mitte der 90er Jahre widerspiegeln.

ISBN 3-927916-13-7