A. THEORETISCHER TEIL

1 Gesundheitsförderung

1.1 Begriffsbestimmung

1.1.1 Gesundheitsförderung - mehr als nur eine Mode

Wenn man sich heute einmal in der Öffentlichkeit umhören würde, was denn eigentlich unter dem Begriff ‘Gesundheitsförderung’ zu verstehen sei, so wären sicherlich die unterschiedlichsten Antworten vorstellbar. Während einigen hierzu innovative Projekte ihres örtlichen Gesundheitsamtes, des Jugendamtes, etwa in der Suchtprävention, oder die Arbeit der lokalen Selbsthilfekontaktstelle einfallen mögen, könnten andere damit die neuen, ‘weichen’ Therapien ihres Hausarztes - pflanzliche Schnupfenmittel, ‘Darm-Sanierung’ statt Antibiotika oder Akupunktur gegen Allergien etc. - assoziieren. Während einige in diesem Zusammenhang wiederum ökologische Themen - Vermeidung von Umweltgiften, z.B. den Schutz spielender Kinder vor Autosmog im Sommer - als vordergründig betrachten würden, versteht manch einer hierunter sicherlich auch das beständige Training im Fitneßcenter. Je nach persönlich-professionellem Hintergrund, dem Grad an Informiertheit, aber auch in Abhängigkeit von Wahrnehmungsmustern und Weltanschauungen im allgemeinen, können die Assoziationen, die dieser Begriff hervorruft, verschieden sein.

Gewiß läßt sich jedoch eine zunehmend große Gruppe in der Bevölkerung finden, die mit dem Begriff der Gesundheitsförderung zuallererst die Aktivitäten ihrer oder einer anderen Krankenkasse verbindet: Mehr als drei Viertel der Bevölkerung hatten im Jahre 1994 „bereits von Maßnahmen der Gesundheitsförderung gehört oder gelesen“ (KIRSCHNER et al. 1995). Hinzu kommen prinzipiell ähnliche, nicht weniger bekannte Aktivitäten und Angebote anderer traditioneller Institutionen des gesellschaftlichen Lebens: Volkshochschulen, Ärzte, Gesundheitsämter, Apotheken, Rehabilitationskliniken oder Schulen (V. TROSCHKE 1993). M.a.W.: Wer heute im alltäglichen Sprachgebrauch von Gesundheitsförderung redet, meint damit schließlich nicht selten die neue Angebotswelle, die seit einigen Jahren auf die Bevölkerung herübergeschwappt ist. Gesundheitsförderung ist zu einem „Trendbegriff“

geworden, einer „Mode", die aus Sicht der Anbieter u.a. dazu dient, „die Attraktivität dessen, was man bislang unter anderen Bezeichnungen gemacht (hat), zu erhöhen" (RENN 1993, S. 3).

Dabei zeigt sich auch auf wissenschaftlicher Seite die Tendenz, theoretische Vorstellungen und Konzeptionen von Gesundheitsförderung der beobachteten Praxis anzupassen: Entgegen früherer Grundlegungen, die sich primär an dem sozialreformerischen Ansatz der Weltgesundheitsorganisation (WHO) orientierten (TROJAN 1992, S. 809), wird von einschlägigen Wissenschaftlern mittlerweile z.B. festgestellt, daß

> „Gesundheitsförderung alle Maßnahmen (meint), die die Gesundheit fördern (sollen), und nicht nur diejenigen, die den Erläuterungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) gerecht werden" (LEHMANN 1993, S. 21).

Ulrike MASCHEWSKY-SCHNEIDER ergänzt hierzu:

> „Gesundheitsförderung verstand sich ursprünglich als sozialkritischer Ansatz in der Präventions- und Gesundheitsforschung. Heute, insbesondere nach der Einführung des Begriffs in das Gesundheitsreformgesetz, werden darunter alle Arten spezifischer und unspezifischer Ansätze zur Verhinderung von Krankheit und Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden subsumiert. Das gesamte Spektrum präventiver Maßnahmen, angefangen von risikofaktorenbezogenen Kursangeboten, über Maßnahmen zur psychosozialen Unterstützung bei der Entwicklung gesundheitsfördernder Lebensstile, bis hin zu komplexen Modellen gemeindeorientierter Gesundheitsförderung und Krankheitsverhütung versteht sich als Gesundheitsförderung. Eine verbindliche Definition, was darunter zu verstehen sei, existiert jedoch nicht". (MASCHEWSKY-SCHNEIDER 1993, S. 24)

Der Kontext, in dem diese Zitate entstanden sind, nämlich die Debatte um Zielorientierung, Evaluation und Qualitätssicherung gesundheitsfördernder Maßnahmen, macht die Problematik deutlich, die mit einer derart weitgefaßten und an der gängigen Praxis orientierten Begriffsauslegung verbunden ist: Indem man sich von Definitionen wie jener der WHO löst, ohne gleichzeitig Alternativen hierzu bereitzustellen, entzieht man sich gewissermaßen selbst die Bewertungsgrundlage für die Praxis. Es entsteht das Problem der Beliebigkeit, denn „es hat sich gezeigt, daß das Etikett der Gesundheitsförderung vielfach aufgegriffen wurde, ohne traditionelle Inhalte der Prävention und Gesundheitserziehung an den Handlungsbereichen und Arbeitsprinzipien der Gesundheitsförderung auszurichten" (TROJAN 1992, S. 809).

Was sind nun aber vorrangige *Handlungsbereiche* und *Arbeitsprinzipien* der Gesundheitsförderung? Diese Frage ist zum einen eng verknüpft mit der breiten Palette multidisziplinärer Handlungsansätze, welche durch die unterschiedlichen am Gesundheitsdiskurs beteiligten Fachdisziplinen repräsentiert werden. Von

Ernährungsberatung, sportlichem Training, psychologischer Beratung oder Streßbewältigung, über Vorsorgeuntersuchungen bis hin zu sozialökologischem Engagement und Selbsthilfeförderung, sind dabei sicherlich auch die subjektiven Gewichtungen durch die an diesem Diskurs beteiligten Gesundheitsprofessionen unterschiedlich (z.B. 'wie wichtig ist Jogging für einen gesunden Lebensstil?'). Auch hinsichtlich der Arbeitsmethoden können von unterschiedlichen Gesundheitsprofessionen unterschiedliche Vorgehensweisen präferiert werden: von Wissensvermittlung und Aufklärung, über Beratung, Training und Therapie, bis hin zu Selbsthilfe, Erfahrungsaustausch und selbstorganisierten Aktivitäten.

Zum anderen ist die Frage nach Arbeitsprinzipien und Handlungsbereichen eng mit der grundsätzlichen Kontroverse um das Begriffspaar 'Verhaltensprävention' - 'Verhältnisprävention' verbunden. Hier sind nicht nur professionelle, sondern auch institutionelle Barrieren zu überwinden: Während die individuelle Verhaltensprävention aus der Tradition der Gesundheitserziehung und -aufklärung, vertreten z.B. durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) oder Volkshochschulen (VHS), hervorgeht, bestand die Aufgabe der Verhältnisprävention traditionellerweise in gesetzlichen Normierungen und Kontrollen (Trinkwasser-, Lebensmittel-, Abfallkontrolle, Wohnungshygiene, Strahlenschutz, technische Sicherheit u.v.m.) durch den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD).

Der ÖGD, als Repräsentant staatlicher Gesundheitsaufsicht und Sozialhygiene, ist jedoch gegenüber der Individualmedizin in Deutschland äußerst rudimentär entwickelt. Dies wird insbesondere durch den historischen Bruch durch das Naziregime erklärt:

> „Nach der Hochzeit der deutschen Sozialepidemiologie und den ernstzunehmenden Strategiekonzepten der Sozialhygiene in den zwanziger Jahren hatte sich mit dem Nationalsozialismus der größte anzunehmende gesundheitspolitische Absturz ereignet: aus Sozialhygiene wurde Rassenhygiene, unter einer pseudowissenschaftlichen aber explizit gesundheitsbezogen formulierten Ideologie wurde aus dem Schutz der Schwachen die Heroisierung der Starken, aus dem bevölkerungsbezogenen Gesundheitsschutz der industrialisierte Massenmord.“ (ROSENBROCK 1997, S. 37)

Die gründliche Diskreditierung bevölkerungsbezogener Ansätze der Gesundheitspolitik und deren Vertreter hat in den Folgejahren auch für die Prävention erhebliche Konsequenzen gehabt. Konzeptionelle Ansätze der Verhältnisprävention blieben in der Vergangenheit stets hinter Strategien der individuellen Verhaltensprävention zurück. Unter den insgesamt eher geringen Aktivitäten der Primärprävention dominierten medizinische und pädagogische „Versuche der individuellen Verhaltensbeeinflussung“ (ROSENBROCK 1992, S. 30).

Gleichwohl kann dies mit wissenschaftlicher Evidenz nicht begründet werden. Psychologische und soziologische Faktoren des individuellen Gesundheitsverhaltens legen eine weitaus stärkere Beachtung der sozialen, ökologischen und ökonomischen Umwelt für Gesundheit und gesundheitliches Verhaltens sowie für die Ziel- und Strategieentwicklung der Prävention nahe (vgl. Kap. 1.2.3). Andererseits erfordern aber auch Strategien der Verhältnisprävention neue Ideen und Konzepte, die über die einseitige politische Forderung nach verstärkter staatlicher Einflußnahme hinausgehen und eine (Wieder)Belebung partizipativ demokratischer Strukturen bei der gesundheitsbezogenen Verhältnisgestaltung ermöglichen (vgl. Kap. 1.3.1).

In dieser Kontroverse zwischen empirisch vorhandener Verhaltensprävention und politisch wünschbarer, jedoch konzeptionell oftmals unterentwickelter Verhältnisprävention wird nun der Begriff der Gesundheitsförderung eingeführt. Wenn Gesundheitsförderung dabei als umfassender Begriff über beide Formen der Prävention gestellt wird, schafft er zunächst eine theoretische Verbindung, evtl. auch eine konzeptionelle Weiterentwicklung bzw. Annäherung beider Ansätze. Wird Gesundheitsförderung dagegen begrifflich neben die Verhaltens- und Verhältnisprävention gestellt, reduziert sich der Präventionsbegriff entsprechend. Wenn, wie ROSENBROCK feststellt, Gesundheitsförderung zwar als „dritter Typ der Prävention" neben die Verhaltens- und die Verhältnisprävention gestellt wird (ROSENBROCK 1992, S. 22), seine Bedeutung jedoch vorrangig in der Überwindung der strukturellen Benachteiligung verhältnisorientierter Ansätze besteht, rückt Gesundheitsförderung selbst in die Nähe einer, wenn auch veränderten, Verhältnisprävention. Sie kann dann „als eine bestimmte Art der Prävention verstanden werden, die auf Gegebenheiten der materiellen wie sozialen Umwelt zielt und nicht auf die Person des einzelnen" (RENN 1993, S. 3).

Ein solches, primär an der Veränderung sozialer Verhältnisse orientiertes Verständnis erleichtert nun den Zugang für jene Berufsgruppen und deren Handlungsfelder, die sich explizit mit sozialen Lagen beschäftigen. Besonders offensichtlich sind hier die Parallelen zwischen der Gesundheitsförderung und neuen Konzepten der sozialen Arbeit. „Ähnlich wie in der Gesundheitsdiskussion findet sich in der sozialen Arbeit die Spaltung in personale und strukturelle Prävention [...]. Im Gegensatz zur Gesundheitsdiskussion gibt es im Feld der sozialen Arbeit aber eine kritische Auseinandersetzung mit dem dichotomisierenden Konzept der Individual- oder Strukturprävention" (HOMFELDT/HÜNERSDORF 1996, S. 148). Dies wird gerade im Umfeld sozialer Risikogruppen, wenn es z.B. um Suchterkrankungen oder Jugendkriminalität geht, besonders deutlich. Die Einflüsse der materiellen oder der sozialen

Umwelt auf derartige Verhaltensvariablen zu ignorieren, wäre in diesem Zusammenhang treffenderweise nur mit dem Stichwort „Blaming the Victim“ (CRAWFORD 1977) zu umschreiben.

Dennoch gilt es auch hier, die Eigenverantwortlichkeit der Betroffenen zu erhöhen und deren Widerstandskräfte gegenüber schädigenden Einflüssen, bzw. auch eigenverantwortliches Handeln zur Gestaltung dieser Einflüsse zu fördern. Die „erlernte Hilflosigkeit“ (HECKHAUSEN 1980), die u.a. auf die Experten- und Expertinnenorientierung, selbst einer sozialpolitisch-programmatischen Prävention zurückgeführt werden kann, gilt es zu vermeiden:

> „Wie Abhängigkeit in Unabhängigkeit oder Benachteiligung in Beteiligung überführt werden kann, ist die Leitfrage für die Methodenentwicklung. Die Antwort in der Gesundheitsförderung wie in der sozialen Arbeit zielt auf ‘Empowerment’. [...] Empowerment ist das Gegenstück zu erlernter Hilflosigkeit.“
> (HOMFELDT/HÜNERSDORF 1996, S. 153)

Der hier eingeführte Begriff des „Empowerment“ meint somit weder Verhaltens- noch Verhältnisprävention. Er meint eine emanzipatorische Anwort auf jedwede Art expertenorientierter Bevormundung in der Sozialpolitik. In seinem „Plädoyer für die Widersprüchlichkeit“ erläutert Julian RAPPAPORT (1985) die unterschiedlichen Facetten von Expertendominanz, die es nicht nur in traditionellen Ansätze der (Verhaltens-) Prävention zu überwinden gilt. Auch die gegenteilige, die Notwendigkeit von Prävention prinzipiell ablehnende Ansicht, die sich hinter liberalistischen Vorstellungen von Freiheit, (Bürger-) Rechten und deren legaler Sicherstellung verbirgt, sei im Grunde expertendominiert. Die rigide Auslegung von ‘Rechten’ erfordere wiederum professionelle Zuständigkeiten für deren Durchsetzung („Anwaltschaft“), so daß der Einzelne auch hier nicht ermutigt und unterstützt wird, seine Bedürfnisse und Rechte selbst zu bestimmen und dafür aktiv einzutreten. Die Dialektik zwischen Bedürftigkeiten (*needs*) und Rechten (*rights*), welche zwar konträren, gleichsam aber expertendominierten Ansätzen von Sozialpolitik entstammen, wird so zum Ausgangspunkt von ‘empowerment’:

> „Unter ‘empowerment’ verstehe ich, daß es unser Ziel sein sollte, für Menschen die Möglichkeiten zu erweitern, ihr Leben zu bestimmen. Damit werden wir notwendigerweise sowohl unser politisches als auch unser Rollenverständnis bezüglich bedürftiger Menschen in Frage stellen. Wir können uns nicht mit einer Sozial- und Gesundheitspolitik zufriedengeben, die uns darauf beschränkt, spezielle Programme für soziale Einrichtungen zu entwerfen und durchzuführen. Es wird darum gehen, daß die Form und Art der Integration ebenso wie der Inhalt mit ‘empowerment’ konsistent ist. Mit dem Konzept ‘empowerment’ können wir nicht länger Menschen einfach als ‘Kinder in Not’ oder als ‘Bürger mit Rechten’ sehen, sondern vielmehr als vollwertige menschliche Wesen, die sowohl Rechte als auch Bedürfnisse haben. Wir müssen uns mit dem Widerspruch auseinandersetzen, daß

selbst Menschen mit wenigen Fähigkeiten oder in extremen Krisensituationen, genauso wie jeder von uns, eher mehr als weniger Kontrolle über ihr eigenes Leben brauchen. Das heißt nicht notwendigerweise, daß wir deren Bedürfnisse nach Hilfe vernachlässigen, wenn wir für mehr Selbstbestimmung votieren. 'Empowerment' ist eine Denkweise, die mehr Klarheit über die divergente Natur sozialer Probleme bringt." (RAPPAPORT 1985, S. 269)

'Empowerment - statt Bevormundung', aber auch statt 'im Stich lassen' - wird aus dieser Sicht zu einem zentralen Arbeitsprinzip für 'helfende Berufe' im allgemeinen. Damit einher geht die Zielsetzung, die Inanspruchnahme von Institutionen generell abzubauen, nicht zu erweitern; ob es sich dabei um bürokratische Hürden, oder um die Praxen der Haus- und Fachärzte handelt, oder aber um die Person des Gesundheitsberaters, Sozialarbeiters oder anderweitig professionellen Helfers selbst. Auf dem Weg dorthin ist nicht nur Expertenwissen gefragt, sondern auch die Bereitschaft, „Mitstreiter sozialer Veränderung" zu sein (ebd.).
Auf die oben angesprochene Dichotomie von Verhaltens- und Verhältnisprävention bezogen bedeutet dies schließlich, daß Empowerment weder mit individualisierender Verhaltens- noch mit institutioneller (z.B. staatlicher) Verhältnisprävention gleichgesetzt werden kann. Zwar dient Empowerment der Befähigung von Individuen und Gruppen, nicht jedoch zur ausschließlich *intrapersonellen* Verhaltensänderung und Verarbeitung sozialer Einflüsse, sondern zur *interpersonellen* und *strukturellen* Veränderung eben dieser sozialen Einflüsse.

Empowerment scheint damit grundsätzlich auf alle Bereiche des gesellschaftlichen Lebens übertragbar, welche durch ein 'oben und unten' sozialer Beziehungen gekennzeichnet sind (Lehrer-Schüler, Arzt-Patient, Arbeitgeber-Arbeitnehmer, Eltern-Kinder etc.). Dieser Begriff hat jedoch insbesondere in der Gesundheitsdiskussion eine zentrale Bedeutung erlangt. Ausschlaggebend dafür sind u.a. die Erkenntnisse über die gesundheitsfördernde Wirkung des Gefühls subjektiver Kontrolle über positive wie negative Lebensumstände bzw. der „Kohärenz" mit der eigenen Lebenslage (ANTONOVSKI 1987). Während „Ohnmacht kränkt", führt das Konzept der Beteiligung,

(a) über die Stärkung von Selbstbewußtsein und subjektiver Kontrolle,

(b) über die gleichsam gesundheitsfördernde Wirkung vermehrter sozialer Beziehungen (z.B. einer Selbsthilfegruppe; BERKMAN/SYME 1979) und

(c) über die Mitgestaltung politischer und gesellschaftlicher Verhältnisse nach eigenen Gesundheitsbedürfnissen,

in dreierlei Hinsicht zur Verbesserung individueller und kollektiver Gesundheit (TROJAN 1993).

Noch weitergehend könnte gar - wie Bernhard BADURA vorschlägt - Gesundheit selbst mit *einer Kompetenz* im Umgang mit der eigenen körperlichen, seelischen oder sozialen Situation gleichgesetzt werden (BADURA 1993a, vgl. Kap. 1.2.2). Der Prozeß hin zu dieser Kompetenz wäre dann mit 'Gesundheitsförderung' zu umschreiben.

Diese und ähnliche Argumentationen haben u.a. maßgeblich zur Entwicklung der 'Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung' beigetragen, einer ersten programmatischen Grundlegung, auf die sich bis heute ein Großteil der professionell im Bereich der Gesundheitsförderung Tätigen bezieht.

1.1.2 Die Ottawa-Charta der Weltgesundheitsorganisation

Eine programmatische Grundlegung des Begriffs der Gesundheitsförderung wurde im November 1986 durch die Weltgesundheitsorganisation (WHO) in Ottawa/Kanada erarbeitet. Die unter Beteiligung international führender Wissenschafter[1] durchgeführte Konferenz trug den Titel: „An International Conference on Health Promotion - The Move towards a New Public Health“. Sie unternahm den Versuch, eine zukunftsweisende Orientierungshilfe für nationale Gesundheitspolitiken, Präventionsstrategien und ganz allgemein den Umgang mit Gesundheit und Krankheit zu verabschieden.

Im Unterschied zu früheren Konferenzen und Deklarationen der WHO, die zumeist die verbesserte primäre medizinische Versorgung bzw. den Zugang zu medizinischen Ressourcen, insbesondere in Entwicklungsländern, zum Ziel hatten („Deklaration von Alma Ata“ 1978; FRANZKOWIAK/SABO 1993), trägt die „Ottawa-Charta“ auch den typischerweise westliche Industrienationen betreffenden Problemfeldern Rechnung: Wachsende gesundheitliche Gefährdungen außerhalb des durch Medizin zu behandelnden Krankheitsspektrums, etwa durch biologische (Kontamination von Wasser, Luft, Nahrung etc.), psychosoziale (Verlust traditioneller sozialer und familialer Bindungen) und sozio-ökonomische (wachsendes Einkommensgefälle, soziale und gesundheitliche Ungleichheit durch Arbeits- und Wohnbedingungen etc.) Umweltbedingungen sowie die angesichts dessen zunehmend

[1]Unter den 212 Teilnehmern aus 38 Ländern waren neben den an den Vorbereitungen beteiligten Dr. A. Milz und Dr. I. Kickbusch sechs Deutsche eingeladen: Dr. E. Pott, Prof. Dr. B. Badura, Prof. Dr. E. Greiser, Prof. Dr. Dr. U. Koch, Prof. Dr. F.W. Schwartz, Prof. Dr. J.v. Troschke.

fehlgeleiteten medizinischen und gesundheitlichen Versorgungsstrukturen[2]. Nicht zuletzt deshalb stellte der Generalsekretär der Weltgesundheitsorganisation in seiner Schlußansprache auf der Ottawa-Konferenz fest: „Die Ottawa-Charta ist die Alma-Ata-Deklaration für die entwickelten Industriestaaten“ (HILDEBRANDT 1988, S. 115).

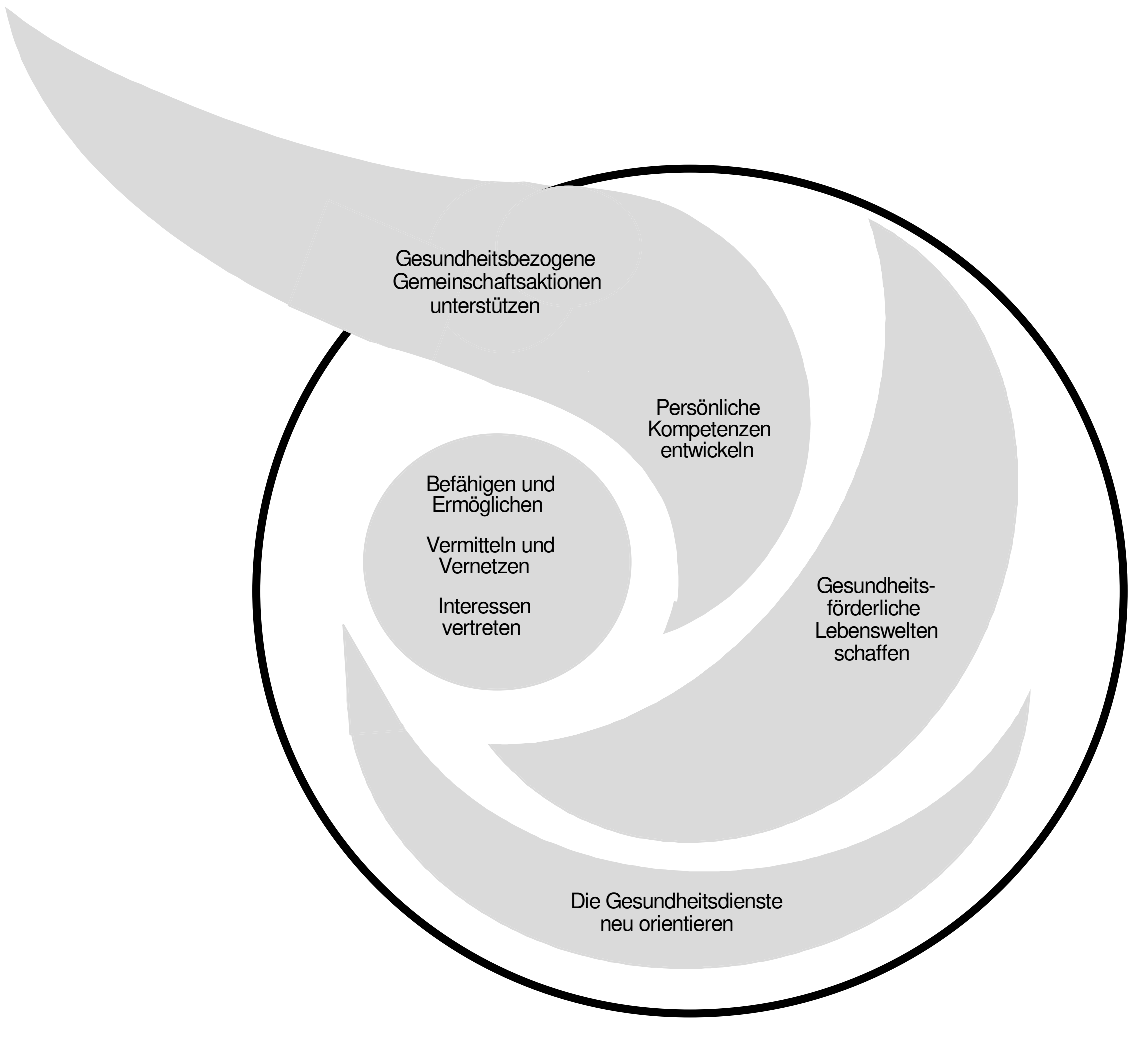
Im Mittelpunkt der Ottawa-Charta steht das Ziel, den Menschen einen selbstbestimmten Umgang mit der eigenen Gesundheit zu ermöglichen. Selbstbestimmung als Ziel erstreckt sich dabei auf alle Ebenen gesundheitlicher Angelegenheiten, von der aktiven Gestaltung des eigenen sozialen Umfeldes (Arbeitsbedingungen, Familie und Haushalt), über politische Einflußnahme auf gesundheitlich relevante Politikfelder (Umwelt-, Sozial-, Arbeitsmarkt-, Familienpolitik), der Ermöglichung eines gesundheitsgerechten individuellen Lebensstils (Vermeidung von Streß, gesunde und vollwertige Ernährung, ausreichende Bewegung, soziale Kontakte etc.), bis hin zur selbstbestimmten Inanspruchnahme und aktiven Mitgestaltung des gesundheitlichen Versorgungssystems.

Das zentrale Ziel der Selbstbestimmung kommt u.a. in den drei Schlagwörtern der Ottawa-Charta zum Ausdruck: „Interessen vertreten (*advocate*), Vermitteln und Vernetzen (*mediate*) und Befähigen (*empowerment/enabling*)“ (WHO 1986). Dabei meint Empowerment, wie bereits dargestellt, u.a. die Befähigung, Aktivierung und Motivierung zur Artikulation eigener Interessen sowie zur selbstbestimmten Lebensgestaltung (Autonomie). Dieser Prozeß wird flankiert durch eine Politik der anwaltschaftlichen Interessenvertretung von BürgerInnen, VerbraucherInnen oder PatientInnen, sowie durch Vermitteln und Vernetzen, beides mit dem Ziel, institutionelle Barrieren sowie Barrieren mangelnder Information überwinden zu helfen.
Dieses Wechselspiel von persönlicher Autonomieförderung und politischer oder professioneller Unterstützung spiegelt sich in den fünf programmatischen Handlungsfeldern der Ottawa Charta wider:

- *Gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen unterstützen*
- *Persönliche Kompetenzen entwickeln*
- *Gesundheitsförderliche Lebenswelten schaffen*
- *Die Gesundheitsdienste neu orientieren*
- *Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik* (Abb. 1.1).

[2]Eine Entwicklung, die sich in jüngster Zeit verstärkt fortsetzt, wie die 1996 von den Mitgliedstaaten der WHO-Region Europa verabschiedete „WHO-Charta zur Reformierung der Gesundheitsversorgung“ (Ljubljana/Slowenien) unterstreicht (DOK 3 (2/97), S. 86).

Abb. 1.1: Die Ottawa-Charta der Weltgesundheitsorganisation



Neben der individuellen Förderung bzw. Entwicklung persönlicher Kompetenzen stehen mithin vier weitere Aspekte auf der Agenda, welche insbesondere auf kollektive und politische Verhältnisgestaltung abzielen. Diese Handlungsfelder greifen ineinander, d.h. daß z.B. persönliche Kompetenzen mit zur Realisierung gesundheitsbezogener Gemeinschaftsaktionen, der Schaffung gesundheitsförderlicher Lebenswelten (etc.) beitragen, sowie umgekehrt die sozialökologische, institutionelle und politische Verhältnisgestaltung erst die Entfaltung persönlicher Kompetenzen ermöglicht.

Durch die Programmpunkte der kollektiven und politischen Verhältnisgestaltung nach gesundheitlichen Gesichtspunkten erhält die Ottawa Charta jedoch eine weitere Stoßrichtung. Nicht nur der selbstbestimmte Umgang mit der eigenen Gesundheit steht im Mittelpunkt, sondern auch die Ausrichtung aller, als gesundheitsrelevant erkannten Bereiche des gesellschaftlichen Lebens an gesundheitlichen Kriterien: Von der Sozial-, Arbeitsmarkt-, Umwelt- und Familienpolitik über infrastrukturelle Fragen des Wohnungsbaus, des öffentlichen Nahverkehrs und der Bildung bis hin zur Gestaltung von Kultur-, Freizeit- und Konsumangeboten.

Die Kontroverse entzündet sich dabei an der Frage, ob das mit der Ottawa Charta angestrebte Ziel erweiterter gesundheitlicher Aufmerksamkeit zugleich bedeuten muß, nahezu alle politischen, gesellschaftlichen und individuellen Handlungen dem Diktat einer 'gesundheitsfördernden Gesamtpolitik' zu unterwerfen. Einem solchen 'Gesundheits-imperialismus' könnte etwa entgegen gehalten werden, daß viele der als gesundheitsrelevant erkannten Themenfelder eigenen, in sich schlüssigen Handlungslogiken folgen und dies auch weiterhin tun sollten (z.B. Kultur und Bildung, soziale Beziehungsgestaltung, etc.).

Eine zentrale Botschaft der Ottawa Charta ist dabei einerseits, daß Gesundheit in den alltäglichen Handlungen, in den sozialen Beziehungen der Nachbarschaft, der Familie und der Gemeinde hergestellt wird, daß explizit gesundheitliche Programme also stets anschlußfähig an die 'eigentliche Produktionsstätte' von Gesundheit sein sollten (KEUPP 1997). Andererseits folgt aber gerade das gesundheitliche Verhalten von Individuen und Gruppen, z.B. auch von Selbsthilfegruppen, oftmals einer Eigenrationalität, die nicht explizit an dem Ziel der Gesundheit ausgerichtet ist (GRUNOW et al. 1983; V. FERBER 1990, vgl. Kap. 2.2.3). Gesundheit wird somit oftmals gerade dort produziert, wo nicht über Gesundheit geredet wird. Gesundheit ist dabei nur einer und in seiner ganzen Tragweite noch zu wenig erforschter Aspekt, um eine Überschattung gesellschaftlicher und kultureller Ziele generell zu rechtfertigen (vgl. Kap. 1.2.2).

Ein weiteres gewichtiges Argument gegen die grenzenlose Ausdehnung gesundheitsbezogener Programme ist jedoch der dadurch induzierte Perspektivenwechsel mitsamt der Gefahr, 'blinde Flecke' in eigentlich zentralen Bereichen der gesundheitlichen Versorgung entstehen zu lassen. Wenn sich Gesundheitsförderung primär auf gesellschaftliche Bereiche außerhalb der traditionellen Gesundheitspolitik konzentriert, drohen mithin dringliche Aufgaben innerhalb des gesundheitlichen Versorgungssystems tendenziell vernachlässigt zu werden.

Die Tatsache, daß Gesundheitsförderung bezogen auf das gesundheitliche Versorgungssystem nicht nur *additiv*, als zusätzliches Handlungsprogramm, sondern auch *integrativ*, quer zu allen bestehenden Sektoren des Gesundheitssystems Anwendung finden sollte, begründet sich theoretisch bereits aus der Ottawa Charta. So beinhaltet einer der fünf Kernpunkte der Ottawa Charta auch die programmatische Aufforderung, *die Gesundheitsdienste neu zu orientieren*. Dennoch ist dieses Wechselspiel von *Addition* und *Integration* häufig in der Diskussion um Gesundheitsförderung vernachlässigt worden, so daß insgesamt eine Tendenz, additive Zusatzprogramme gegenüber dem integrativen Aspekt von Gesundheitsförderung den Vorzug zu geben, feststellbar ist (HILDEBRANDT/BESSER 1997, BADURA 1997).

Diese Kontroverse zwischen *Addition* und *Integration* der Gesundheitsförderung läßt sich theoretisch anhand dreier Debatten aufzeigen, die in den letzten Jahren mit zu dem Konzept der Gesundheitsförderung beigetragen haben:

(a) Der Kritik eines allumfassenden Gesundheitsbegriffes als 'vollständigem körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefinden'.
(b) Der Kritik einer überwiegend kurativ orientierten Bio-Medizin.
(c) Der Kritik der individuellen Verhaltensprävention und Gesundheitserziehung.

So stellt etwa BADURA fest, daß „die praktischen Wurzeln der Gesundheitsförderung [...] in dem seit den 60er Jahren sich verstärkenden Unbehagen an einer Tendenz, Gesundheit und Krankheit nahezu gänzlich als medizinische Problemstellungen zu begreifen, [liegen].

> Dieses Unbehagen und die relativ geringen Erfolge ihrer eigenen Bemühungen zur Gesundheitserziehung insbesondere in entwickelten Industriegesellschaften waren für die Weltgesundheitsorganisation ausschlaggebende Motive zur Formulierung der Ottawa-Charta im Jahre 1986.“ (BADURA 1993a, S. 77)

Gesundheitsförderung im Sinne der Ottawa-Charta geht also sowohl aus der Kritik an der herrschenden Form gesundheitlicher Versorgung durch die kurative Medizin als auch aus einer gewissermaßen selbstkritischen Reflexion vorwiegend verhaltenszentrierter Prävention und Gesundheitserziehung hervor. Hinzu kommt die, im Zusammenhang mit dem bereits 1946 durch die WHO eingeführten Gesundheitsbegriff als 'vollständigem körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefinden' erkannte Tendenz, die Ausweitung gesellschaftlicher Aufmerksamkeit für Gesundheit wiederum durch eine Ausweitung des medizinischen (Be-) Handlungsspektrums zu beantworten (vgl. Kap. 1.2.1).

Die drei genannten Kontroversen begründen bei einer sorgfältigen Betrachtung gemeinsam, daß die der Gesundheitsförderung immanente Medizinkritik nicht nur dazu genutzt werden sollte, ein zusätzliches gesundheitswirksames Handlungsfeld außerhalb des medizinischen Versorgungsspektrums zu installieren, sondern auch dazu, die medizinische Versorgung aus der Sicht der 'Nutzer', d.h. der Bürgerinnen und Bürger selbst zu thematisieren.

1.2 Kontroversen zwischen Addition und Integration gesundheitsfördernder Strategien

1.2.1 Gesundheit als körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden?

Die Ideengeschichte einer erweiterten sozialökologischen Sicht von Gesundheit beginnt mit der Gründung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) nach dem 2. Weltkrieg. Die Teilnehmerstaaten, die am 22.7.1946 in New York die Verfassung der WHO verabschiedeten, einigten sich auf einen Gesundheitsbegriff, der über das vormals eng gefaßte Ziel der 'Abwesenheit von Krankheit' weit hinaus ging: 'Gesundheit als vollständiges körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden'.

> „Health is a state of complete physical, mental and social wellbeing and not merely the absence of disease of infirmity." (WENZEL 1990, S. 14)

Diese Definition ist seither vielfach zur Quelle von Mißverständnisse bzw. zum Anlaß für Kritik und Kontroversen geworden („*a source of trouble*"; CALLAHAN 1990). Die umfassende, beinahe alle Bereiche des gesellschaftlichen Lebens einschließende Bedeutung von Gesundheit, die in ihrer Konsequenz Gesundheitspolitik als den, die Sozialpolitik und den gesamten Sozialstaat umspannenden, Oberbegriff sieht (HUNGELING 1995), sowie die Unmöglichkeit, in jedem Augenblick unseres Lebens sowohl körperlich als auch seelisch und sozial 'vollständig gesund' zu sein (*fit, ausgeschlafen, satt, entspannt, glücklich, kommunikativ und kooperativ, u.v.m.*) sind naheliegende Ansatzpunkte dieser Kritik.

Eberhard WENZEL (1990) hält dem jedoch entgegen, daß mit dieser Definition nicht etwa ein statischer Zustand 'totalen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens' gemeint sei. Trotz irreführender Begriffe wie 'complete' (vollständig), 'state' (Zustand) etc. sieht WENZEL die „dynamische", und damit auch „biographische und perspektivische Komponente", die sich aus der Verknüpfung mit dem Begriff „Wohlbefinden" ergibt. Als Beleg zitiert er weitere Abschnitte derselben WHO-Konstitution, in denen es z.B. heißt:

> „Healthy development of the child is of basic importance; the ability to live harmoniously in a changing total environment is essential to such development." (WENZEL 1990, S. 14)

Die Betonung 'totaler', „d.h. biologischer, physikalischer und sozial-kultureller Umwelt" (ebd.), die für die gesunde Entwicklung der Kinder und damit aller Menschen in der Langzeitperspektive essentiell ist, zeige das ganzheitliche, sozialökologische Verständnis, welches der WHO-Definition von Gesundheit zugrunde liege:

> „Wer von Gesundheit spricht, redet vom Gestern, Heute und Morgen". (ebd.)

Dies stehe nun im krassen Gegensatz zu jenem statischen Gesundheitsverständnis einer kurativen, sogenannten 'Schul-Medizin', welche den menschlichen Körper vorrangig als Reparaturobjekt und ihre eigenen Methoden dann als rational und effizient ansieht, „wenn sie den Körper mit seiner biologischen bzw. physiko-chemischen Eigengesetzlichkeit von der Person des Patienten trennen". Dessen subjektives Symptomempfinden und die darin zum Ausdruck gebrachte „symbolische Repräsentanz von Biographie" (Mimik, Gestik, Tonfall, Arzt-Patienten-Kommunikation, körperliche Befindlichkeiten etc.) 'störe' geradezu im Prozeß hochtechnologisierter Diagnostik und Behandlung und werde deshalb mitsamt des seit Jahrhunderten generierten Wissensstandes, etwa der Psychosomatik, ausgeblendet (WENZEL 1990, S. 40). Ein ganzheitliches Verständnis von Körper, Geist und Seele sowie der jeden Einzelnen umgebenden sozialen Umwelt führe dagegen zurück zu einer natürlicheren, ökologischen Betrachtung, und damit zu einem besseren Verständnis des Menschen, seiner Biographie und seines Körpers (WENZEL 1986).

Gleichwohl, so scheint es, übt die statische Sichtweise der kurativen Medizin bis heute einen nicht unerheblichen Einfluß auf unser Denken aus:

> „This way of thinking might be perfectly sufficient and satisfactory in a medically stagnant, or static, culture, and to a certain extent that is just the way we do think." (CALLAHAN 1990, S. 38)

So ist es u.a. zu erklären, daß die beschriebene Ausdehnung des Gesundheitsbegriffes durch die WHO oftmals in untrennbarem Zusammenhang mit der gleichzeitigen beständigen Aufrüstung biomedizinischer Forschung und Technologie, bisweilen sogar als deren Ursache gesehen wird (CALLAHAN 1990): Aus gesellschaftlichen Angelegenheiten werden gesundheitliche Angelegenheiten und aus diesen wiederum medizinische Angelegenheiten - eine Kausalkette, die Ivan ILLICH als die „Medikalisierung der Gesellschaft“ bezeichnet (ILLICH 1977).

Daniel CALLAHAN geht allerdings in seiner Kritik noch weiter. Die der WHO-Definition von Gesundheit zugrunde liegende, jedoch keineswegs selbstverständliche Überzeugung der engen Beziehung zwischen ‘Körper’ (*good of the body*) und ‘Subjekt’ (*good of the self*) sowie zwischen der ‘Gesundheit des Individuums’ und der ‘Gesundheit der Gemeinschaft bzw. der Gesellschaft’ (*good of the community*), führe zu dem Trugschluß, Einschränkungen der körperlichen Funktionen (z.B. durch Krankheit, Behinderung, Alter) mit Einschränkungen der ‘ganzen’ Persönlichkeit gleichzusetzen (CALLAHAN 1990).

Wenngleich einem derartigen Jugendlichkeits- und Fitneßideal das Wort zu reden, sicherlich nicht die Absicht der Protagonisten der oben zitierten „Ökologie des Körpers“ ist (WENZEL 1986), wird deren Natur- und Körperorientierung in dieser Kritik implizit mit eingeschlossen. Die beinahe alle Lebensbereiche umspannende ‘neue Natürlichkeit’, die sich in der Alternativmedizin ebenso wiederfindet wie in ‘besonderen Ernährungsweisen’ oder psychotherapeutischen Modetrends, führe - so Rosalind COWARD in ihrer Streitschrift *„Nur Natur?“* - letztlich zu der allgemein wachsenden Tendenz, gesellschaftliche Konflikte auf homöostatische Ungleichgewichte des einzelnen mit sich selbst, seiner Psyche und der Natur zu reduzieren (COWARD 1995). Gleichsam führe die so praktizierte Individualisierung und Egozentrierung zum Verlust gesellschaftlicher Werte wie sozialer Unterstützung und gegenseitiger Fürsorge („*caring*“). An die Stelle identitätsstiftender Gemeinschaften tritt die stetige Ausweitung individueller, an einem Ideal von Jugendlichkeit, Freiheit und Konsum orientierter Bedürfnisse sowie der Sorge um den eigenen Körper und die (Wieder-) Herstellung der eigenen Gesundheit („*curing*“; CALLAHAN 1990).

Die Kritik des WHO-Gesundheitsbegriffes aus dem Jahre 1946 hat somit zwei Stoßrichtungen: Zum einen handelt es sich dabei um die Kritik einer gesellschaftlichen Überhöhung individueller Gesundheit, die als Vorbote und Symptom einer generellen

Individualisierung bzw. gar Egozentrierung angesehen werden kann. Zum anderen hat die zunehmende gesellschaftliche Fixierung auf Gesundheit, nicht zuletzt dank der von der WHO postulierten 'Allzuständigkeit' mit zu der beständigen Ausweitung kurativer Medizin bis weit in viele gesellschaftliche Bereiche hinein beigetragen. Gleichzeitig steht jedoch, wie WENZELS Ausführungen deutlich machen, der Gesundheitsbegriff der WHO mit am Beginn einer neuen Ära von Gesundheitspolitik, die über die bloße Kuration somatischer Symptome hinausgeht.

Trotz dieser auf den ersten Blick widersprüchlichen Schlußfolgerungen besteht eine wesentliche Gemeinsamkeit in den Argumentationen WENZELS und CALLAHANS. Zentral ist für beide Autoren die Kritik des vorherrschenden Paradigmas in der Medizin. Während WENZEL dabei vornehmlich den technisierten und nahezu ausschließlich auf somatische Symptome reduzierten Charakter der modernen Medizin hervorhebt, liegt der Schwerpunkt der Kritik CALLAHANS auf dem Anspruch der Kuration und der gleichzeitigen Ignoranz gegenüber nicht heilbaren, wohl aber durch Pflege und Fürsorge zu fördernden Gesundheitszuständen. Beide Argumentationen greifen somit Teilaspekte einer umfassenden Medizinkritik heraus.

Die Ironie, daß gerade eine kritische Auseinandersetzung mit der herrschenden Form der Medizin, wie sie durch den Gesundheitsbegriff der WHO repräsentiert wird, mit zu deren beständiger Ausweitung beigetragen hat, zeigt jedoch, daß eine lediglich auf Teilaspekte der kritischen Auseinandersetzung mit der Medizin bezogene (Teil-)Kritik offenbar nicht ausreicht, um eine qualitative und quantitative Kurskorrektur im beabsichtigten Sinne herbeizuführen. Die verschiedenen in der Literatur vorfindbaren Facetten der Medizinkritik lassen jeweils unterschiedliche Schlußfolgerungen im Hinblick auf Handlungsprogramme innerhalb oder außerhalb des gesundheitlichen Versorgungssystems zu. Hier gilt es zunächst, die Vielfalt der medizinkritischen Ansätze sowie der daraus ableitbaren Handlungsansätze zu strukurieren.

1.2.2 Kritik der Medizin

„Der menschliche Leib ist von Natur sterblich. Krankheiten können daher nicht ausbleiben. Warum wird der Mensch erst dem Arzte unterworfen, wenn er erkrankt, und nicht, wenn er gesund ist? Weil nicht nur die Krankheit, weil schon der Arzt ein Übel ist. Durch eine ärztliche Kuratel wäre das Leben als ein Übel und der menschliche Leib als Objekt der Behandlung für Medizinalkollegien anerkannt"
(Marx/Engels, z.n. WENZEL 1990, S. 8)

Wer Kritik an der Medizin üben möchte, befindet sich - wie man sieht - in guter Gesellschaft; er kann dabei auf eine außerordentlich lange Tradition umfangreicher Forschungen und Überlieferungen über Behandlungsfehler, Über- oder Fehlmedikation und z.T. gravierende Folgen ärztlicher 'Kunstfehler' zurückgreifen (ILLICH 1977). Die gesellschaftskritische Auseinandersetzung mit der weithin durch die Bevölkerung überschätzten Medizin setzt jedoch nicht in erster Linie an ärztlichen Behandlungsfehlern an.

Ivan ILLICH unterscheidet zwischen „klinischer Iatrogenesis", sowie der in diesem Zusammenhang bedeutenderen „sozialen -" und „kulturellen Iatrogenesis". Wenn „Iatrogenesis" allgemein 'durch den Arzt (bzw. die Medizin) verursachte' negative gesundheitliche Folgewirkungen bezeichnet, dann meint „soziale und kulturelle Iatrogenesis" die mannigfachen gesellschaftlichen Folgen einer Überhöhung der technologisierten Biomedizin. Der 'Glaube an die Medizin' (bei gleichzeitigem Verfall spiritueller Werte in der Gesellschaft) führe zu einer, im Behandlungsprozeß letztlich kontraproduktiven, passivistischen Patientenhaltung und schaffe somit die Basis für einen 'Reparaturbetrieb Gesundheitswesen', der z.B. dem Konsum von Medikamenten stets den Vorzug vor eigener gesundheitlicher Aktivität oder sozialer Problembewältigung gibt ('Medikalisierung', ILLICH 1977).

Dabei wird die reale „Bedeutung der Medizin" für die Gesundheit der Gesellschaft vielfach überschätzt. Spätestens seit den 60er Jahren dieses Jahrhunderts haben sich wissenschaftliche Arbeiten mit der Frage der Bedeutung der Medizin für die gestiegene Lebenserwartung seit Mitte des 19. Jahrhunderts beschäftigt. Hervorzuheben sind die vielbeachteten Studien des britischen Sozialmediziners Thomas MC KEOWN (1982), der am Beispiel England verdeutlicht, daß z.B. die Entdeckung bedeutender Medikamente (z.B. Antibiotika) vielfach erst erfolgte, nachdem sich die Morbidität und Mortalität durch Infektionskrankheiten (z.B. Tuberkulose) bereits weitgehend reduziert hatte. Die größte Bedeutung für die Bekämpfung der dominierenden Infektionskrankheiten des 19. Jahrhunderts und damit für die sprunghafte Erhöhung der Lebenserwartung, so MC KEOWN, entfiel auf die verbesserten hygienischen Verhältnisse im Zuge der Stadtsanierung um 1850, sowie auf die Verbesserung des Ernährungszustandes der Bevölkerung. Ähnliche Ergebnisse sind auch für die USA bekannt (DUBOS 1959).

Neuere Studien zeigen die relativ geringe Bedeutung der Medizin als Einflußgröße auf Morbidität und Mortalität auch für die Gegenwart (MCKINLAY et al. 1989): Lediglich 3,5 bis 4 Jahre der seit 1950 erzielten Steigerung der Lebenserwartung werden nach Expertenschätzungen der kurativen Medizin zugeschrieben (SVRKAIG 1996). Nimmt man nun diesen ersten medizinkritischen Aspekt als Grundlage für Handlungsprogramme der Gesundheitsförderung, so begründet sich erstens die Konzentration auf außermedizinische (*additive*) Aktivitäten, etwa der Verhaltens- und Verhältnisprävention, der Pflege und psychosozialen Betreuung. Darüber hinaus gilt es nach dieser Logik aber auch, auf die überschätzte Bedeutung der Medizin für verschiedene gesundheitliche Bereiche sowie auf die negativen Folgen der gesellschaftlichen Überhöhung kurativ-medizinischer Leistungsfähigkeit (soziale und kulturelle Iatrogenesis) hinzuweisen.

Die Kritik der Medizin hat jedoch vor dem Hintergrund des heutigen Morbiditäts- und Mortalitätsgeschehens eine weitere Stoßrichtung. Nicht mehr akute Infektionskrankheiten sind heute vorherrschend, sondern großenteils altersbedingte, chronische und degenerative Erkrankungen.

So entfielen bereits zu Beginn der 80er Jahre zwei Drittel aller Erkrankungen auf chronisch-degenerative Erkrankungen, allen voran Krankheiten des Kreislaufsystems, Atemwegserkrankungen sowie Krankheiten des Skelletts, der Muskeln und des Bindegewebes. Ein Großteil der Berufs- oder Erwerbsunfähigkeiten werden durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen, rheumatische Erkrankungen, Neubildungen (Krebs) und psychiatrische Erkrankungen verursacht, allesamt chronische Erkrankungen. Insbesondere jedoch bei den über 65jährigen sind chronische Krankheiten dominierend (ca. 90% aller Erkrankungsfälle), 2 Millionen Menschen müssen aufgrund dessen als pflegebedürftig eingestuft werden (BÄCKER et al. 1989, S. 24 ff.).

Nach subjektiven Angaben von Befragten in unterschiedlichen Studien ist etwa jeder dritte bis vierte Bürger von einer chronischen Erkrankung betroffen. Sind es in höherem Lebensalter insbesondere Herz-Kreislauf- und rheumatische Erkrankungen, die an Bedeutung gewinnen, so weisen Jüngere immer häufiger allergische Beschwerden auf. Die Zahl der Asthma-Kranken ist in den USA zwischen 1990 und 1994 um 50 Prozent gestiegen. In Deutschland hat sich etwa die Zahl der Hautkrankheiten im Zusammenhang mit Anzeigen wegen des Verdachts auf Berufskrankheit im Zeitraum von 1970 bis 1992 verdreifacht (MARSTEDT 1997).

Als neueste Daten fügt der „Bericht über die Entwicklung chronischer Krankheiten in Deutschland“ durch das Bundesministerium für Gesundheit hinzu, daß im Jahre 1996 zerebrovaskuläre Krankheiten (zu 70-80% Hirninfarkte) knapp 12% aller Todesfälle sowie „die meisten Fälle von Invalidität und Pflegebedürftigkeit“ verursachten. Rheumatische Erkrankungen verursachten hingegen „ein Drittel aller Frührenten, ein Fünftel der Krankenhaustage und einen hohen Prozentsatz aller Arztbesuche“[3]. Darüber hinaus schlagen vor allem Diabetes mellitus mit ca. 4 Millionen registrierten Patienten, sowie Krebserkrankungen, auf die 1993 beinahe 24% aller Sterbefälle entfielen, zu Buche (BMG 1996).

Angesichts dieser Dominanz chronischer Erkrankungen ist eine vornehmlich auf Akuterkrankungen und das Prinzip der Heilung (*Kuration*) ausgerichtete Medizin kaum noch in der Lage, eine adäquate Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen. Am Beispiel des Diabetes mellitus zeigt sich die besondere Dramatik der oftmals unbefriedigenden Versorgung und der weitverbreiteten Unkenntnis international anerkannter Therapiestandards unter Allgemeinärzten (MÜHLHAUSER et al. 1992)[4]: Diabetische Spätsschäden wie chronisches Nierenversagen, Erblindungen, Neuropathien, das sog. ‘Diabetische Fußsyndrom’, sowie Bluthochdruck, koronare Herzerkrankungen und Schlaganfälle sind die Folge über Jahre vernachlässigter Blutzuckereinstellung und Therapiekontrolle. Das Problem wird offenkundig, wenn man den gewissermaßen ‘typischen’ Umgang der auf Akutbehandlung fixierten Medizin mit beinahe alltäglichen Problemen eines Diabetikers betrachtet:

---

[3]Wobei „selbst in Regionen mit einem vergleichsweise guten Versorgungsangebot [...] nur circa 20 Prozent der Patienten im Laufe ihrer Erkrankungen von einem rheumatologisch ausgebildeten Facharzt behandelt [werden]“ (BMG 1996).

[4]Nach jüngsten Erhebungen kannten von 200 interviewten Hausärzten weniger als 10 Prozent die „NIDDM-Richtlinien“ (Leitfaden der europäischen Diabetesgesellschaften zur Behandlung des nichtinsulinpflichtigen Diabetes mellitus [**N**on-**I**nsulin-**D**ependant **D**iabetes **M**ellitus]) (*Deutsches Ärzteblatt 94, H. 4/97, S. 112*).

> „Ein insulinabhängiger Diabetiker wird mit entgleister Blutzuckerregulation in die Notfallaufnahme eines Krankenhauses eingeliefert. Völlig unabhängig davon, wie gut und effektiv die Krankenhausbehandlung nun ist, kann die Behandlung, wenn sie vom Standpunkt des Patienten und der Krankenkasse aus betrachtet wird, überhaupt nicht effizient sein. Idealerweise wäre die Stoffwechselentgleisung vermieden worden, z.B. durch eine vorbeugende Diabetesschulung, motivierende Gespräche und praktische Übungen. Diese Behandlungsformen wären erheblich kostengünstiger gewesen als die im Grunde überflüssige Krankenhausbehandlung. Auch hätten sie zugleich langfristig eintretenden Komplikationen vorgebeugt.“ (HILDEBRANDT/DOMDEY 1996, S. 52)

Auf die ökonomischen Aspekte einer solchen fehlgeleiteten Therapie wird an späterer Stelle noch einzugehen sein (Kap. 2.1.3). Darüber darf jedoch das Leid der Betroffenen nicht vergessen werden: Im Jahr 1995 wurden in Deutschland rund 25.000 diabetesbedingte Fußamputationen durchgeführt (TRAUTNER 1996), rund 2.000 diabetesbedingte Neuerblindungen registriert (KROLL 1996), sowie ein erheblicher, tendenziell steigender Diabetikeranteil von zwischen 35 und 59 Prozent an den insgesamt 40.000 dialysepflichtigen PatientInnen in Deutschland geschätzt (RITZ et al. 1996).

Das Prinzip, solche und ähnliche Akutkomplikationen durch eine prospektive Medizin, die insbesondere auf Patientenschulung, regelmäßige Therapiekontrolle und Betreuung anstatt Heilung abstellt, zu vermeiden, gilt auch für andere chronische Erkrankungen: Asthma, Rheuma, Schlaganfall, Herzinfarkt oder Krebs, sowie nicht zuletzt die breite Palette psychiatrischer Erkrankungen (TRAUTNER/BERGER 1993, WEBER et al. 1990).

Hinzu kommt, daß es sich bei vielen chronisch Erkrankten um ältere Patienten handelt. Dabei treffen oftmals mehrere chronische Erkrankungen zusammen, so daß die Behandlung älterer Menschen typischerweise eine Behandlung von Multimorbidität ist, die eine besondere Abstimmung der Therapien sowie Kenntnis der besonderen psycho-sozialen Lebenssituation älterer Menschen erfordert. Die Enquete-Kommission ‘Demographischer Wandel’ schätzt in ihrem 1994 veröffentlichten Zwischenbericht den Anteil älterer Patienten (über 65) in Allgemeinarzt- sowie einigen Facharztpraxen auf 40-50 Prozent. Dennoch haben „die meisten Spezial- und auch viele Hausärzte [...] nur ein unzureichendes Wissen über die Behandlung älterer Menschen“. „Nicht nur das Desinteresse an geriatrischen Problemen sei [jedoch] schuld daran, sondern auch die Erfolgsorientierung der modernen Medizin“ (ZÖRNER 1996, S. 139).

Der zweite Aspekt der Medizinkritik bezieht sich damit nicht auf die grundsätzliche Bedeutung, sondern auf das herrschende Erfolgsparadigma und die daraus resultierende mangelnde Bedarfsorientierung der modernen Medizin. Nicht nur das Prinzip der Heilung sollte vor dem Hintergrund des heutigen Krankheitsgeschehens im Mittelpunkt stehen, sondern ein erweitertes Paradigma der aktivierenden Pflege und psychosozialen Unterstützung. Ein solches erweitertes Paradigma wird durch neue Forschungsrichtungen wie z.B. „Psycho-neuro-immunologie“ (ADER 1980), „Sozio-psycho-somatik“ bzw. „Streßforschung“ (BADURA 1993a, 1993b) zunehmend wissenschaftlich untermauert.

Diese neuen Wissenschaftszweige fragen nach Zusammenhängen von physischen, psychischen und sozialen Gegebenheiten. Psychische und soziale Einflüsse werden sowohl epidemiologisch, durch höhere Krankheits- und Sterbewahrscheinlichkeit, als auch biochemisch, in Form von endokrinologischen und immunologischen Reaktionen des Körpers, sichtbar. So haben Feldstudien bereits in den 70er Jahren die deutlich geringere Krankheitsanfälligkeit und höhere Lebenserwartung von Menschen mit intensiveren sozialen Beziehungen belegt (BERKMAN/SYME 1979). Das Konzept der persönlichen Kompetenz als Indikator für gute Gesundheit geht hingegen auf Erkenntnisse der „Streßforschung“ zurück, die belegen, daß nicht nur ‘objektive’ Stressoren maßgeblich für somatische Reaktionen in Form von Krankheit bzw. Gesundheit sind, sondern auch das individuelle Empfinden der jeweiligen Lebenssituation, sowie das subjektive Gefühl der persönlichen Kontrolle.

BADURA schlägt in Anlehnung an diese Erkenntnisse der Streßforschung vor, *Gesundheit* als

> „*eine Kompetenz oder Befähigung zur Problemlösung und Gefühlsregulierung, durch die ein positives seelisches und somatisches Befinden erhalten oder wiederhergestellt wird*“, zu definieren (BADURA 1993a, S. 77).

Es liegt auf der Hand, aus medizinsoziologischer Sicht gerade schwere Krankheitsereignisse mit chronischem Verlauf als besondere Streßsituationen zu betrachten, die in hohem Maße persönliche Kompetenzen, nicht nur der Betroffenen, sondern auch des jeweiligen sozialen Umfeldes erfordern (GERHARDT 1986). Gesundheit, verstanden als eine Kompetenz, kann somit auch bei chronisch Kranken, psychisch Kranken, multimorbiden oder geriatrischen Patienten in mehr oder minder hohem Maße vorhanden sein bzw. gefördert werden. Die primäre Aufgabe der Gesundheitsförderung besteht aus dieser Sicht in der Förderung gesundheitlicher Ressourcen, gerade bei chronisch Kranken.

Das soziopsychosomatische Paradigma leitet insgesamt ein neues Verständnis von Krankheit und Gesundheit ein, welches in vieler Hinsicht auch auf die Medizin rückwirkt. Ellis HUBER spricht gar von einer „Relativitätstheorie in der Medizin“ (HUBER 1996), an deren Schwelle sich die relevanten Wissenschaftszweige derzeit befinden. Durch eine solche umfassende Gesundheits- und Krankheitstheorie würde es in absehbarer Zeit möglich, sowohl jene Bereiche der ‘Schulmedizin’, die als nicht wissenschaftlich gesichert - im Sinne von ‘Doppelblind-Studien’ - angesehen werden müssen als auch außerschulische Methoden zunehmend auf eine ganzheitliche wissenschaftliche Grundlage zu stellen (ebd.).

Einen wesentlichen Beitrag zum verbesserten Verständnis der komplexen Wirkmechanismen schulmedizinischer ebenso wie außerschulischer Behandlungsmethoden leistet dabei auch die

Placebo-Forschung (BLANZ 1993; UEXKÜLL 1993). So wird z.B. von Stewart Wolf, einem renommierten Arzt der University of Oklahoma über einen seiner Patienten berichtet,

> „dessen Asthma auf erprobte Medikamente nicht anspricht. Als der Arzt von einer Pharmafirma Proben eines neuen, vielversprechenden Mittels bekommt, probiert er es gleich bei dem Asthmatiker aus. Die Symptome verschwinden umgehend, kommen aber, als Wolf die Medikation stoppt, sofort zurück. Er versucht es mit einem Placebo, doch die Krankheitszeichen bleiben. Etliche Male wiederholt er den Wechsel vom Wirkstoff zurm Placebo und zurück, jedesmal hilft nur das Mittel. Nunmehr sicher, ein wirksames Pharmakon für den Asthmatiker gefunden zu haben, bittet der Arzt die Herstellerfirma um Nachschub. Zu seinem Erstaunen erfährt er, das Unternehmen habe ihm vorher wegen fälschlich gemeldeter Bedenklichkeiten gar keine Arznei, sondern nur Placebos geschickt“ (*Der Spiegel, Nr. 45/1994, S. 204).*

Placebos spielen sowohl für den behandelnden Arzt als auch für den Patienten eine Rolle. Vielfältige Forschungen über die Wirkungsweise von Placebos heben interessanterweise Faktoren wie den Preis, den Namen und die Neuheit eines Medikamentes hervor, um dessen Wirkungsweise zu steigern, Faktoren also, die zuerst dem Arzt, weniger dem Patienten zugängig sind (UEXKÜLL 1993). Rund 50% der Erfolge medizinischer - insbesondere auch chirurgischer (!) - Maßnahmen beruhen auf spezifischen Wirkungsweisen der jeweiligen Behandlungen, 50% würden hingegen auf „dem enthusiastischen Aktivismus der behandelnden Ärzte basieren, der ihnen schon während des Medizinstudiums durch eine Ausbildung eingeimpft worden sei, welche die Macht der modernen medizinischen Verfahren predigt.“ (Moermann 1979, zit. n. UEXKÜLL 1993, S. 57)

Dennoch ist es die auf dieser eigenen Überzeugung aufbauende Überzeugungskraft, die es dem Arzt - letztlich auch dem alternativen ‘Nicht-Arzt’ - ermöglichen, aus dem Arzt-Patienten-Kontakt heraus den Heilungserfolg zu fördern. Sein „Charisma“, gepaart mit sozialem Prestige und der dadurch bedingten Autorität gegenüber dem Patienten können als wesentliche Stärken ärztlicher Heilkunst betrachtet werden (BLANZ 1993, S. 88).

Die vermeintliche Schwäche der teilweise wissenschaftlich nicht begründeten Therapieformen in der Schulmedizin kann also gleichzeitig eine Stärke bedeuten, wenn der Glaube an die Medizin ebenso glaubhaft an die Patienten weitergegeben wird. Dennoch stellt eine solche ‘Relativität’ vieles in Frage, was als unumstößliche Wahrheiten im Sinne eindeutiger Ursache-Wirkungs-Beziehungen für ausschließlich somatische Behandlungsmethoden angesehen wird. Vor dem Hintergrund der Placebo-Forschung sowie der Soziopsychosomatik wird letztlich auch die Forderung, medizinische Behandlungsmethoden zunehmend einer Evaluation von Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit zu unterziehen, erheblich relativiert.

Dennoch stellt die Forderung nach Wirksamkeitsnachweisen bzw. die Kritik der geringen Wirksamkeit eine dritte, häufig vertretene Form der Medizinkritik dar. Diese, erstmals durch den britischen Sozialmediziner Archibald COCHRANE (1972)[5] vertretene Forderung ist gewissermaßen symptomatisch für die Problematik einer insgesamt ausufernden Medizin, die aber angesichts des oben dargestellten Mangels an Bedarfsorientierung (z.B. für chronisch Erkrankte) die angestrebte Wirksamkeit vermissen läßt. „Der inflationären Zunahme medizinischer Behandlungen gegenüber stünden nur relativ geringfügige Verbesserungen bei der Therapie und zudem eine verbreitete Geringschätzung psycho-sozialer und praktisch-pflegerischer Leistungen“ (BADURA 1993a, S. 67, vgl. Kap. 2)

Hier schließt der von McKeown vorgebrachte Einwand an, daß „ein sehr effizientes und wirksames Angebot an medizinischen Diensten [...] gleichwohl den gesellschaftlichen Bedürfnissen wenig entsprechen [kann], z.B. dem Bedürfnis nach Prävention und Gesundheitsförderung oder dem Bedürfnis nach Pflege und ganzheitlicher Versorgung“. Die noch wichtigere Frage nach der *Angemessenheit* der Medizin wird somit auch durch Wirksamkeits- und Wirtschaftlichkeitsnachweise nur teilweise beantwortet (ebd.).

Zusammenfassend läßt sich also feststellen, daß von den unterschiedlichen gegen die Medizin vorgebrachten Kritikansätzen insbesondere zwei Aspekte hervorzuheben sind:

- Die Gefahr der gesellschaftlichen Überschätzung der Medizin, die bis hin zu Allmachtsvorstellung, Technisierung auch sozialer Lebensbereiche sowie Glaubensersatz führen kann. Dieser Tendenz ist durch eine gesundheitsfördernde Politik entgegenzuwirken, um insbesondere Problemen des passivistischen Patientenverhaltens sowie des fatalistischen Erleidens von durch die Medizin nicht heilbaren Gesundheitszuständen entgegenzuwirken.

- Die Kritik der mangelnden Bedarfsorientierung der modernen Medizin. Dieser Aspekt ist insbesondere vor dem Hintergrund des heutigen Morbiditäts- und Mortalitätsgeschehens bedeutsam. Chronische Erkrankungen, die häufig bei alten Menschen und in kumulierter Form (Multimorbidität) auftreten, erfordern eine ganzheitliche, psychosoziale und prospektive Ausrichtung des gesundheitlichen Versorgungssystems.

Diese beiden Aspekte, die sich nicht zuletzt in der Entstehungsgeschichte der Gesundheitsförderung wiederfinden, gilt es auch im Hinblick auf Maßnahmen und Handlungsprogramme gedanklich und konzeptionell mitzuführen. Dabei kann sowohl eine

---

[5] Der Name Archibald Cochrane ist heute insbesondere durch die nach ihm benannte Cochrane-Foundation bekannt. Cochrane gilt als Begründer der Wirksamkeits- und Wirtschaftlichkeitsforschung in der Medizin. Bekannt und vielfach diskutiert ist heute u.a. seine Auffassung, daß im modernen Wohlfahrtsstaat nur jede wirksame Behandlung unentgeltlich erfolgen sollte (COCHRANE 1972, zit. n. BADURA 1993a, S. 66; vgl. SVRKAIG 1997)

Addition zusätzlicher Handlungsbereiche, z.B. durch nicht-ärztliche Pflege, Prävention, Rehabilitation und psychosoziale Betreuung erfolgen, als auch eine Reorientierung des medizinischen Versorgungssystems hinsichtlich ihrer Organisation, Behandlungspraktiken sowie selbst gesetzter Erfolgsmaßstäbe. Wesentlich erscheint jedoch die Grundorientierung, kurative Medizin nicht pauschal als die allein seligmachende Umgangsform mit Gesundheit und Krankheit zu betrachten und dies auch aktiv zu kommunizieren. Dabei gilt es, dort wo die beschriebenen Defizite gesundheitlicher Versorgung von Betroffenen wahrgenommen werden, den somit entstehenden Bedarf nach Information, Beratung und motivierender Selbsthilfeförderung nachzukommen.

1.2.3 Kritik der Prävention und Gesundheitserziehung

Die im Zusammenhang mit einem neuen Krankheits- und Gesundheitsverständnis häufig benutzten Begriffe 'ganzheitlich', 'ökologisch', 'dynamisch', 'biographisch' (etc.) legen, in Anlehnung an die ökologische Debatte der 70er Jahre, in erster Linie eine stärkere Berücksichtigung der Prävention (statt 'end of the pipe') nahe. Im Hinblick auf eine Reorganisation des Gesundheitswesens steht somit eine Neuverteilung der Gewichte zwischen *Prävention*, *Kuration* und *Rehabilitation* im Mittelpunkt (ROSENBROCK 1992).

Die Einführung des Begriffs der 'Gesundheitsförderung' durch die WHO ist jedoch keineswegs mit einer alleinigen Ausweitung der Prävention gleichzusetzen. Die Entwicklung hin zu dem Konzept der Gesundheitsförderung kann gleichsam als eine kritische Auseinandersetzung mit traditionellen Ansätzen der Prävention und Gesundheitserziehung und den damit gewonnenen praktischen Erfahrungen interpretiert werden (GRACE 1991, GERHARDT/FRIEDRICH 1985). Im Zentrum dieser kritischen Auseinandersetzung standen - und stehen bis heute - insbesondere folgende Aspekte:

- die enge Orientierung an statistisch-epidemiologischer Forschung und dem daraus hervorgegangen „Risikofaktoren-Modell" (ABHOLZ et al. 1982)
- der daraus abgeleitete Focus auf Krankheit ohne Berücksichtigung „salutogener", also gesunderhaltender Einflüsse in Forschung und Praxis (BADURA 1993a)
- die durch die enge Anlehnung an traditionellen Ursache-Wirkungs-Schemata der Medizin ermöglichte Ausweitung medizinischer Prävention, d.h. erweiterter Diagnostic (Krankheitsfrüherkennung, Screening) und medikamentöser Behandlung von Risikofaktoren (KÜHN 1993a)

- die, sofern es sich um unspezifische Risikovermeidung handelt, individualisierenden und zugleich moralisierenden Wirkungen einer Gesundheitserziehung ‘zum richtigen Leben’ (GERHARDT/FRIEDRICH 1985, BAIER 1989, KEUPP 1993, WENZEL 1990)
- die bislang geringen Erfolge durch „eher wirkungslos und appellativ“ gebliebene „Verhaltens-Beeinflussungsprogramme“ (GERHARDT/FRIEDRICH 1985, S. 121)

Ausgangspunkt der Debatte um Prävention und Gesundheitserziehung ist zumeist das aus der epidemiologischen Forschung hervorgegangene „Risikofaktorenmodell“ (ABHOLZ et al. 1982). Als ‘Risikofaktoren’ wurden zunächst sowohl klinische Parameter - für die wohl am besten erforschte koronare Herzkrankheit z.B.: Blutfettwerte, Cholesterin, Bluthochdruck, Übergewicht, Diabetes (etc.) - als auch Verhaltensdeterminanten wie z.B. Bewegungsarmut, Überernährung, Alkoholkonsum, Rauchen und Streß identifiziert.

Dabei hat die Identifikation *klinischer Risikofaktoren* zu der als *sekundäre Prävention* bezeichneten, vorwiegend medizinischen Prävention geführt (ROSENBROCK 1992). Obwohl das dieser medizinischen Prävention zugrunde gelegte statistische Ursache-Wirkungs-Schema als für die Therapie im Einzelfall wenig aussagekräftig gilt (z.B. Cholesterin, ABHOLZ 1994a), und obwohl zudem auf präventiv-diagnostische Verfahren (Früherkennung, Screening) vielfach keine geeigneten therapeutischen Maßnahmen folgen (z.B. Lungenkrebs, ROSENBROCK 1992), hat gerade die (sekundäre) Prävention zu einer beispiellosen Ausweitung diagnostischer Verfahren (z.B. Mammographie, Osteodensitometrie; ABHOLZ 1994b, LANGE et al. 1994) sowie zu einer zunehmenden „Medikalisierung Gesunder“ (z.B. Hypertonie, Hypercholesterinämie; KÜHN 1993a) beigetragen. Insoweit hat das Paradigma der Prävention durch dessen wachsende Akzeptanz bei Arzt und Patient die Dominanz der kurativen Medizin nicht verringert, sondern sogar erweitert.

Verhaltensbezogene Risikofaktoren haben hingegen zumeist unspezifischen Charakter: Rauchen, Bewegungsmangel, hoher Fettkonsum (etc.) können nicht nur die koronare Herzerkrankung, sondern auch Krebs, Schlaganfall, Diabetes u.v.m. zur Folge haben. *Primäre Prävention* wird daher zumeist als unspezifische Risikovermeidung verstanden, die an einer umfassenden Erziehung zu gesunder Lebensführung ansetzt. Je mehr sich jedoch wissenschaftliche Verdachtsmomente gegen eine bestimmte gesundheitsschädigende Verhaltensweise verdichten (Bsp. Rauchen), desto größer wird der gesellschaftliche und moralische Druck auf den Einzelnen, derartige Verhaltensweisen zu vermeiden:

> Viele Krankheiten haben ihre Ursache im Fehlverhalten des einzelnen und in den zwischenmenschlichen Beziehungen. In einer solchen umfassenden Lebensordnung liegt noch ein freies Potential (das zudem billiger ist als alle Medikamente): Verbesserung der Gesundheit und Vorbeugen gegen Krankheit durch die eigene Lebensführung!“ (Schipperges 1982, zit.n.WENZEL 1990, S. 12)

Dieser moralische Imperativ einer ‘umfassenden Lebensordnung’ stand und steht bis heute vielfach in der Kritik, da er einerseits die soziale Kontrolle bis in die Privatsphäre des Einzelnen zur Folge haben könne (GERHARDT/FRIEDRICH 1985), andererseits aber auch zu einer Privatisierung von Gesundheitsrisiken und in der Folge zu einer Individualisierung präventiver Gesundheitspolitik beitrage (WENZEL 1990). Während der erste Vorwurf der *sozialen Kontrolle* als ein vorwiegend liberalistischer Vorbehalt gegenüber autoritativer, insbesondere staatlicher Kontrolle betrachtet werden kann (BAIER 1989), beinhaltet die zweite Kritik der Individualisierung und Privatisierung selbst eine Kritik des liberalistischen Menschenbildes: Es entspringe einer „hoffnungslos romantischen Vorstellung“, zu glauben, „der Mensch allein könne über die Struktur und Ausprägung seiner jeweiligen Verhaltensweisen im Zuge des biographischen Prozesses selbst bestimmen“ (WENZEL 1990, S. 13).

Als „klassische Erkenntnis der Sozialwissenschaften“ gelte hingegen, daß insbesondere die gesellschaftlich-politischen Rahmenbedingungen, sozio-ökonomische und psycho-soziale Umweltverhältnisse maßgebend für individuelle Verhaltensmuster und Lebensentwürfe sind (ebd., S. 20). Die zahlreichen Forschungen der letzten Jahre zum Thema „Krankheit und soziale Ungleichheit“ belegen auch für gesundheitsrelevante Verhaltensweisen die starke Abhängigkeit von sozio-ökonomischer Schichtung, Lebenslagen und sozialen Milieus (MIELCK 1994)[6]. Insofern ist es leicht ersichtlich, warum bisherige Versuche der Prävention und Gesundheitserziehung „eher wirkungslos und appellativ“ geblieben sind, wenn sie als „pädagogisch, psychologisch, medizinisch und soziologisch orientierte Verhaltens-Beeinflussungsprogramme“ im „Einzugsgebiet medizinischen Wissens“ mißverstanden wurden (GERHARDT/FRIEDRICH 1985, S. 116/120).

Hinzu kommt die aus der Verhaltenspsychologie bekannte Tatsache, daß Menschen ihre Lebensweise zumeist nicht primär an gesundheitlichen Kriterien ausrichten und somit das Argument des gesundheitlichen Risikos nicht ausreicht, um zu individueller

[6]für das Ernährungsverhalten zusammenfassend: KÖHLER et al. 1997.

Verhaltensänderung zu motivieren. „Der *Homo hygienicus* als Mensch, der Gesundheit als oberstes Lebensziel ansieht und seine Lebensführung völlig gesundheitlichen, aus der Medizin abgeleiteten Prinzipien unterwirft“ (LABISCH 1989, S. 116, zit.n. VOGT 1993, S. 48), ist vielmehr ein bürgerliches Idealbild, welches gleichsam innere wie äußere „Sauberkeit und Ordnung“ beinhaltet, die jedoch in dem *Prozeß der Zivilisation* (Elias) durch die Unterdrückung natürlicher Triebe vom Individuum teuer erkauft werden (VOGT 1993, S. 48). Chronische Gefühlsunterdrückung (*Depression*) ist dann auch gemeint, wenn es der Einzelne tatsächlich schafft, diesen kulturellen Normen - wie z.B. dem in den USA vorherrschenden puritanischen Ideal des „self-made man“ - gerecht zu werden und dann als „depressive soul“ charakterisiert wird:

> „The self-made man breaks free from the bonds of tradition and home only for the sake of creating an ideal home and thus weaving his own history. This figure denies the very thing he strives for, fleeing his historical roots in order to give birth to his own conception of himself. This soul’s flight from home, from its origins and its past, characterizes the depressive soul.“ (Romyshyn/Whalen 1987; zit. n. WENZEL 1990, S. 29)

Gesellschaftliche Idealbilder der Freiheit, Selbstbestimmung und Stärke, etwa „das Zauberwort unserer Tage: Autonomie“, beinhalten stets die Gefahr, zu einer „Maske souveräner Indifferenz“ zu verkommen, hinter der sich „tiefe Einsamkeit und Beziehungslosigkeit, nicht nur der Umwelt, sondern auch sich selbst gegenüber“ verbergen kann (HAAG 1992, S. 78) [7].

Diese psychoanalytisch geprägten Gedanken haben maßgeblich zu einer Sensibilisierung der Gesundheitspädagogik für die komplexen intra- und interpersonellen Vorgänge bei der Konstruktion ‘gesunden Verhaltens’ beigetragen. Das ‘Lernziel’ einer gesundheitsfördernden Gesundheitspädagogik muß folglich - ganz im Sinne einer „Ökologie des Körpers“ (WENZEL 1986, vgl. Kap. 1.2.1) - auch in der Wiedererlangung der potentiell verlorenen Fähigkeit, körpereigene Signale wahrzunehmen und buchstäblich ‘zu fühlen’ liegen, auch und gerade als Voraussetzung für soziale Beziehungsfähigkeit und gegenseitige Fürsorge („*caring*“; CALLAHAN 1990, vgl. Kap. 1.2.1).

---

[7] Ein von WENZEL (1986, S. 18) zitierter Vers des Liedermachers Konstantin Wecker veranschaulicht dies eindrucksvoll:

> „Ich bin seit ich was von mir weiß auf Kraft und Siegen programmiert.
> Im Sagen groß. Das Herz zumeist auf breite Schultern reduziert.
> Natürlich: Denker und modern, rein hirnlich schon im rechten Gleis.
> Verteufelt nur, daß meine Lust von meinem Hirn zuwenig weiß.“

Damit ist jedoch die grundsätzlichere Frage nach der Berechtigung expertenorientierter, programmatischer Prävention noch nicht beantwortet. Diese Berechtigung leitet sich aus Expertensicht vielmehr aus einer zweiten Stoßrichtung psychoanalytisch geprägter Erkenntnisse ab. So liefert die Psychoanalyse neben der Betonung von Autonomie und individualpsychologischer Resistenz gegenüber in sich widersprüchlichen Botschaften gesundheitlicher Ideale und gesellschaftlicher Anforderungen auch eine Erklärungsgrundlage für ‘abweichendes’, gesundheitsschädliches Verhalten. Die oben dargestellte Depression kann sowohl ein Streßsymptom als auch ein Auslöser für potentiell gesundheitsschädliches Bewältigungsverhalten sein. Streß macht in dieser Hinsicht doppelt krank: während er sich einerseits direkt in somatischen Reaktionen des Körpers ausdrückt (vgl. Kap. 1.2.2), führt er indirekt über emotional bedingte ‘Fehlverhaltensweisen’ zur Kumulation zunächst verhaltensbezogener und später klinischer Risikofaktoren. Insbesondere sind hier alle Formen von Suchterkrankungen zu nennen (Alkoholismus, Medikamenten, Eßstörungen, Genußmittel-, Konsumsucht etc.), die in besonderem Maße auf ein Ungleichgewicht zwischen durch gesellschaftliche Ideale künstlich erzeugten Anforderungen und individuellen Bedürfnissen, welches durch zwanghaftes, eben nicht selbstbestimmtes Verhalten kompensiert wird, zurückgeführt werden können (BRENNER 1989). Wieder sind es also die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, etwa der Arbeitswelt, familialen Umwelt und sonstiger sozialer Beziehungen, aber auch in einem weiteren Sinne vorherrschende Wert- und Konsummuster, welche den Nährboden für gesundheitsbezogene Risikofaktoren, hier in Form von Bewältigungsverhalten, schaffen.

Sofern solche gesellschaftlichen Risikofaktoren etwa in vorherrschenden Wert- und Konsummustern gesehen werden, welche maßgeblich durch kommerziell motivierte Massenmedien miterzeugt werden (RIESMAN et al. 1958), erscheint es nun aus Sicht der Wissenschaft legitim, sich derselben kommunikativen Mittel zu bedienen und neben die Vielfalt gesellschaftlicher Lebensstile ein wissenschaftlich begründetes Leitbild, als präventiven Ansatz zur persönlichen Kompetenzförderung zu stellen (V.SCHWEITZER 1991). Diese aktive, handlungsorientierte Rolle der Wissenschaft wurde jedoch in den letzten Jahren - auch im Zuge der Ottawa-Charta - vielfach kontrovers diskutiert.

Beispielhaft hierfür ist die Debatte um die soziale Kontrollfunktion der Prävention anläßlich eines „Soziologentages“ zwischen Uta GERHARDT/Hannes FRIEDRICH (1985) und Bernhard BADURA/Christian von FERBER (1985). Die beiden hier vertretenen Positionen sind gewissermaßen 'idealtypisch' für den gegensätzlichen Umgang mit ein und demselben Problem - hier: der mangelnden Wirksamkeit autoritativer Aufklärungskampagnen, z.B. über das Rauchen -, sowie der unterschiedlichen Interpretierbarkeit ein und desselben soziologischen Klassikers - hier: Max Weber. Während GERHARDT und FRIEDRICH - mit Weber gesprochen - auf der Einhaltung der „Demarkationslinie" zwischen wertfreier Forschung und wertbezogenem Handeln, kurz: „zwischen Sozialwissenschaft und Sozialpolitik" bestehen (S. 144), räumen BADURA und V.FERBER zwar ein, daß sich „die Masse allen eingelebten Alltagshandelns" außerhalb des objektivierbaren Gegenstandsbereichs sozialwissenschaftlicher Forschung bewege. Sie proklamieren aber ihrerseits - stets unter Bezug auf Weber - einen Wechsel des „Standortes und des Begriffsapparates" der wissenschaftlichen Disziplin vor dem Hintergrund des sozialen Wandels (S. 128,129).

> „Hier zeichnen sich Zusammenhänge ab, die sehr wohl in absehbarer Zukunft zu einem neuen soziopsychosomatischen Paradigma verschmelzen könnten - mit erheblichen Konsequenzen nicht nur für die Prävention, sondern auch für die Akutversorgung und die Rehabilitation." (S. 132)

BADURA/V.FERBER argumentieren weiterhin, unter Berücksichtigung empirischer Befunde, daß Angebote zur Prävention „in großem Umfange nachfrageorientiert [sind]. Sie treffen also auf die meist unterschätzte Bereitschaft der Bürger, mehr Kompetenz in Fragen ihrer Gesundheit zu erwerben." Dieser Wunsch zeige sich insbesondere in dem Aufkommen alternativer sozialer und gesundheitlicher Bewegungen in den 70er und 80er Jahren (BADURA/V. FERBER 1985, S. 138/139).

Zwei wesentliche Anforderungen sind somit, vor dem Hintergrund der Kritik der Prävention, für ein präventives wissenschaftliches Handeln festzuhalten:

Einerseits der Hinweis auf die erheblichen Konsequenzen des sozio-psycho-somatischen Paradigmas, nicht nur für die Prävention, sondern auch für die Akutversorgung und Rehabilitation. Damit wird deutlich, daß sich präventiv-wissenschaftliches Handeln eben nicht in Aktivitäten außerhalb des explizit gesundheitsbezogenen Versorgungssystems erschöpft. Der Begriff der Prävention erhält vor diesem Hintergrund eine andere Qualität. Die von GERHARDT und FRIEDRICH insbesondere kritisierte verhaltensbezogene Primärprävention wird durch einen sehr viel umfassenderen Präventionsbegriff abgelöst, der sich auf Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention, sowie auf die Verhaltens- und Verhältnisprävention erstreckt und ein grundsätzlich anderes Ziel der gesundheitlichen Kompetenzförderung verfolgt. Dies entspricht letztlich dem Paradigmenwechsel von der Prävention zur Gesundheitsförderung, welcher erst 1986 in der Ottawa Charta seinen begrifflichen Niederschlag gefunden hat.

Andererseits reklamieren BADURA und V. FERBER den Bezug zur Nachfrage nach gesundheitsbezogenen Unterstützungs- und Beratungsleistungen. Sie verweisen dabei auf gesundheitsbezogene Bürger- und Selbsthilfebewegungen, welche den Wunsch nach der Erlangung gesundheitlicher Kompetenz signalisieren. Der somit entstehende Bedarf nach Beratungs- und Unterstützungsleistungen ist institutionell und professionell abzudecken. Die Betonung der Nachfrage bzw. des von den Betroffenen selbst wahrgenommenen Bedarfes wirft jedoch abermals eine qualitative Frage nach der Ausgestaltung von Beratungs- und Unterstützungsangeboten auf: Beratungsangebote sollen ‘Patienten-zentriert’, und nicht ‘Anbieter-zentriert’ ausgerichtet sein (OCKENE et al. 1988), m.a.W.: sie haben sich in der Konzeption und Zielsetzung an den von den Ratsuchenden artikulierten Problemen zu orientieren. Diese Patienten- bzw. Klientenzentrierung ist jedoch aus kommunikationspsychologischer Sicht kennzeichnend für den professionellen Prozeß der Beratung (ROGERS 1960), was letztlich eine eindeutige Abgrenzung zu ‘Prävention’ ermöglicht: Prävention dient der Problemvermeidung, Beratung der Problemlösung (BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE UND SENIOREN 1993). Damit wird deutlich, daß auch die Gesundheitsberatung von den Ratsuchenden selbst wahrgenommene Probleme voraussetzt, sich also nicht auf die aus Expertensicht richtige Vermittlung von gesundheitlichen Verhaltensweisen im Sinne der Primärprävention beschränken darf.

1.3 Anforderungen an die Gesundheitsförderung

1.3.1 Methodische Aspekte - ‘Hilfe zur Selbsthilfe’

Gesundheitsförderung versucht gewissermaßen den ‘Spagat’ zwischen Prävention und Beratung, indem von den Adressaten selbst wahrgenommene Probleme aufgegriffen werden und durch professionelle Unterstützung in gesundheitsfördernde Handlungen der Selbsthilfe übersetzt werden. In Abgrenzung zur Prävention setzt Gesundheitsförderung einen subjektiven Hilfe- bzw. Selbsthilfebedarf voraus. Dennoch bedarf es auch der Aktivierung und Motivierung und nicht zuletzt der öffentlichen Information über gesundheitliche Risiken, um ein Problembewußtsein bei den Adressaten zu fördern und die Artikulation von gesundheitlichen Bedürfnissen und Interessen erst zu ermöglichen (WIEDEMANN/SCHÜTZ 1994).

Dabei soll nicht vergessen werden, daß auch individuelles Verhalten oftmals nicht aus einer freien Entscheidung des Einzelnen hervorgeht, sondern vielfach anerzogen bzw. als Bewältigungsstrategie zur Überwindung des inneren Konfliktes zwischen gesellschaftlichen Anforderung und persönlichen Bedürfnissen gelernt worden ist. Gesundheitliche Risikopotentiale sollten deshalb bewußt gemacht werden, um zu einer - im eigentlichen Sinne - selbstbestimmten Entscheidung zu befähigen. Diese Dialektik zwischen expertenorientierter Inhaltsvermittlung und klientenorientierter Hilfe läßt sich unter methodischen Gesichtspunkten am Beispiel der Beratung verdeutlichen.

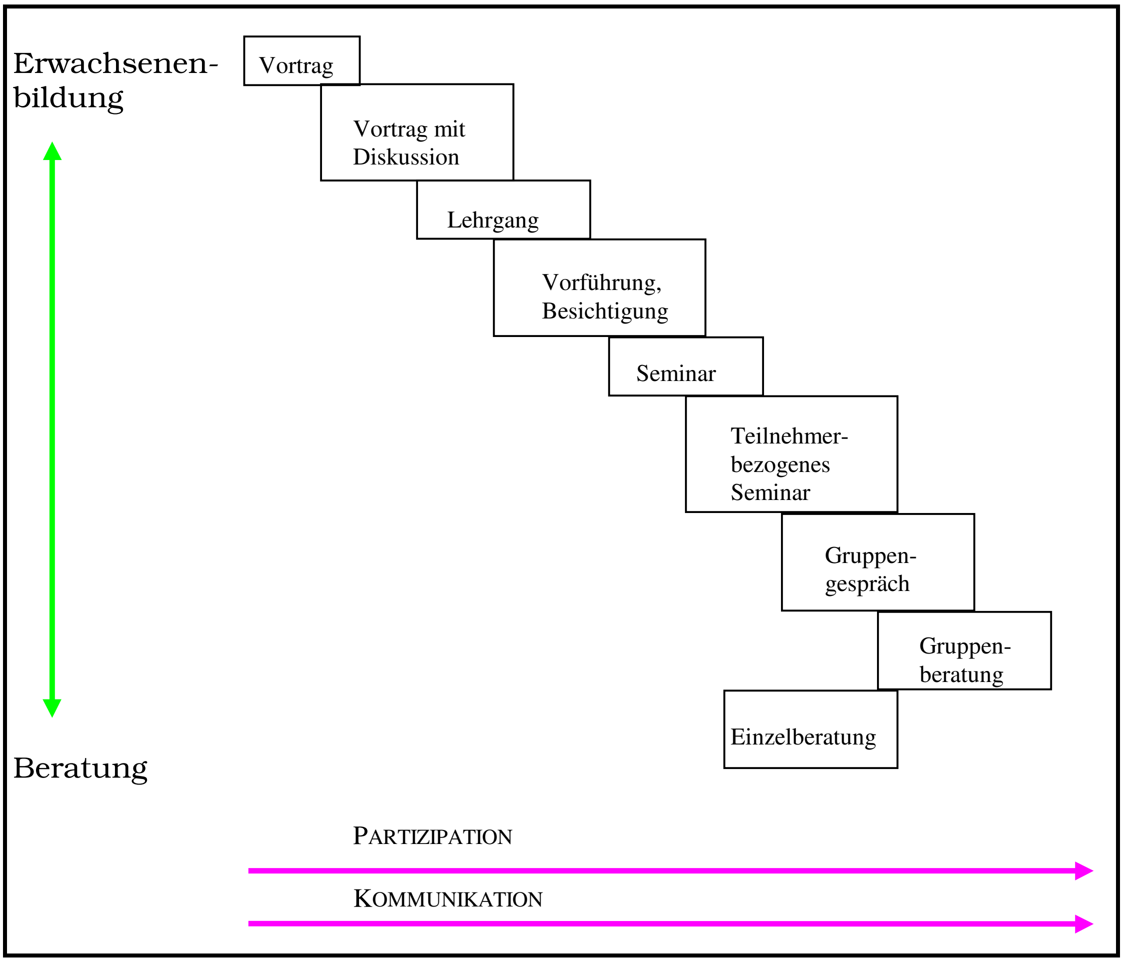
Beratung bedeutet theoretisch nicht primär die Lösung von Problemen durch vorgezeichnete Wege des professionellen Beraters. Vielmehr besteht die eigentliche Bedeutung des Beraters oftmals in einer „Klärungshilfe“ über das zu behandelnde Problem, bzw. über Problemfacetten, die über die von dem Klienten selbst wahrgenommenen Problembereiche hinaus gehen (THOMANN/SCHULZ VON THUN 1992). Als diagnostisches Instrumentarium steht dem professionellen Berater dabei die Analyse der Person des Ratsuchenden, seines sozialen Umfeldes, sowie insbesondere des Kommunikationsprozesses während der Beratung zur Verfügung. Durch geschickte, klientenzentrierte Gesprächsführung kann es dem Berater gelingen, die Konturen eines Problems deutlicher werden zu lassen bzw. den Ratsuchenden selbst dazu zu befähigen, sein Problem zu erkennen und eigenständig zu lösen.

Das inhaltliche Wissen, z.B. eines Gesundheitsberaters über gesundheitsgerechte Lebensweisen bildet dabei lediglich ein professionelles und „humanistische Fundament“ (ebd., S. 30), welches dem Berater, gewissermaßen als Erfahrungsschatz zur Verfügung steht. Dieses Wissen darf jedoch nicht dazu verführen, eigene Überzeugungen, z.B. über gesundheitsgerechtes Verhalten ungefiltert in den Problemlösungsprozeß des Klienten zu übertragen. „Allzuviel Predigen“ kann ein Hinweis darauf sein, „daß der Klärungshelfer [...] unbewußt seine eigenen Angelegenheiten verfolgt und dem Klienten aufdrückt.“ (ebd., S. 29) Nicht „health promotion“, sondern „self promotion“ würde dann die durch den Klienten wahrgenomme Botschaft lauten, wodurch letztlich Unglaubwürdigkeit und verminderte Akzeptanz erzeugt, und der Erfolg des Beratungsprozesses insgesamt in Frage gestellt wird (WENZEL 1990, S. 98).

Beratung bedeutet immer auch ein Stück Eigenreflexion über eigene Motive sowie den objektiven Wert der Information für den jeweiligen Klienten. Hier liegt letztlich der Kern der Kritik der Prävention, wenn Verhaltensweisen gewissermaßen ‘von oben’ herab diktiert werden, und nicht durch den einzelnen selbst entwickelt werden. Die Theorie der Beratung rückt von einer solchen expertenorientierten Wissensvermittlung ab, und versucht dagegen, den Ratsuchenden zu ‘aktivieren’, d.h. zu einer eigenständigen Problemlösung zu motivieren und zu befähigen. Dies setzt ein hohes Maß an Partizipation des Klienten voraus, da nur die bereits während des Beratungsprozesses erworbene und trainierte Handlungskompetenz auch eine spätere eigenständige Umsetzung in der gewohnten Umgebung erwarten läßt (BOLAND 1983).

In intensivierter Form läßt sich dieses hohe Maß an Partizipation und Kommunikation jedoch idealerweise in der Gruppe umsetzen. Gruppenberatung gilt in der Erwachsenenbildung als die intensivste Form der Kommunikation und Partizipation (Abb. 1.2). Aus Sicht der Betroffenen können Elemente wie Erfahrungsaustausch, gegenseitige Anteilnahme und gemeinsame Entwicklung von Problemlösungsstrategien durch die Gruppe unterstützend wirken, ein gelungener gruppendynamischer Beratungsprozeß kann sogar aus sich selbst heraus, als „Nebenzweck", Gesundheit fördern (HILDEBRANDT/FALTIS 1986).

Abb. 1.2: Arbeitsformen der Erwachsenenbildung und Beratung (modifiziert nach DENZINGER/KAISER 1982)



Aus methodischer Sicht kommt der Gruppe im Rahmen der Gesundheitsberatung also eine besondere Bedeutung hinsichtlich der Förderung von Selbsthilfe zu. Hier besteht eine wesentliche Gemeinsamkeit zwischen Gesundheitsberatung und Gesundheitsförderung. Das Prinzip der *Hilfe zur Selbsthilfe* beinhaltet, stets nur dort zu helfen, wo der Einzelne oder die Gruppe nicht in Lage ist, sich selbst zu helfen, zugleich aber zu dieser Selbsthilfe zu befähigen. Professionelle Unterstützung fungiert in diesem Prozeß der gegenseitigen Selbsthilfe überwiegend als Katalysator, Initiator und Moderator.

Andererseits, und in Erweiterung der Rolle des Beraters, sind professionell in der Gesundheitsförderung Tätige - wie RAPPAPORT schreibt - „Mitstreiter sozialer Veränderung“ (RAPPAPORT 1985, vgl. Kap. 1.1.1). Hier liegt ein wesentlicher Unterschied gegenüber der Gesundheitsberatung. Ein solches Selbstverständnis für Gesundheitsberufe würde nämlich bedeuten, zugleich nach außen gewandt, auch die sozio-ökonomischen, psychosozialen und nicht zuletzt politischen Verhältnisse mitzugestalten bzw. die Bereitschaft aufzubringen, die Klienten auch bei der aktiven Gestaltung dieser Verhältnisse zu unterstützen. Professionelle stellen ihr Wissen in den Dienst der betroffenen Laien, ermutigen und unterstützen diese bei der Überwindung bürokratischer, gesellschaftlicher oder politischer Hürden. Sie *vermitteln und vernetzen* dort, wo eine genaue Kenntnis der oftmals unübersichtlichen Angebotsstrukturen vor Ort notwendig ist, sie vertreten die Interessen der Betroffenen dort, wo professionelles Know-how institutionelle Zugangsbarrieren für Laien zu überwinden hilft (*Anwaltschaft*), und sie *befähigen* schließlich zu eigenständigem Handeln dort, wo gesellschaftliche Restriktionen gelerntes passives Rollenverhalten (z.B. Patienten-Rolle) bedingen (*empowerment, enabling*).

Einerseits bedeutet Gesundheitsförderung damit insofern eine Erweiterung der Gesundheitsberatung, als die potentiell ‘zu fördernden’ Verhaltensweisen bei den Beteiligten auch das aktive Eintreten für gesundheitliche Interessen und die aktive Gestaltung der sozialen und politischen Umwelt beinhalten, und ein entsprechend weitergehendes Engagement der professionellen Helfer erfordern.

Andererseits ist, in Analogie zur Beratung, die Art der Verhältnis- sowie auch der Verhaltensgestaltung u.a. Ergebnis des Zielbildungsprozesses während der Gruppenberatung bzw. der Selbsthilfe. ‘Hilfe zur Selbsthilfe’ bedeutet, nicht vorgegebene Problemlösungsmuster zu reproduzieren, sondern zu eigenständiger Problembewältigung zu aktivieren, Handlungsalternativen des Einzelnen und der Gruppe zu erweitern, nicht einzuschränken. Gesundheitsförderung ist somit aus methodischer Sicht primär *prozeßorientiert*; das bedeutet - wie in der Entschließung der 64. Konferenz der für das Gesundheitswesen zuständigen MinisterInnen und SenatorInnen der Länder feststellt wird -, daß „schon die Art der Durchführung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen [...] ein Wert dar[stellt]" (GMK 1991). Die Ziel- und Strategiebildung ist somit eher als Ergebnis des Gesundheitsförderungsprozesses, nicht so sehr als dessen Voraussetzung zu betrachten.

1.3.2 Handlungsfelder der Gesundheitsförderung

Aus den genannten methodischen Anforderungen an Prozesse der Gesundheitsförderung lassen sich auch unmittelbare inhaltliche Anforderungen hinsichtlich möglicher Handlungsfelder ableiten. Drei Aspekte sind vor diesem Hintergrund abschließend hervorzuheben:

- Die Notwendigkeit der Partizipation und des Dialogs mit den Adressaten bereits auf der Ebene der Problemwahrnehmung sowie der Maßnahmenplanung,
- das Spannungsfeld zwischen Verhaltens- und Verhältnisprävention auf der Ebene der Umsetzung,
- damit eng zusammenhängend die Kontroverse zwischen Addition und Integration der Gesundheitsförderung in Bezug auf das gesundheitliche Versorgungssystem.

1.3.2.1 Partizipation der Betroffenen auf der Ebene der Problemwahrnehmung

Einer der wesentlichen Kritikpunkte an klassischen Ansätzen der Verhaltensprävention ist die Orientierung an dem Risikofaktorenkonzept (vgl. Kap. 1.2.2). Risikofaktoren sind als Ansatzpunkte für Maßnahmen der Gesundheitsförderung oder Gesundheitsberatung primär expertendefiniert. Das besondere an klinischen oder verhaltensbezogenen Risikofaktoren besteht dabei darin, daß sie von den davon Betroffenen selbst oftmals nicht als Problem wahrgenommen werden und insofern auch keinen Handlungsdruck hinsichtlich der gesundheitlichen Beratung oder Selbsthilfe erzeugen. Aus methodischer Sicht ergibt sich daraus die Notwendigkeit, im Sinne der Beratung, Problembereiche, die von den Betroffenen selbst artikuliert werden, aufzugreifen und in den Mittelpunkt der Gesundheitsförderung zu rücken.

Die Notwendigkeit, subjektive Problemlagen aufzugreifen, ergibt sich aber bereits auf der Ebene der Problemwahrnehmung bzw. der Maßnahmenplanung. Um prioritäre Handlungsfelder der Gesundheitsförderung zu bestimmen, bedarf es mehr als nur der Information über gesundheitliche Risikoexposition, Krankheitshäufigkeiten (*Inzidenz und Prävalenz*) und Todesursachen (*Mortalität*). Während „Gesundheitsgefährdungen“ auf der Basis von epidemiologischen und sozialepidemiologischen Studien vorwiegend von Experten definiert werden, werden „Gesundheitsbedürfnisse“ durch die Betroffenen selbst, durch *Laien* definiert (ABT 1989, S. 37).

Nimmt man diesen Unterschied ernst, so bedarf es ergänzender qualitativer Erhebungsmethoden über die aus ‘Laiensicht’ prioritären gesundheitlichen Bedürfnisse. Weiterhin sind auf dieser Basis auch interventionsbezogene Daten über den Grad der Wahrnehmung ‘subjektiver Gesundheitsbedürfnisse’ durch das bestehende Versorgungssystem zu ermitteln. Auf diese Weise können Versorgungslücken und somit Ansatzpunkte für Maßnahmen der Gesundheitsförderung indentifiziert werden.

Diese Daten sollen u.a. durch „Gesundheitsberichterstattung“ sichergestellt werden (FORSCHUNGSGRUPPE GESUNDHEITSBERICHTERSTATTUNG 1991, THIELE/TROJAN 1990). Gesundheitsberichterstattung dient einerseits der Defizitanalyse im Gesundheitswesen, indem sie Krankheitsinzidenz und -prävalenz in der Bevölkerung sowie die so entstehenden Behandlungsbedürfnisse fortlaufend erfaßt. Andererseits kann sie aber auch im Sinne eines „Monitoring“ betrieben werden und so die Zielerreichung einzelner Maßnahmen und Maßnahmenbündel evaluieren (THIELE 1993, S. 10).

ROSENBROCK (1992) unterscheidet vier Arten der Gesundheitsberichterstattung:

- *Risikoberichterstattung* als Berichterstattung über Gesundheitsgefahren etwa der Arbeitswelt, Umwelt etc.
- *Krankheitsberichterstattung* über Inzidenz und Prävalenz einzelner Krankheiten sowie über Todesursachen in Abhängigkeit von Geschlecht, Region, Schichtzugehörigkeit, Arbeitsbelastung etc.
- *Versorgungsberichterstattung* über Effektivität und Effizienz gesundheitsbezogener Institutionen sowie
- *Politikberichterstattung* über Gründe, Verlauf und Ergebnis gesundheitspolitischer Initiativen und Maßnahmen.

Dabei sind insbesondere die beiden letztgenannten Formen, die *Versorgungs- und Politikberichterstattung*, in der Bundesrepublik Deutschland bislang äußerst gering entwickelt und auch im internationalen Vergleich defizitär (ebd.). Ein Handlungsfeld der Gesundheitsförderung wird deshalb bereits in der Entwicklung und dem Aufbau eines solchen Berichtsystems gesehen (HAUß 1991). Hervorzuheben ist hierbei die Notwendigkeit der Überwindung bislang praktizierter Formen „kommentierter Medizinalstatistiken", hin zu „problemorientierten Gesundheitsreports", „die nicht bei der Beschreibung irgendwelcher gesundheitlicher Risiken stehenbleiben, sondern ebenso die Versorgungssituation und den gesellschaftlichen Umgang mit dem jeweiligen Problem thematisieren" (REINERS 1994, S. 109).
Bestandteile solcher Gesundheitsberichte können etwa regelmäßige Erhebungen von Patientenzufriedenheit, z.B. im Krankenhaus sein. Patientenzufriedenheit kann sowohl über schriftliche Befragungen als auch z.B. über die Schaffung spezieller Infrastrukturen des Beschwerdemanagements erhoben werden (HILLEBRANDT et al. 1996, RUPRECHT 1998). Auf dieser Basis können etwa Qualitätsvergleiche einzelner Versorgungseinrichtungen im Sinne eines 'Verbrauchertests' angestellt werden, oder strukturelle Planungsmaßnahmen auf politischer Ebene erfolgen.

Alle diese Instrumentarien der Patientenzufriedenheitserhebung, des Beschwerdemanagements oder der Gesundheitsberichterstattung erfordern aber auf der Ebene der Maßnahmenplanung ebenfalls die Einbeziehung der betroffenen BürgerInnen und PatientInnen. Eine bloße Zustandsbeschreibung auf der Basis problemorientierter Gesundheitsreports wäre ebenso expertenorientiert, wenn nicht die daraus gewonnenen Informationen auch unter der Beteiligung der Adressaten diskutiert und in Handlungsprogramme übersetzt würden.

Die Partizipation der Betroffenen kann dabei über gesundheitliche Arbeitskreise bzw. „Gesundheitszirkel", z.B. in Betrieben erfolgen (vgl. Kap. 5.4.3.2), oder über 'round table'-Diskussionen zwischen Leistungsanbietern und PatientenvertreterInnen (z.B. Selbsthilfegruppen), etwa auf kommunalpolitischer Ebene (vgl. Kap. 3).

Ein weiteres theoretisches Beispiel für Partizipation der Adressaten sind Mitgliederversammlungen von Krankenkassen. Einen der wenigen bislang bekannten Versuche dieser Art stellt die von der AOK Hamburg in Zusammenarbeit mit der „Werkstatt

Gesundheit“ durchgeführte Mitgliederversammlung zum Thema „Umwelt und Gesundheit“ dar (HILDEBRANDT/STAUSS 1991, 1992). Nach dem Motto „Das finde ich ganz toll, daß man uns mal fragt“ (HILDEBRANDT/STAUSS 1992, S. 857), sollten hier prioritäre Handlungsfelder der Gesundheitsförderung im Umweltbereich gemeinsam mit den Mitgliedern erarbeitet werden. Interessant war dabei festzustellen, daß das von den Veranstaltern angekündigte Thema „Umwelt und Gesundheit“ zunächst in den Hintergrund zu geraten drohte und sich das Interesse der beteiligten Mitglieder auf Fragen der medizinischen Versorgung sowie speziell der alternativen Heilmethoden konzentrierte:

> „Die erste Wortmeldung galt dem Thema Naturheilverfahren. Warum die Kasse alle möglichen teuren Medikamente bezahle, nicht jedoch Tees und andere Naturheilmittel, die ebenso wirksam und mit weniger Nebenwirkungen behaftet seien, wollte ein Versicherter wissen. Das Stichwort wurde schnell aufgegriffen, mehrere Teilnehmer berichteten von positiven Erfahrungen mit Behandlungen durch Heilpraktiker und äußerten die Ansicht, daß diese besonders bei chronischen Erkrankungen oft der Schulmedizin überlegen, weniger schädlich und auch kostengünstiger seien. [...] Auf die Frage des Moderators, wer dieses Thema wichtig finde und sich Aktivitäten seitens der AOK wünsche, meldete sich etwa die Hälfte der Anwesenden. Erst nachdem weitere Fragen zur Arzneimittelgesetzgebung und zum Patientenrecht gestellt und beantwortet waren, gelang der Übergang zum eigentlichen Thema des Abends“ (HILDEBRANDT/STAUSS 1991, S. 18).

Das Beispiel zeigt, wie sich prioritäre Problemfelder ganz anderer Art herauskristallisieren können, wenn die Adressaten an der Diskussion und den Entscheidungsprozessen über Maßnahmen der Gesundheitsförderung beteiligt werden. Solche prioritären Bedürfnisse aus Sicht der Betroffenen bleiben aber solange Spekulationen vorbehalten, wie nicht die Basis für eine ‘echte’ Interessenartikulation und Partizipation der BürgerInnen, PatientInnen und Versicherten geschaffen ist. Ein bedeutendes ‘Handlungsfeld’ der Gesundheitsförderung kann somit bereits in dem aufmerksamen Zuhören bzw. der institutionellen Förderung von Dialogfähigkeit, Interessenartikulation und Beteiligung gesehen werden.

1.3.2.2 Verhaltens- vs. Verhältnisprävention

Hinsichtlich der Frage nach Handlungsfeldern der Gesundheitsförderung stellt sich weiterhin das Problem, wie die vielfach beklagte strukturelle Dominanz ausschließlich verhaltensbezogener Maßnahmen überwunden und eine gleichwertige Berücksichtigung der potentiell krankmachenden Verhältnisse in Strategien der Gesundheitsförderung erzielt werden kann.

Einerseits läßt sich gesundheitliches Verhalten nur schwer ändern, wenn nicht die ursächlichen Verhältnisse der psychosozialen, sozioökonomischen und ökologischen Umwelt ebenfalls gesundheitsförderlich gestaltet werden (vgl. Kap. 1.2.3). Andererseits ist natürlich auch eine politische Verhältnisprävention dann expertendominiert, wenn sie nicht in einem demokratischen Prozeß der Beteiligung von Betroffenen realisiert wird. Auch die Verhältnisprävention setzt also 'Empowerment' im Sinne der Aktivierung zur Problemwahrnehmung und Interessenartikulation voraus.

ROSENBROCK hat die 'Reihenfolge' der Umsetzung von Gesundheitsförderung eindrücklich beschrieben, indem er individuelle Befähigung (Empowerment) der Verhältnisprävention, und diese wiederum der Verhaltensprävention voraussetzt:

> „Ihre Umsetzung läuft stets darauf hinaus, Hindernisse der Aktivierung und Interessenwahrnehmung (im doppelten Sinne des Wortes von Wahrnehmung) zu überwinden, um die Betroffenen selbst zu Akteuren ihrer eigenen Verhältnisprävention zu machen und sie damit dann auch zur Veränderung ihres eigenen Gesundheitsverhaltens im eigentlichen Sinne zu befähigen - nicht umgekehrt." (ROSENBROCK 1997, S. 39)

Die potentiell zu fördernden Verhaltensweisen - aktives Eintreten für gesundheitliche Interessen, aktive Gestaltung der sozialen und politischen Umwelt - dienen also vorrangig dazu, gesundheitsgerechte Verhältnisse selbst mitzugestalten und erst in einem zweiten Schritt auch das persönliche Gesundheitsverhalten zu ändern.

So besteht etwa das primäre Handlungsfeld der Gesundheitsförderung in Betrieben darin, die MitarbeiterInnen als Adressaten selbst zu handelnden Akteuren zu machen, und z.B. durch Betriebliche Gesundheitszirkel in den Prozeß der gesundheitsfördernden Organisationsentwicklung einzubeziehen. Alle 'Setting'-bezogenen Ansätze der „Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung", in Betrieben, Schulen, Krankenhäusern (etc.), basieren auf dem Prinzip, Strukturen der Partizipation zu schaffen, aus denen sich in einem zweiten Schritt organisatorische Veränderungen der gesundheitsbezogenen Verhältnisgestaltung ergeben können (PELIKAN/DEMMER/HURRELMANN 1993).

Ein Beispiel hierfür ist das in San Francisco durchgeführte Projekt zur Streßreduzierung für die, oftmals besonderem Streß ausgesetzte und deshalb als Risikogruppe geltende, Berufsgruppe der Busfahrer. Bei diesem Projekt ging man „nicht daran, den Busfahrern Coping-Techniken zu verkaufen, sondern erreichte gute Ergebnisse, indem sie dafür begeistert wurden, mit ihrer eigenen Kompetenz und Erfahrung die Fahrpläne ihrer Busse umzugestalten“ (SYME 1991, zit.n. KÜHN 1993b, S. 157).

Eine ebenfalls besonderem Streß ausgesetzte Personengruppe sind etwa pflegende Angehörige. Insofern bieten auch Kurse der häuslichen Kranken- und Altenpflege eine gute Möglichkeit, verhältnisbezogene Ansätze, z.B. der Streßbewältigung zu realisieren. Pflegekurse für pflegende Angehörige können sogesehen in doppelter Hinsicht gesundheitsfördernd sein, wenn sie sowohl den Pflegebedürftigen als auch den Pflegepersonen zu gute kommen und der Effekt der Streßbewältigung gewissermaßen als Nebeneffekt eines verbesserten Pflegemanagements erzielt wird.

Ein weiteres Beispiel für individuelles Verhaltenstraining, welches nicht nur der Gesundheit der eigenen Person, sondern auch der Gesundheit der Mitmenschen zu Gute kommen kann, ist ein Trainingsprogramm für kardiopulmonale Reanimation der Stadt Seattle. Aufgrund der hohen Mortalitätsrate durch akute Herzattacken infolge der häufig verspätet eintreffenden medizinischen ersten Hilfe wurde diese Maßnahme als epidemiologisch begründetes Beispiel für eine ‘altruistische Version’ individuellen Verhaltenstrainings auch in den Tageszeitungen gefeiert: „If you have a Heart Attack, hope you’re in Seattle“. 400.000 Bürger wurden bis 1988 im Rahmen des Programmes „Medic II“ für Erste-Hilfe-Maßnahmen bei akuten Herzanfällen ausgebildet („Reanimation in Seattle“; ETZIONI 1995, S. 155).

Diese Beispiele verdeutlichen, welche Handlungsalternativen der Gesundheitsförderung über die vielfältig praktizierten Programme individuellen Gesundheitstrainings hinaus offen stehen. Wesentlich ist dabei auf der Ebene der Maßnahmenplanung wie auch auf der Ebene der Umsetzung, zu einer originellen Verknüpfung von Verhaltens- und Verhältnisprävention zu gelangen, und potentielle Risikogruppen dafür zu begeistern, strukturelle Benachteiligungen zu überwinden. Im Gegensatz zu rein individualisierenden Maßnahmen des Gesundheitsverhaltens stehen dabei immer auch soziale Faktoren der Förderung von Gemeinsinn, etwa in der Nachbarschaftshilfe, der innerbetrieblichen Kooperation und Kommunikation oder des sozialökologischen Engagements von Bürgerbewegungen und Selbsthilfegruppen im Vordergrund.

1.3.2.3 Förderung gesundheitlicher Kompetenz: Addition vs. Integration

Die Frage, die sich damit abschließend, unter Rückbezug auf die Kontroverse zwischen Addition und Intergration der Gesundheitsförderung gegenüber dem gesundheitlichen Versorgungsystem stellt (vgl. Kap. 1.1.2), ist die Frage nach Problemfeldern innerhalb und außerhalb des Gesundheitswesens, welche ein professionelles Angebot an gesundheitsfördernden Beratungs- und Unterstützungsleistungen, bzw. eine Aktivierung von Selbsthilfe erforderlich machen.

Eine Quelle von Mißverständnissen scheint in diesem Zusammenhang der in der Ottawa-Charta reklamierte und oftmals zitierte Perspektivenwechsel von der *Krankheits- (Pathogenese) zur Gesundheitsorientierung (Salutogenese)* zu liefern. Nicht die negative Vermeidung von Krankheit im Sinne der Risikofaktorenprävention steht im Mittelpunkt der Ottawa Charta, sondern die positive Förderung von Gesundheit. Dies verführt zu der Einschätzung, daß Gesundheitsförderung, die sich nicht an Grenzwerten klinischer Risikofaktoren, sondern an allgemein lebensweisebedingten Interventionsbedarfen orientiert, nahezu die gesamte Bevölkerung zur potentiellen Zielgruppe definiert. So wurde etwa aufgrund von Befragungsergebnissen zu Risikoexposition, Gesundheitsbewußtsein, Gesundheitsverhalten (etc.) hochgerechnet, daß „für ca. 70% der Bevölkerung zunächst zumindest prinzipiell allgemeiner oder spezifischer Präventions- und potentieller Interventionsbedarf [besteht]“ (KIRSCHNER et al. 1995, S. 71).

Die Orientierung an Gesundheit muß jedoch nicht gleichbedeutend mit einer grenzenlosen Ausweitung des Handlungsfeldes der Prävention, Gesundheitserziehung oder -beratung in weite Teile der gesunden Bevölkerung sein. Bernhard BADURA (1992), Helmut MILZ (1992) und viele andere haben bereits vor Jahren auf der Ebene der WHO auf den Umstand hingewiesen, daß das Konzept der Salutogenese auch, und in besonderem Maße, als ein neuer Ansatz der Betreuung chronisch Erkrankter bedeutsam ist (KAPLUN 1992). Unter der provozierenden Überschrift „Healthy ill people - social cynism or new perspectives?“ wurde dabei die Notwendigkeit hervorgehoben, die Perspektive der gesundheitlichen Ressourcen bzw. der gesundheitlichen Kompetenzen gerade dort anzuwenden, wo bleibende körperliche Beeinträchtigungen und Behinderungen hohen Problemdruck und Streß erzeugen, und somit die Förderung von Kompetenzen und Selbsthilfepotentialen erfordern: bei chronisch Kranken (MILZ 1992).

Dies erfordert eine Integration der besprochenen Handlungsprinzipien in alle Strukturen des gesundheitlichen Versorgungssystems. Im Sinne einer „Reorientierung der Gesundheitsdienste“ (Ottawa Charta) müssen zentrale Probleme des deutschen Gesundheitswesens, wie etwa die mangelnde Kooperation und Vernetzung ambulanter und stationärer, akutmedizinischer und rehabilitativer, sowie medizinischer und psychosozial-pflegerischer Versorgungssektoren zum Thema der Gesundheitsförderung gemacht werden. Die Neubestimmung der Arztrolle (‘sprechende Medizin’) und die Integration komplementärmedizinischer ‘Naturheilverfahren’ muß dabei ebenso zum Thema gemacht werden, wie die Aufwertung ‘nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe’ der Pflege, psychosozialen Betreuung und Beratung im Behandlungsgeschehen von chronisch Erkrankten. Schließlich ist die subjektive Sichtweise von PatientInnen über Behandlungserfolge ebenso in die medizinischen Behandlungsabläufe einzubeziehen, wie die Förderung der durch die Betroffenen selbst erbrachten gesundheitlichen Co-Produktionsleistungen, etwa durch Selbsthilfe, familiale und nachbarschaftliche Unterstützung (SCHMACKE 1997).

Die Notwendigkeit der Integration von Gesundheitsförderung und gesundheitlichen Versorgungsleistungen wird auch ersichtlich, wenn man den offenbar großen Informations- und Beratungsbedarf der Bevölkerung zu „außerschulmedizinischen Heilverfahren“ (SCHMACKE 1997, S. 26) sowie zum Umgang mit Arzneimitteln (BRAUN/GLAESKE 1991) betrachtet. Insbesondere der Umgang mit Arzneimitteln stellt aufgrund seiner „verhaltensprägenden Dimension“ sozusagen die Kehrseite aller Bemühungen der Gesundheitsförderung zu gesundheitlicher Selbstbestimmung dar: „Psychologisch betrachtet handelt es sich bei der Einnahme von Arzneimitteln überwiegend um eine äußerst passive und eben auch passivierende Art und Weise des Umgangs mit Krankheitszuständen.“ (BRAUN 1991, S. 14) Dies muß im Kontext der Gesundheitsförderung ebenso vermittelt werden, wie die hierzu bestehenden Alternativen der gesundheitlichen Lebensweisen:

> „Die Vermittlung einer Gesundheitsphilosophie, die eine kritische Einstellung zum Arzneimittel voraussetzt, ist strategisch ebenso möglich wie die Verankerung der Arzneimittelakzeptanz in der öffentlichen Meinung. Berechtigte Angst vor Krankheit und nachvollziehbare Hoffnungen bei unheilbarer Krankheit können anders beantwortet werden, als es heute der Fall ist. Tanzen ist wirksamer als Tebonin. Daran besteht sogar wissenschaftlich nicht mal Zweifel. Liebeskummer vergeht nicht durch Valium. Die Einsamkeit im Alter vertreibt kein Tranquillizer.“ (HUBER 1991, S. 31)

Die Tatsache, daß ausgerechnet zu diesen medizinischen Themen des Umgangs mit Arzneimitteln sowie mit außerschulischen Behandlungsmethoden ein großer Informationsbedarf in der Bevölkerung besteht, zeigt sich sicherlich auch an vielen Beispielen aus der täglichen Praxis der Gesundheitsförderung und Gesundheitsberatung (vgl. Teil B). Nicht zuletzt soll hier nochmals die von der AOK Hamburg initiierte Mitgliederversammlung erwähnt werden, bei der ebenfalls großes Interesse an diesen medizinischen Themen artikuliert wurde, obwohl das 'eigentliche' Thema des Abends ein anderes war (vgl. Kap. 1.3.2.1).

Bezieht man dies nochmals auf die theoretische Kontroverse um verhaltensbezogene Maßnahmen der Prävention und Gesundheitserziehung, so läßt sich gewissermaßen unter 'Marketinggesichtspunkten' die Hypothese ableiten, daß die Unsicherheit und das Interesse bzgl. des Umgangs mit medizinischen Behandlungsalternativen sehr wohl ein Problemfeld darstellt, welches 'echten' Beratungsbedarf in der Bevölkerung hervorruft. Inhalte des gesundheitlichen Verhaltens ließen sich dabei, sozusagen als 'sekundäre Botschaften' im Rahmen von Gesundheitsberatungen dennoch vermitteln.

Bezogen auf das Gesamtspektrum gesundheitfördernder Aktivitäten soll dabei nicht unterstellt werden, daß sich nicht auch außerhalb des gesundheitlichen Versorgungsspektrums dringliche Handlungsfelder ergeben, etwa im Bereich des Umwelt- und Lärmschutzes, der Wohn- und Arbeitsbedingungen etc. Im Hinblick auf verhaltensbezogene Maßnahmen muß jedoch festgestellt werden, daß Angebote des Gesundheitstrainings und der Gesundheitserziehung insbesondere dort auf - auch theoretisch - fruchtbaren Boden fallen, wo von Krankheiten oder gesundheitlichen Beschwerden Betroffene die Probleme und Defizite des reduktionistischen akutmedizinischen Versorgungssystems bereits erfahren haben:

> „Patientinnen und Patienten wissen oft sehr wohl um die Grenzen der Medizin, sind in der konkreten Auseinandersetzung mit ihrem eigenen Leiden aber häufig dem eingespielten System der Medizin ohne echte Chance auf Mitsprache ausgesetzt. [...] Erst gut informierte Patientinnen und Patienten sind in der Lage, Chancen und Risiken der Medizin für sich auszuloten.“ (SCHMACKE 1997, S. 26)

Bei dieser Form der Integration der Gesundheitsförderung in das gesundheitliche Versorgungssystem, gewissermaßen als 'nachfrageseitiges Patientenempowerment', spielt sowohl die Kritik der Medizin (Kap. 1.2.2) als auch die Kritik der Prävention und Gesundheitserziehung eine Rolle. PatientInnen sollen zu handelnden Akteuren bezüglich ihrer Gesundheit und des gesundheitlichen Versorgungsangebotes werden („Aktient statt Patient"; HILDEBRANDT/BESSER 1997, S. 129). *Vermitteln und Vernetzen, Anwaltschaft, Empowerment* - die drei zentralen Schlagworte der Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung - dienen primär diesem Ziel, sie sind keine Begriffe der verhaltensbezogenen Primärprävention. Die Kritik der Medizin und die Kritik der Prävention bilden dabei eine argumentative Einheit, die deutlich macht, daß alternative Ansätze der Gesundheitsförderung eben nicht dazu verführen sollten, neben die Akutmedizin ein zusätzliches Handlungsfeld der Prävention zu setzen, welches letztlich nichts weiter als die Fortsetzung medizinischer Handlungslogik mit anderen Mitteln ist.