

Die grundlegenden Lebensfragen

- ob sich Kinder in der Gesellschaft willkommen fühlen und unter welchen Bedingungen sie aufwachsen,
- ob Menschen darin gefördert werden, mit Lebensproblemen aktiv, selbstbestimmt und kompetent umzugehen,
- ob es öffentliche Unterstützungsformen für kranke, behinderte und pflegebedürftige Menschen gibt, die ihren Lebensbedürfnissen Rechnung tragen,
- ob ein bürgerschaftliches Engagement für eine nachhaltige Gesundheitsförderung öffentliche Anerkennung und Unterstützung findet,

sind gesellschaftlich in sozialer und ökologischer Verantwortung zu beantworten.

Die „Allianz für Gesundheitsförderung“ in Deutschland, ein Zusammenschluss von zahlreichen Organisationen aus dem Gesundheits-, Sozial- und Umweltbereich, will diese Verantwortung öffentlich wirksam wahrnehmen.

Das vorliegende Buch informiert über Möglichkeiten, sich aktiv zu beteiligen.



Gesundheit gemeinsam gestalten



... gemeinsam helfen



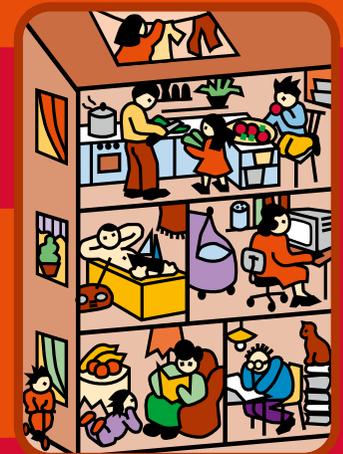
... gemeinsam lernen



... gemeinsam erleben



... gemeinsam arbeiten



... gemeinsam leben

GesundheitsAkademie e.V. (Hrsg.)

Gesundheit gemeinsam gestalten – Allianz für Gesundheitsförderung



Mabuse-Verlag · Frankfurt am Main

Gesundheit gemeinsam gestalten –

Allianz für Gesundheitsförderung
 GesundheitsAkademie e.V. (Hrsg.) –
 Frankfurt/M.: Mabuse-Verlag 2001
 ISBN: 3-933050-84-7
 NE: Eberhard Göpel, Günter Hölling (Hrsg.)

Dieses Buch und die Werkstatt-Tagung am 7./8.12.2000 in Bielefeld zum Thema „Gesundheitsförderung als öffentliches Handlungsfeld“ konnten mit finanzieller Unterstützung des Bundesministeriums für Gesundheit realisiert werden.

Die GesundheitsAkademie e.V. ist erreichbar in der Geschäftsstelle
 August-Bebel-Str. 16, 33602 Bielefeld,
 Tel. 0521 - 133562, Fax 0521 - 176106
 EMail: akademie@gesundheits.de, URL: www.gesundheits.de

1. Auflage 2001
 © 2001 by Mabuse-Verlag GmbH
 Kasseler Str. 1 a
 60486 Frankfurt am Main
 Tel. 069 - 97 07 40 71
 Fax 069 - 70 41 52
<http://www.oeko-net.de/mabuse/>

Redaktion: Günter Hölling, Bielefeld
 Titelgrafik und Satz: Susanne Pantoja, Bielefeld
 Druck: Druck und Medien GmbH, Bielefeld
 Printed in Germany
 ISBN: 3-933050-84-7

Alle Rechte vorbehalten

Vorwort <i>Uwe Prümel-Philippson</i>	5
1: Allianz für Gesundheitsförderung	7
Gesundheit gemeinsam gestalten <i>Eberhard Göpel, Günter Hölling</i>	8
Positionspapier der Allianz für Gesundheitsförderung	13
Die WHO-Strategie – Landesweite Aktionspläne für GF <i>Ursel Brösskamp-Stone</i>	17
Gesundheitsförderungs-Politik in den Niederlanden <i>Hans Hagendoorn</i>	23
Politische Verantwortungen für Gesundheitsförderung in Deutschland <i>Erwin Jordan, Norbert Lettau, Meinolf Nowack</i>	31
Gesundheitsförderung als gesellschaftliche Gestaltungsaufgabe <i>Eberhard Göpel</i>	39
2: Netzwerke der Gesundheitsförderung	53
Vernetzungsstrukturen für Gesundheitsförderung <i>Alf Trojan</i>	54
GF auf kommunaler Ebene – Das Gesunde Städte Netz <i>Klaus-Peter Stender</i>	70
GF auf Länderebene – Landesvereinigungen für Gesundheit <i>Thomas Altgeld</i>	77
Bundesvereinigung für Gesundheit e.V. <i>Uwe Prümel-Philippson</i>	84
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung <i>Harald Lehmann</i>	86
Krankenkassen und Gesundheitsförderung <i>Siegfried Heinrich</i>	88
Gesundheitsförderung in und mit Schulen <i>Rainer Steen</i>	93
Gesundheitsfördernde Krankenhäuser <i>Homburger Leitlinien</i>	100
Gesundheitsfördernde Hochschulen <i>AK Gesundheitsfördernde Hochschulen</i>	104
3: Handlungsbereiche der Gesundheitsförderung	105
Ökologische Gesundheitsförderung <i>Rainer Febr</i>	106
Soziale Chancengleichheit und nachhaltige Lebensweisen <i>Angela Franz-Balsen</i>	113
Gesundheitschancen armer Menschen verbessern	119

<i>Eva Luber /Raimund Geene</i>	
Familie und Gesundheitsförderung	126
<i>Ines Albrecht-Engel</i>	
Betriebliche Gesundheitsförderung	132
<i>Gregor Breuker /Bellwinkel</i>	
Sport und Gesundheit	140
<i>Jörn Rühl</i>	
Gesundheitliche Selbsthilfe und Gesundheitsförderung	150
<i>Klaus Bremen</i>	
Umwelt-Initiativen und Gesundheitsförderung	153
<i>Gerda Pfabl</i>	
Gesundheits-Initiativen und GF	162
<i>Günter Hölling</i>	
4: GF durch Qualifizierung und Professionalisierung	167
Gesundheitsförderung als Studienbereich	168
<i>Karl Kälble</i>	
Gesundheitsförderung durch Hochschulen für Gesundheit	180
<i>Projektverbund</i>	
Gesundheitsförderung in der Erwachsenenbildung	183
<i>Ursula Wohlfart</i>	
Gesundheitsförderung in der hausärztlichen Versorgung	192
<i>Frank Lehmann</i>	
Gesundheitsförderung durch Soziale Arbeit	196
<i>Heiko Waller</i>	
Gesundheitsförderung im Rahmen der Pflege	203
<i>Marianne Brieskorn-Zinke</i>	
Gesundheitsförderung durch psychologische Arbeit	210
<i>Maximilian Rieländer</i>	
Gesundheitsförderung und Public-Health-Forschung	216
<i>Bernhard Badura</i>	
5: Anhang/Materialien	223
Mexiko-Erklärung 2000	224
<i>WHO</i>	
Rahmen für Aktionspläne zur Gesundheitsförderung	226
<i>WHO</i>	
Sachverständigengutachten 2000/2001	238
<i>Sachverständigenrat</i>	
§ 20 SGB V	240

Vorwort

„Gesundheitsförderung und Prävention“ als Thema intensiver und wirkungsvoller als bisher in die öffentliche Diskussion zu bringen und zugleich über die strukturellen Voraussetzungen einer Verbesserung der „Gesundheit für alle“ (Public Health) in Deutschland nachzudenken, waren die Leitaspekte der beiden Tagungen der „Allianz für Gesundheitsförderung“ im Dezember 2000 in Bielefeld und im März 2001 in Soest.

Vor dem Hintergrund der diversen Gesundheitszieldiskussionen in unserem Lande und mit bezug auf die ersten vorbereitenden Schritte einer angekündigten „großen“ Gesundheitsreform in der nächsten Legislaturperiode befaßten sich die in Bielefeld und Soest beteiligten Organisationen, Verbände und Gruppen der „Allianz“ vor allem mit zwei Fragen:

1. Welche Maßnahmen/Aktionen/Programme der Gesundheitsförderung und Prävention sind für die Bevölkerung die *wichtigsten* und
2. wie kann man diese Maßnahmen/Aktionen/Programme qualitätsgesichert und flächendeckend verfügbar machen?

Bei der 1. Frage geht es um die *Prioritätensetzung* und eine entsprechend genaue Definition der Inhalte der ausgewählten Maßnahmen.

Bei der 2. Frage handelt es sich um die Festlegung praktikabler, d.h. organisierbarer und finanzierbarer *Verfahrensweisen*, die durch möglichst arbeitsteiliges Vorgehen aller verantwortlich in diesen Prozeß einzubindenden Partner neu gefunden oder neu gestaltet werden sollen.

Zunächst geht es dabei um Gestaltung der Kommunikations- und Organisationsprozesse der Allianz selbst, also um die Organisation des eigenen Selbstverständigungs- und Abstimmungsprozesses; in der zweiten Stufe geht es dann um die tatsächliche Umsetzung der im Konsens festgelegten prioritären Maßnahmen/Aktionen/Programme in den Alltag der Bevölkerung.

Die „Allianz für Gesundheitsförderung“ wird allerdings nur dann wirklich erfolgreich sein können,

- wenn sie sich auf überschaubare, also wenige prioritäre Maßnahmen konzentriert,
- wenn sie ihre Erkenntnisse, Anliegen, Vorschläge in einfacher Sprache und mit klaren, knappen Botschaften öffentlich macht,
- wenn sie es schafft, staatliche und nicht-staatliche Interessen, Kompetenzen und Ressourcen miteinander zu vernetzen,
- wenn es ihr gelingt, Partner aus dem Profit-Bereich mit dem Non-Profit-Bereich zu vernetzen.

Ich danke den Teilnehmern der Bielefelder und der Soester Tagung für ihr Engagement und ihre wertvollen Diskussionsbeiträge – den für die Erstellung dieses Tagungsberichtes Verantwortlichen danke ich im Namen aller Beteiligten für die kompetent und zeitnah erbrachte Zusammenstellung, Bearbeitung und Herausgabe dieses Buches!

Dr. Uwe Prümel-Philippsen
Geschäftsführer der Bundesvereinigung für Gesundheit e.V.

Allianz für Gesundheitsförderung



Gesundheit gemeinsam gestalten

20 Jahre nach dem ersten bundesweiten „Gesundheitstag“ in Berlin haben VertreterInnen von zahlreichen Organisationen aus dem Gesundheits-, Sozial- und Umweltbereich im Rahmen einer Werkstatt-Tagung in Bielefeld am 7./8. 12. 2000 die Gründung einer „Allianz für Gesundheitsförderung in Deutschland“ verabredet.

Dieses Buch dokumentiert diesen Schritt, der durch eine Start-Tagung der Allianz am 23./24.3.2001 in Soest inzwischen weitergeführt wurde.

Es soll die Breite des gesellschaftlichen Engagements für eine wirkungsvolle Gesundheitsförderung in Deutschland sichtbar machen und Möglichkeiten für eine aktive Mitwirkung aufzeigen.

Ähnlich wie in der Agrar- und Ernährungspolitik ist auch in der Gesundheits-Politik eine sozialökologische Wende und eine „Verbraucher-Initiative“ zur Befreiung aus der selbstzerstörerischen Dynamik einer rein ökonomisch motivierten Krankheitsverwertungs-Politik dringend notwendig.

Detaillierte Gründe und politische Empfehlungen für eine grundlegende Umsteuerung im Gesundheitswesen hat die Weltgesundheitsorganisation (WHO) bereits 1976 in ihrer Erklärung von Alma Ata und mit dem Programm „Gesundheit für Alle!“ veröffentlicht.

1986 wurde mit der „Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung“ ein Mehrebenen-Konzept der Gesundheitsförderung veröffentlicht, das in vielen Ländern die Entwicklung einer systematischen Gesundheitsförderungs-Politik stimuliert hat.

Hieran knüpft die „Allianz für Gesundheitsförderung in Deutschland“ an. Sie will mit ihren Aktivitäten dazu beitragen, dass auch in Deutschland eine zielorientierte und wirkungsvolle Politik der Gesundheitsförderung möglich wird.

Vor allem die folgenden 10 Ziele sprechen für ein verstärktes bürgerschaftliches Engagement zur Unterstützung einer „Gesundheits-Wende“ in der öffentlichen Politik:

1. Nachhaltige Entwicklungsperspektiven für die Gesundheit der Menschen entwickeln

Als BürgerInnen wollen wir das begründete Gefühl entwickeln können, dass die politischen Volksvertretungen und staatlichen Instanzen nicht kontinuierlich hinter den auftretenden Problemen und vor den wirtschaft-

lichen Begehrlichkeiten einzelner gesellschaftlicher Gruppen herlaufen, sondern dass sie in der Lage sind, in einer vorausschauenden Perspektive aktiv gemeinwohlorientierte Initiativen für eine nachhaltige, gesundheitsfördernde Lebensweise zu ergreifen.

2. Biotechnische Einseitigkeiten der Medizin überwinden

Als BürgerInnen wollen wir das begründete Gefühl behalten, dass die Technik-Entwicklungen in der Medizin den Menschen dienen und nicht umgekehrt.

In einer gestuften medizinischen Unterstützung steht am Anfang das ausführliche Gespräch und das Bemühen, die Selbstheilungskräfte der Menschen zu aktivieren und zu unterstützen.

Darin unterscheidet sich eine Humanmedizin von einer Veterinärmedizin und dieser Unterschied ist uns wichtig. Wir erwarten, dass dies auch bei Entscheidungen über die künftige Entwicklung des Gesundheitswesens berücksichtigt wird.

3. Eine Ökonomie im Dienste der Gesundheit entwickeln

Als BürgerInnen sind wir daran interessiert, dass ökonomisches Wissen genutzt wird, um die Lebensmöglichkeiten der Menschen bei einem sparsamen Ressourcen-Verbrauch zu verbessern. Ökonomisches Kalkül ist ein soziales Hilfsmittel, aber kein Zweck in sich.

Wir sind an einer gemeinwohlorientierten Gesundheitswirtschaft interessiert, die darauf verzichtet, wirtschaftliche Profite durch das Ausnutzen menschlicher Leidenssituationen zu erzielen. Wir halten es für unmoralisch, wenn Börsengewinne von „share-holdern“ durch Sozialversicherungs-Beiträge finanziert werden und erwarten von der Gesundheitswirtschaft eine verantwortliche Gemeinwohlorientierung.

4. Gesundheitswissenschaften fördern

Als BürgerInnen sind wir daran interessiert, dass das gesellschaftlich verfügbare Wissen über Möglichkeiten der Gesundheitsförderung und der Prävention von Erkrankungen aktiv integriert und gesellschaftlich in einer für die Menschen nutzbringenden Form zugänglich gemacht wird.

Mehr als 100 wissenschaftliche medizinische Fachgesellschaften, die unfähig sind, ihr Wissen unter einer humanwissenschaftlichen Perspektive zu integrieren und die damit eine gesundheitsorientierte Reform des Medizin-Studiums verhindern, sind eine gesellschaftliche Zumutung.

Wir erwarten von den WissenschaftspolitikerInnen eine grundlegende Umsteuerung der Forschungsförderung in der Medizin zur Untersuchung salutogenetischer Prozesse und der Integration humanwissenschaftlicher Erkenntnisse zur Unterstützung einer wirkungsvollen Gesundheitsförde-

rung.

5. Fähigkeiten zur gesundheitlichen Selbstregulation und Selbstbestimmung vermitteln

Als BürgerInnen haben wir ein Interesse, dass alle Menschen, aber vor allem Kinder und Jugendliche Wissen und Kompetenzen erwerben können, die sie zu einem gelingenden, selbstbestimmten Leben in einer offenen Gesellschaft befähigen.

Wir erwarten von den BildungspolitikerInnen, dass sie in Schulen und Erwachsenenbildungseinrichtungen die Vermittlung einer gesundheitsfördernden Lebenskunst systematisch unterstützen und dass sie sich für eine unabhängige, nicht-kommerzielle Gesundheitsinformation durch öffentlich-rechtliche Medien engagieren.

6. Ökologische und soziale Verantwortung wahrnehmen

Als BürgerInnen haben wir ein Interesse daran, dass alle gesundheitsrelevanten Politikbereiche ihre gesellschaftliche Verantwortung für eine gesundheitsfördernde Entwicklung wahrnehmen. Der Ausbau medizinischer Reparaturleistungen ist ein ungeeigneter Versuch, ein Versagen der Ernährungs-, Verkehrs-, Wirtschafts-, Kultur- oder Sozialpolitik zu kompensieren. Gesundheit entsteht oder vergeht im Alltag der Menschen dort wo sie leben, lieben und arbeiten und dort sind die notwendigen Entscheidungen zugunsten der Gesundheit der Menschen zu treffen.

7. Neuorientierung der Gesundheitsdienste unterstützen

Als BürgerInnen haben wir ein Interesse daran, dass sich die Einrichtungen des Gesundheitswesens für die Förderung unserer Gesundheit engagieren und die dort Tätigen ihr entsprechendes Wissen auch beruflich nutzen können.

Auf der Ebene der Kommunen wünschen wir uns eine sinnvolle Integration von gesundheitsfördernden Dienstleistungen, eine aktive Unterstützung von Menschen in gesundheitlich prekären Lebenssituationen und eine kompetente Planung der Daseinsvorsorge im Rahmen kommunaler Gesundheitsförderung.

8. Intersektorale Zusammenarbeit und Verantwortung fördern

Als BürgerInnen haben wir ein Interesse daran, dass Gemeinwohl-Belange nicht an Ressort- und Zuständigkeitsgrenzen scheitern.

Wir erwarten, dass gerade öffentliche Verwaltungen in vorbildlicher Weise die Fähigkeit zu einer intersektoralen Kooperation und zur Zusammenarbeit mit Nicht-Regierungsorganisationen und gesellschaftlichen Initiativen entwickeln, um komplexe Probleme der Gesundheitsförderung erfolgreich meistern zu können. Sie wirken damit beispielgebend für die Entwicklung

einer verantwortungsbewussten Zivilgesellschaft.

9. Staatliche Rahmenverantwortung wahrnehmen

Als BürgerInnen haben wir ein Interesse daran, dass die Vorteile einer föderalen Verfassung sich nicht zu einer organisierten Unverantwortlichkeit entwickeln.

Eine wirksame Politik der Gesundheitsförderung benötigt eine klare und ausgewiesene Verantwortungsstruktur im öffentlichen Bereich. In einem Bundes-Rahmengesetz soll daher positiv formuliert werden, welche Aufgaben von Bund, Ländern und Gemeinden im Rahmen der Gesundheitsförderung übernommen werden. Hierzu zählt auch die Regelung der notwendigen Finanzausstattung und die Bildung eines Zukunftsfonds Gesundheitsförderung durch Einnahmen aus der Tabak- und Alkoholsteuer.

10. Bürgerschaftliches Engagement fördern

Als BürgerInnen haben wir ein Interesse daran, dass die hohe Bereitschaft von Menschen, sich für Gemeinwohl, Belange zu engagieren und ihre Kompetenzen in den Dienst von Gemeinschaftsaktivitäten zu stellen, eine grössere gesellschaftliche Wertschätzung und Unterstützung erfährt. Gesundheitsförderung ist in vielen Bereichen auf ein derartiges Engagement angewiesen, um wirksam zu werden.

Investitionen in lokale Infrastrukturen wie Gesundheitshäuser und die Förderung von projektbezogenen Vernetzungsaktivitäten sind bedeutsame Unterstützungsmassnahmen. Kontinuität und Verlässlichkeit für ein dauerhaftes Engagement ist ohne eine unabhängige professionelle Unterstützung der bürgerschaftlichen Beteiligung, eine ausreichende Absicherung der Rahmenbedingungen und ein wirkungsvolles Management von Gesundheitsförderungs-Aktivitäten nicht zu erwarten.

Als eine unabhängige Initiative wird sich die „Allianz für Gesundheitsförderung“ in den nächsten Jahren darum bemühen, viele Organisationen und Personen für eine aktive Mitwirkung zu gewinnen und mit korrespondierenden Initiativen auf der Ebene von Bund, Ländern und Gemeinden zusammenzuarbeiten.

Bis zum Sommer 2002 soll ein gemeinsames Aktionsprogramm für die folgenden Jahre erarbeitet werden. Vom 10.-15. 10. 2001 wird im Rahmen einer Sommer-Akademie in Magdeburg eine erste gemeinsame Beratung darüber erfolgen.

Gesucht werden nun „Ziel-Patenschaften“ für einzelne Entwicklungsbereiche, für die kompetente Organisationen eine wirkungsvolle Koordination von Einzelaktivitäten übernehmen.

Weder die Bundesvereinigung für Gesundheit noch die GesundheitsAkademie verfügen über die notwendigen Ressourcen, um gegenwärtig mehr als eine Kontakt- und Vermittlungsfunktion wahrnehmen zu können.

Gesucht werden also auch großzügige Projektförderungen, die der Allianz

und den Netzwerk-Aktivitäten Schubkraft und eine breitere Wirkung verleihen können.

Das Konzept der Gesundheitsförderung im Sinne der WHO hat dabei eine doppelte Leitfunktion:

Es ist einerseits Programm einer „Kulturschutz- Bewegung“ für eine sozialökologische Lebenskultur, die die Gesundheitsinteressen der Menschen in einer zunehmend ökonomisch bestimmten Welt öffentlich artikuliert und verteidigt und es ist andererseits ein neues, salutogenetisch orientiertes Paradigma für professionelles Handeln der Gesundheitsberufe.

Aus beiden speist sich die Hoffnung auf eine Neuorientierung öffentlicher Gesundheitspolitik und eine zukünftige Gesundheitsreform, die diesen Namen auch verdient.

Interesse und Wohlwollen ist bereits an vielen Stellen und bei vielen Personen in öffentlichen Organisationen spürbar geworden und die Resonanz auf die Gründung der „Allianz für Gesundheitsförderung“ zeigt, dass die Zeit reif ist für eine entsprechende Initiative.

Das Bundesministerium für Gesundheit hat die Werkstatt-Tagung im Dezember 2000 zum Thema „Gesundheitsförderung als öffentliches Handlungsfeld“ und die Anfertigung dieses zusammenfassenden Buches finanziell unterstützt und wir möchten uns dafür an dieser Stelle bedanken.

Auch die neue Gesundheits-Ministerin, Frau Ulla Schmidt, hat ihr Interesse und ihre Unterstützung für die Initiative der „Allianz für Gesundheitsförderung“ bereits bekundet und wir werden eine produktive Zusammenarbeit anstreben.

Mit diesem Buch hoffen wir den Weg für eine „Allianz für Gesundheitsförderung in Deutschland“ eröffnet zu haben, die sich auch um eine Zusammenarbeit mit unseren europäischen Nachbarn bemüht.

Wir laden Sie ein, dabei aktiv mitzuwirken. Wenn Sie mitmachen wollen, erhalten Sie weitere Informationen bei den vielen in diesem Buch aufgeführten Akteuren oder über eine der folgenden Kontaktadressen:

Bundesvereinigung für Gesundheit e.V.
Heilsbachstr. 30, 53123 Bonn, Tel. 0228 / 98727 - 0
www.bfge.de

GesundheitsAkademie e.V.
Forum für sozialökologische Gesundheitspolitik und Lebenskultur
August-Bebel-Str.16 / 18, 33602 Bielefeld, Tel: 0521 / 133 562
www.gesundheits.de

Eberhard Göpel, Günter Hölling

Allianz für Gesundheitsförderung in Deutschland

Positionspapier Frühjahr 2001

1. Wie in vielen anderen Regionen der Erde ist auch in Deutschland die Bevölkerung einer Vielzahl gesundheitlicher Belastungen ausgesetzt. Hervorgerufen und/oder verstärkt werden sie durch die Gesamtheit unserer individuellen und gesellschaftlichen Lebensverhältnisse. Beispiele dafür sind die Wiederkehr der alten und das Auftreten völlig neuer Infektionskrankheiten, die zahlreichen Krisen und Skandale im Zusammenhang mit unserer Ernährung oder die Gefährdung unserer Ökosysteme durch unvorsichtigen, unverantwortlichen oder gar illegalen Umgang mit Schadstoffen aller Art. Hinzu kommen die in der Regel von Menschen zu verantwortenden oder mitverursachten sogenannten Umweltkatastrophen sowie kriegerische Auseinandersetzungen, in die auch Mitteleuropäer (wieder) zunehmend einbezogen sind. Zusätzlich ist die Bevölkerung durch Gesundheitsrisiken betroffen, die einzelne BürgerInnen durch einen gesundheitsbewussten Lebensstil verhindern oder vermindern können.

„**Gesundheit für alle**“ – der Zielkatalog der Weltgesundheitsorganisation (WHO), in den die richtungweisenden Dokumente von Ottawa (1986), Jakarta (1998) und zuletzt Mexiko City (2000) einfließen – ist zu einem umfassenden (gesundheits-)politischen Auftrag geworden. Dieser erfordert neuartige und ungewöhnliche Partnerschaften oder Allianzen. Nur durch die gemeinsame Anstrengung vieler Fachleute, Berufsgruppen, Wissenschaftler, Praktiker, gesellschaftlicher Interessengruppen, privatwirtschaftlicher Unternehmen, staatlicher Stellen und nichtstaatlicher Organisationen, also in einem breiten Arbeitsbündnis lassen sich gesellschaftliche Lösungen für die komplexen gesundheitlichen Probleme der Bevölkerung finden. Darin sind Fragen der sozialen Benachteiligung, geschlechtsspezifischer Zusammenhänge und/oder (inter)kultureller Besonderheiten zweifelsfrei eingeschlossen.

Viele nichtstaatliche Organisationen in Deutschland, die für die „Gesundheitsförderung“ der Bevölkerung arbeiten, wissen um diese Zusammenhänge und Notwendigkeiten seit langem. Sie wollen zukünftig noch nachdrücklicher und gemeinsam an der Verbesserung der „Öffentlichen Gesundheit“ (Public Health) arbeiten. Dazu beschließen sie eine „Allianz für Gesundheitsförderung in Deutschland (AGD)“. In ihr können Organisationen, Institutionen, Verbände, Gruppen und Unternehmen in Form einer „konzertierten Aktion“ ihr Wissen, ihre Kompetenzen und ihre Ressourcen zusammenschließen, um für komplexe Probleme vernetzte Lösungsansätze zu erarbeiten – und zu erproben.

2. Die „Allianz für Gesundheitsförderung in Deutschland (AGD)“ versteht sich als offenes Arbeitsbündnis all derer, die ausdrücklich bereit sind, an der gemeinsamen Bewältigung der gesundheitlichen Herausforderungen mitzuwirken. Sie will „Gesundheit für alle“ – eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik – als Zielsetzung „Öffentlicher Gesundheit“ im Denken und Handeln von Politik, Praxis, Wissenschaft, Wirtschaft und Öffentlichkeit wirkungsvoll und nachhaltig verankern:

Auf der Ebene des Bundes, der Länder und der Kommunen soll Gesundheitsförderung in allen Politikbereichen zu einem unverzichtbaren Maßstab bei der Beurteilung öffentlicher Entscheidungen gemacht werden.

Die „Allianz“ formuliert den Anspruch,

- Transparenz zum Wissensstand, zu den verfügbaren Kompetenzen, zu vorhandenen Ressourcen und zum Ausmaß der anzustrebenden Bedingungen herzustellen;
- Prioritäten für die zukünftige Bewältigung gesundheitlicher Herausforderungen und Probleme festzulegen;
- Ressourcen bei der konzeptionellen und praktischen Bearbeitung dieser Herausforderungen und Probleme zu bündeln – also arbeitsteilig und abgestimmt vorzugehen;
- Öffentliche Aufmerksamkeit und öffentliches Interesse, insbesondere politisches Interesse zu wecken – und zu stimulieren; sowie
- Neue Partnerschaften und neue Finanzierungsmöglichkeiten für Prozesse der „Öffentlichen Gesundheit“ zu finden und zu stabilisieren – die auch in der Jakarta-Deklaration der WHO als unverzichtbare Bausteine künftiger Gesundheitspolitik definiert sind.

3. Die „Allianz für Gesundheitsförderung in Deutschland (AGD)“ will ihr Wirken inhaltlich vorrangig an drei Themen- und Arbeitsfeldern ausrichten:

- Verbesserung von ökologischen und technikvermittelten Lebens- und Umweltbedingungen:
 - ökologische Umweltbedingungen, insbesondere Wasser, Boden, Luft, sowie gesunde Ernährungsmöglichkeiten,
 - technikvermittelte Umweltbedingungen des Alltags- und Arbeitslebens,
 - Gesundheitsverträglichkeit von Produktionsformen und Produkten;
- Verbesserung sozial-kultureller Lebens- und Umweltbedingungen:
 - soziale Ansätze zur Gesundheitsförderung in Familien, selbstgewählten Lebens- und Interessensgemeinschaften, Nachbarschaften und Arbeitsbeziehungen,
 - gesundheitsfördernde „Settings“ und Organisationsentwicklung in

Kindertageseinrichtungen, Schulen, in der Arbeitswelt und in anderen Organisationen,

- materielle, rechtliche und soziokulturelle Voraussetzungen für bürgerschaftliche Initiativen (Selbsthilfe, ehrenamtliches Engagement, Bürger-Initiativen) zugunsten nachhaltiger gesundheitsfördernder Lebensweisen;
- Stärkung von Motivation und persönlicher Kompetenz der/des Einzelnen:
 - selbstbestimmte, nachhaltige und gesundheitsbewusste Lebensstile in den alltäglichen Lebenszusammenhängen,
 - aktive Beteiligung an der kontinuierlichen Verbesserung von Lebens- und Umweltbedingungen.

Zur angemessenen Bearbeitung und Verbreitung dieser Themenfelder wird sich die „Allianz“ auch der neuen digitalen Informations- und Kommunikationsmöglichkeiten bedienen und hierbei die nationalen und internationalen Standards berücksichtigen, die vom „Aktionsforum Gesundheits-Informationssystem (AFGIS)“ – mit Förderung durch das Bundesministerium für Gesundheit – erarbeitet werden.

4. Im Hinblick auf die in Mexiko City erfolgte Beschlussfassung von 80 Gesundheitsminister/innen, darunter auch Deutschland, wird die „Allianz“ Bemühungen unterstützen, mittelfristige Aktionspläne zu entwickeln. Sie können in vorrangigen gesundheitsförderlichen Handlungsfeldern Planungssicherheiten schaffen und kooperatives Vorgehen sichern.

Die „Allianz“ beabsichtigt eine enge Zusammenarbeit vor allem mit

- dem Gesunde-Städte-Netzwerk und anderen „Setting“-Netzwerken,
- den von den Spitzenverbänden geförderten Projekten zum Thema „Patientenberatung“,
- dem von der Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG) moderierten Arbeitsausschuss „Nationale Gesundheitsziele“,
- kompetenten Arbeitsgruppen zu den Themenfeldern „Soziale Benachteiligung / Armut und Gesundheit“ sowie „Nachhaltigkeit / Lokale Agenda 21“ in Deutschland.

Zur organisatorischen Strukturierung ihrer Arbeit schlägt die „Allianz“ vor,

- eine Koordinierungsstelle aus Projektmitteln des BMG bei der Geschäftsstelle der Bundesvereinigung für Gesundheit e.V. einzurichten,
- einen Planungsrat / Koordinierungsausschuss zur Vorbereitung und

- Begleitung der laufenden Arbeit zu berufen,
- mindestens einmal jährlich eine Vollversammlung aller Mitglieder der „Allianz“ auszurichten,
- einen Zukunftsfonds Gesundheitsförderung zu gründen, um zusammen mit interessierten Stiftungen Gemeinschaftsinitiativen zu unterstützen.

Wir rufen alle interessierten Gruppen zur aktiven Mitwirkung an der „Allianz für Gesundheitsförderung in Deutschland (AGD)“ auf und bitten um eine Rückmeldung an eine der folgenden Kontaktadressen.

Bundesvereinigung für Gesundheit e.V.
Heilsbachstr. 30
D-53123 Bonn
Tel. 0228-987270
Fax 0228-6420024
EMail: bfge.pp@bfge-1.de

GesundheitsAkademie e.V.
August-Bebel-Str. 16
D-33602 Bielefeld
Tel. 0521-133562
Fax 0521-176106
EMail: akademie@gesundheits.de

Die WHO Strategie

„Landesweite Aktionspläne für Gesundheitsförderung“

Eröffnungsvortrag gehalten auf der Tagung „Gesundheitsförderung als öffentliches Handlungsfeld“, Bielefeld, 7. - 8. Dezember 2000

Sehr geehrte Damen und Herren,
Liebe Kolleginnen und Kollegen, liebe Freunde,

ich freue mich, anlässlich dieser Tagung zur Weiterentwicklung und Zukunft der Gesundheitsförderung in Deutschland wieder in Bielefeld zu sein. Nach der fünften Globalen Konferenz für Gesundheitsförderung, die die WHO, die Pan-Amerikanische Gesundheitsorganisation (PAHO) und das Gesundheitsministerium von Mexico im Juli dieses Jahres ausgerichtet haben, treten wir jetzt in die spannende wie herausfordernde Phase der Umsetzung des sogenannten ‚Mexico Ministeriellen Statements zur Förderung der Gesundheit‘ (MMS). Und diese Tagung bietet den Startpunkt für die Umsetzung in Deutschland.

Ich bin gebeten worden, Ihnen den Hintergrund und Gegenstand des Mexico Ministeriellen Statements zu erläutern, da auch das Deutsche Gesundheitsministerium gemeinsam mit 86 anderen Gesundheitsministern und Ihren Delegationen diese im Juni 2000 unterschrieben hat. Diese bietet eine wichtige politische Plattform für das Anliegen dieser Tagung. Ich fasse den Hintergrund zu dieser Entwicklung kurz zusammen: Die vierte Internationale Konferenz für Gesundheitsförderung (Jakarta, 1997) fand zum Thema ‚Neue Partnerschaften für Gesundheitsförderung‘ statt und verabschiedete die ‚Jakarta Deklaration zur Gesundheitsförderung im 21. Jahrhundert‘.

Die Aussagen dieser Erklärung sowie der Ottawa Charta für Gesundheitsförderung wurden in der Weltgesundheitsversammlung (WHA) 1998 mit der Verabschiedung der ersten Resolution zur Gesundheitsförderung (WHA51.12, Mai 1998) bestätigt. In der Entwicklung dieser Resolution hat die Deutsche Delegation unter der Leitung von Herrn Voigtländer, BMG, als Mitglied des Exekutivrates der WHO massgeblich und aktiv mitgewirkt. Diese Resolution wie auch die anderen internationalen Dokumente, auf die ich mich beziehe, sind über die Website der WHO abrufbar. Die Länder verpflichteten sich und die WHO dem nächsten Exekutivrat über den Fortschritt bei der Umsetzung zu berichten. Im darauffolgenden Jahr wurde die 5. Globale Konferenz zur Gesundheitsförderung zum Thema ‚Abbau gesundheitlicher Chancenungleichheiten‘ (Mexico, 2000)

durchgeführt. Ein Novum war ein zweigeteiltes Programm: das zweitägige Ministerielle Programm war ganz auf die Delegationen der Gesundheitsministerien und anderer Ministerien ausgerichtet. Parallel, aber mit zwei gemeinsamen Sitzungen, fand das fünftägige Fachprogramm für die ca. 800 ausgewählten Expert(inn)en und Entscheidungsträger/innen aus Wissenschaft, Politik und Praxis der Gesundheitsförderung von allen gesellschaftlichen Ebenen (lokal bis international) statt.

Die zwei politisch-fachlichen Hauptresultate sind:

- die Erklärung der Gesundheitsminister zur Gesundheitsförderung („Mexico Ministeriel Statement for the Promotion of Health“/MMS), und
- der ‚Rahmen für Landesweite Aktionspläne zur Gesundheitsförderung‘.

Seit Juni 2000 erfolgt nun die Umsetzung in den Ländern. In Thailand, zum Beispiel, erfolgt dies im Zusammenhang mit einem neuen Finanzierungsfond ‚ThaiHealth‘; Vertreter des Japanischen Gesundheitsministeriums kommen nächste Woche zum Beratungsgespräch in die WHO; in Afrika wird die Umsetzung in internationaler Kooperation angegangen, zum einen von den französisch sprechenden, zum anderen von den anglophonen Ländern; Australien, Ägypten und Irland führen nationale Tagungen durch und Irland verbindet die Ergebnisse von Mexico bereits mit der neuen Nationalen Gesundheitspolitik. Die Tagung heute in Deutschland ist ein weiteres erfreuliches Beispiel aktiven Umsetzungsbeginns. Es gilt hier wie in den anderen Ländern auf den vorhandenen Erfahrungen und Strukturen im Bereich Gesundheitsförderung aktiv aufzubauen und deren Weiterentwicklung mit der Entwicklung der landesweiten Aktionspläne zu verbinden – und dieses in intersektoraler und interprofessioneller Zusammenarbeit.

Insgesamt haben 87 Länder das Mexiko Statement zur Gesundheitsförderung unterzeichnet, darunter auch etliche der ‚Europäischen Nachbarn‘ Deutschlands wie Frankreich, die Niederlande, Dänemark, Polen, die Tschechische Republik, Slowakien, Ungarn, Österreich, die Schweiz und Grossbritannien. Hier bieten sich also Möglichkeiten internationaler Kooperationen im Allgemeinen oder bezogen auf spezifische Teilbereiche an. Zum Beispiel haben die Schweiz, Österreich, Ungarn und Polen bereits Erfahrungen mit der Schaffung von nationalen Stiftungen oder Fonds für Gesundheitsförderung, die für die entsprechenden Bestrebungen in Deutschland von Gewinn sein können.

Wie Sie wissen, sind Erarbeitungs- und Entwicklungsprozess von entscheidender Bedeutung, wenn Politiken und Programme nachhaltig wirksam werden sollen. **Der Entwicklungsprozess** des „Mexiko Ministerielle Statements zur Förderung der Gesundheit“ (MMS) war ein diplomatischer bereits vor der Globalen Konferenz in Mexiko. WHO, PAHO und das

Mexikanische Gesundheitsministerium produzierten einen ersten Entwurf, der allen Gesundheitsministern weltweit zur Stellungnahme zugeschickt wurde. Kommentare wurden eingearbeitet und eine zweite feedback-Runde durchgeführt. Informations- und Diskussions-Sitzungen mit den Botschaften ergänzten den Prozess. In der Tagung in Mexiko wurden dann nur noch kleinste Feinabstimmungen vorgenommen und das Dokument unterzeichnet. In diesem Mexico Statement verpflichteten sich die Ministerien, landesweite Aktionspläne für Gesundheitsförderung zu entwickeln. Der Rahmen hierfür wurde während der Tagung entwickelt.

Zwei Tage diskutierten die nationalen Gesundheitsminister und ihre Delegationen unter sich. Die Deutsche Delegation umfasste Staatssekretär Erwin Jordan, der heute abend hier sein wird, Herr Voigtländer, BMG und Herr Lehmann, stellvertretender Direktor der BZgA, den ich an dieser Stelle nochmals herzlich begrüßen möchte. Zeitlich parallel tagten die ca. 600 weiteren Fachleute und Entscheidungsträger. Die letzten drei Konferenztage boten Gelegenheit für *gemeinsame Diskussionen aller* Konferenzteilnehmer. Wie für die internationalen WHO-Tagungen zur Gesundheitsförderung üblich, nahmen daran nur ausgewählte Vertreterinnen und Vertreter teil. Vertreten waren:

- alle gesellschaftlichen Ebenen,
- öffentlicher Sektor wie Nicht-Regierungsorganisationen,
- die Bereiche Gesundheit, Soziales, Bildung, Wirtschaft, Transport, Arbeit, usf.
- Wissenschaftler, Praktiker, politische und sonstige Entscheidungsträger.

Diese erarbeiteten gemeinsam auf der Basis eines ersten Entwurfes den „Rahmen für Landesweite Aktionspläne zur Gesundheitsförderung“, der am letzten Konferenztag verabschiedet wurde. Der Erarbeitungsprozess mit zwei Feedback-Schleifen war gekoppelt mit dem Durcharbeiten der sechs Schwerpunktthemen der Tagung. Diese globale Konferenz hat gezeigt, dass verbindliche Politikentwicklung auf höchster Ebene mit weitreichender Partizipation aller Beteiligten möglich ist.

Was sind nun die **Inhalte** der Mexiko Erklärung der Gesundheitsminister, welche auch das Deutsche Bundesministerium für Gesundheit unterzeichnet hat, sowie des entsprechenden Rahmens zur Entwicklung für landesweite Aktionspläne?

Zusammenfassend lassen sich drei **Foki** benennen:

- Die Einflussfaktoren auf die Gesundheit der Bevölkerungen (soziale, wirtschaftliche, Umweltfaktoren);
- Mechanismen der Zusammenarbeit quer durch Sektoren bzw. gesellschaftliche Gruppen und Ebenen;
- der Ausgleich gesundheitlicher Chancengleichheiten – in armen wie in reichen Ländern!

Der Bundeskongress Armut und Gesundheit diesen Monat in Berlin zeigt,

dass der letzte Bereich in Deutschland zunehmend auf die öffentliche und politische Tagesordnung kommt.

Folgende **allgemeine Strategien** bilden die Grundlage:

- Soziale Verantwortung für Gesundheit fördern (z.B. mit Hilfe von Gesundheitsverträglichkeitsprüfungen – auf lokaler wie nationaler Ebene);
- Investitionen für Gesundheitsentwicklung erhöhen (vgl. z.B. die WHO/EURO „Verona Initiative“);
- Lokale Kapazitäten für die Förderung von Gesundheit erhöhen; Empowerment von Individuen und Gemeinschaften;
- Infrastrukturen für Gesundheitsförderung schaffen;
- Die „Evidenz“-basis von Gesundheitsförderung stärken (in zwei Bereichen: Determinanten von Gesundheit/ Gesundheitsressourcen; Evaluation/ Monitoring);
- Gesundheitsförderungspolitiken und -programme am wissenschaftlichen Erkenntnisstand orientieren;
- Gesundheitsdienste neu orientieren Richtung Gesundheitsförderung und Primärprävention.

Zu diesen Strategien sind jeweils Fachberichte für die Konferenz erarbeitet worden, die wie alle anderen Dokumente von der WHO Website abrufbar sind (s.u.). Angesichts der aktuellen Diskussionen möchte ich besonders auf den Bericht zur Evidenzfrage von David McQueen hinweisen. Im Hinblick auf die Infrastrukturentwicklung sind insbesondere nationale Stiftungen oder Fonds für Gesundheitsförderung zu erwähnen, die in immer mehr Ländern eingerichtet werden, auch in direkter Nachbarschaft Deutschlands wie z.B. in der Schweiz und Österreich. Die Schweizer Stiftung ist dabei, ein internationales Sekretariat für ein Netzwerk derartiger Organisationen einzurichten, bietet sich also eventuell auch im Rahmen Deutscher Entwicklungen zur Gesundheitsförderung als Partnerorganisation an. Wertvolle Arbeit zu erforderlichen und möglichen Infrastrukturen für Gesundheitsförderung in Deutschland enthält ja auch der TAB Bericht von Trojan und Legewie.

Die „Mexiko – Erklärung“ der Gesundheitsminister zur Förderung der Gesundheit

Aus dem Inhalt dieser auch vom Deutschen BMG unterzeichneten Erklärung sind vier Punkte besonders hervorzuheben, gerade auch im Kontext dieser Tagung zur Gesundheitsförderung als öffentliches Handlungsfeld:

- Die Festlegung der Förderung der Gesundheit als grundlegende Priorität, im Hinblick auf Politiken und Programmen von lokaler bis internationaler Ebene;
- Die Verpflichtung zur Übernahme der Führungsrolle seitens der Nationalen Gesundheitsministerien, unter besonderer Berücksichtigung folgender Prozesse:
 - der aktiven Beteiligung von gesellschaftlichen Gruppen und Sekto-

ren,

- von Massnahmen, die Partnerschaften stärken, und
- der Bildung und Stärkung von effektiven Netzwerken;

Mit Hinblick auf die Umsetzung der Mexiko-Erklärung innerhalb der Länder ist betont:

- Die Verpflichtung zur Erstellung landesweiter/ nationaler Aktionspläne zur Gesundheitsförderung, unter Einschluss folgender Aktionsschritte:
 - Prioritätensetzung,
 - Entwicklung von Politiken und Programmen zur Umsetzung,
 - Entwicklung diesbezüglicher Forschungsförderung, sowie
 - Mittelbereitstellung (für Entwicklung, Durchführung, Evaluation und Monitoring);

Mit Blick auf die internationale Umsetzungsebene erklärten die Gesundheitsminister/innen oder ihre Delegierten:

- Ihr Eintreten für Gesundheitsförderung gegenüber bzw. in der Weltgesundheitsorganisation sowie für Gesundheitsverträglichkeitsprüfungen (GVP) bezüglich von UN-Entwicklungspolitik und -programmen.

Im Hinblick auf den ersten Punkt zur Festlegung der Förderung der Gesundheit als grundlegende Priorität im Hinblick auf Politiken und Programmen von lokaler bis internationaler Ebene enthält der bereits erwähnte TAB Bericht etliche Beispiele oder Vorschläge. In Irland bezieht sich die neue nationale Gesundheitspolitik bereits auf die Mexikoerklärung zur Förderung der Gesundheit.

Der Vorschlag einer ‚Allianz für Gesundheitsförderung in Deutschland‘, der Gegenstand dieser Tagung ist, könnte idealerweise direkte Anschlussmöglichkeiten für die Umsetzung des zweiten und dritten Punktes bieten. Zwei Richtungen sind denkbar: eine gemeinsame Allianz von BMG und allen anderen Organisationen, Verbänden, Netzwerken und Initiativen, oder eine Allianz als Vertretung und „starke Stimme“ der (nicht-staatlichen und sonstigen) Akteure in der Gesundheitsförderung in Deutschland und damit als möglicher starker Partner für das BMG in seiner Umsetzungsarbeit der Mexiko-Erklärung.

Aspekte zur Prioritätensetzung

In der Mexiko-Erklärung der Gesundheitsminister/innen zur Förderung der Gesundheit werden drei Anwendungsbereiche für Gesundheitsförderungsstrategien und -methoden betont: zum einen explizit die Verbesserung von Determinanten von *Gesundheit* bzw. *Gesundheitsfaktoren*, sowie der Abbau von Krankheits- bzw. Risikofaktoren; desweiteren *alle Bevölkerungsgruppen und ‚Settings‘*; sowie *alle gesellschaftlichen Ebenen* (von lokaler und Länder-Ebene bis nationaler und internationaler Ebene).

Es wird darauf hingewiesen, dass die Anwendung der Gesundheitsförderungsstrategien und -methoden in vielen Ländern, auch in Europa, noch

unzureichend ist.

Und es wird die Verbindung der Umsetzung der Mexiko-Erklärung mit aktuellen Prozessen zur Entwicklung von nationalen Gesundheitszielen und -indikatoren im Rahmen der Umsetzung von ‚Gesundheit 21‘ betont. Zum Beispiel könnten die nationalen Gesundheitsziele die Gesundheitsförderung nach dem Settingsansatz einschliessen, wie dies schon auf Europäischer Ebene der Fall ist. Und Indikatoren müssten Determinanten von Gesundheit einschliessen.

Im Sinne einer Stärkung der Gesundheitsförderungspolitiken und -programme in den Ländern sind zwei Punkte besonders bedeutsam:

- Die Notwendigkeit, die Gesundheitsförderungsstrategien kombiniert anzuwenden, aber auf eine begrenzte Anzahl von Prioritäten, sowie
- eine inhaltliche Fokussierung, aber mit weitreichender Beteiligung und Einbeziehung.

Ein aktuelles Thema wäre auch in Deutschland z.B. die Gesundheitsförderung für und mit Kindern und Jugendlichen von sozial-benachteiligten Familien oder Kontexten.

Einen weiteren wichtigen Punkt für die Prioritätensetzung für Gesundheitsförderung in den Ländern einschliesslich Deutschland benenne ich bewusst zum Schluss: Die Mexiko-Erklärung der Gesundheitsminister fordert auch die Bildung von nationalen wie sub-nationalen Entwicklungs- und Koordinierungsmechanismen wie zum Beispiel ‚Multi-Partner‘-Netzwerke und interministerielle Arbeitsgruppen. Genau hier setzt Ihre Tagung ja an, mit dem Vorschlag eine breite ‚Allianz‘ für Gesundheitsförderung schnellstmöglich auf den Weg zu bringen. Für dieses Vorhaben und die gesamte Tagung wünsche ich Ihnen alles Gute.

*Ursel Brösskamp-Stone,
Weltgesundheitsorganisation WHO
Department of Health Promotion
27, Avenue Appia
CH 1211 Genf
Tel. 004 - 227913299
www.who.ch
oder www.who.dk*

Gesundheitsförderungs-Politik in den Niederlanden

Zur Entwicklung einer systematischen Gesundheitsförderungs-Politik in den Niederlanden

Einleitung

Auf den alten Karten von Europa wurden die Staaten verschiedenfarbig dargestellt. Europa war ein Regenbogen voller Farben. Wenn man heute eine Karte von der Gesundheitsförderung und Gesundheitserziehung in Europa anfertigen würde, müssten ebenfalls viele Farben verwendet werden. Die meisten Länder unterscheiden sich sehr stark bei der Gesundheitsförderung und -erziehung.

Jedes Land in Europa hat eine eigene Entwicklungsgeschichte von Gesundheitsförderung und -erziehung und daraus folgend eine unterschiedliche -Politik und -Struktur. Dies ist schon lange bekannt: 1988 veröffentlichte das Europäische Büro der IUHPE eine Übersicht der Gesundheitsförderung und -erziehung in Europa – kein Land glich dem anderen.

Mitte der neunziger Jahre veröffentlichte das Europäische Büro ein weiteres Buch zu diesem Thema: Overview of health promotion policy and structure in the EU member states, Country Reports, 1996. Dies war das Ergebnis eines aus EU-Mitteln finanzierten Projekts, und erneut waren die Unterschiede grösser als die Ähnlichkeiten.

Dieses trifft auch für die diversen Gesundheitssysteme zu - kein Land hat genau dasselbe System wie ein anderes Land und der einzige gemeinsame Faktor scheint die permanente Wandlung zu sein. In den Niederlanden ist diese Wandlung des Gesundheitssystems mit der dazu gehörigen Finanzstruktur seit Jahren ein Hauptthema. Dies verursachte ein Desinteresse an anderen Themen einschliesslich präventiver Maßnahmen und Gesundheitsförderung.

Auch die Public-Health-Systeme sind unterschiedlich in Europa – ziemlich unterentwickelt in vielen Ländern und bestimmt in Holland – und permanent in Veränderung, insbesondere in den letzten Jahren. Nach einer sehr langen Schlafperiode erwacht nun das Dornröschen Public Health in Europa.

Ausserdem wurde festgestellt, dass die Systeme oder Infrastrukturen der Gesundheitsförderung in den verschiedenen Ländern extrem unübersichtlich sind: es gibt alle möglichen Aktivitäten und Projekte auf verschiedenen Ebenen – national, regional und örtlich. Manchmal mit einem hohen Mass an staatlicher Mitwirkung, manchmal mit viel Einfluss von privaten Institutionen wie karitative Einrichtungen oder Patientengruppen.

Meines Erachtens ist die beste Sichtweise zu diesem Thema, die Vielfalt und Unterschiede einfach zu akzeptieren – es gibt keine „besten“ Systeme. Heute müssen wir unser Augenmerk auf wichtige Elemente oder Erfolgsfaktoren richten, um eine dauerhafte Infrastruktur zu sichern. Ich betrachte unsere Erfahrungen in Holland als ein Beispiel dafür, wie eine Entwicklung vor sich gehen kann – obwohl sicherlich nicht als die bestmögliche Lösung.

Es ist merkwürdig, dass in der europäischen Diskussion der letzten beiden Jahrzehnte über Gesundheitsförderung die Schaffung einer guten Infrastruktur für unsere Arbeit kein zentrales Politik-Thema war. Es ist höchste Zeit, in naher Zukunft diesem Thema mehr Priorität zu geben. Immerhin stand es bei der WHO-Konferenz im letzten Juni in Mexiko explizit auf der Tagesordnung. Ein lesenswertes Dokument dazu ist der Technische Bericht 3: Infrastrukturen zur Gesundheitsförderung, die Kunst des Möglichen sowie das Dokument über nationale Aktionspläne.

Als eine wichtige Initiative sehe ich auch die Möglichkeit einer Allianz zur Gesundheitsförderung, um ein Aktionsprogramm zur Gesundheitsförderung in Deutschland zu entwickeln.

Die Erfahrungen in den Niederlanden

Ich wurde gebeten, die Entwicklung der Gesundheitsförderung in den Niederlanden zu beschreiben. Ich war sowohl Zeuge als auch Teilnehmer an dieser Entwicklung, zuerst im Bereich der Familienplanung, dann bei der Koordination der nationalen Struktur zur Prävention im Bereich psychischer Gesundheit. Fast 15 Jahre lang war ich Direktor des Nationalen Instituts für Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention. Ausserdem beobachtete ich während mehr als zehn Jahren als Vize-Präsident der Internationalen Union für den Bereich Europa die Entwicklung der Gesundheitsförderung in vielen europäischen Ländern.

Ich werde mich hier auf die Entwicklung einer Gesundheitsförderungspolitik für eine Infrastruktur in den Niederlanden beschränken und werde kurz die Grundoptionen und Hauptbestandteile dieser Politik beschreiben und meine Präsentation mit einigen Empfehlungen abschliessen.

Grundoptionen

Mitte der 1970er Jahre entschied die holländische Regierung, Gesundheitserziehung (wie es damals hiess) strukturell und systematisch im Gesundheitssystem zu implementieren. Es handelte sich um eine politische Aktion zu einer Zeit, als die Idee der Prävention stark ausgeprägt war. Ein nationales Komitee wurde gebildet, welches die Regierung bezüglich der Struktur, Finanzierung, Ausbildung und Forschung der Gesundheitserziehung beraten sollte. Dieses Komitee empfahl, Gesundheitserziehung im niederländischen Gesundheitssystem und Schulsystem zu integrieren.

Die Empfehlungen wurden akzeptiert und nach und nach durchgeführt. Was waren die Grundoptionen bzw. die wichtigsten Elemente der Entwicklung von Gesundheitsförderung in den Niederlanden in den letzten Jahrzehnten?

- A** Jeder Mensch hat das gleiche Recht auf Gesundheitsinformation, -erziehung und -förderung. Die Niederländische Verfassung legt die gleichen Rechte aller in den Niederlanden lebenden Personen fest sowie die Pflicht der niederländischen Regierung, Gesundheit zu fördern.
- B** Gesundheitsförderung sollte so weit wie möglich integriert werden in die Aktivitäten all derjenigen, die im Gesundheitssektor arbeiten. Prävention und Heilung/Pflege sind die zwei Seiten einer Medaille. Daher muss immer die Frage beantwortet werden, wie kann ein bestimmtes Gesundheitsproblem verhindert werden und von wem - ganz gleich ob innerhalb oder ausserhalb des Gesundheitssystems.
- C** Gesundheitsförderungs-Fachkräfte werden für die anhaltende Entwicklung von Gesundheitsförderung benötigt. Diese Spezialisten werden gebraucht, um diejenigen, die im Gesundheitswesen arbeiten oder anderweitig Gesundheit fördern, mit den nötigen präventiven Fertigkeiten auszustatten und andere Sektoren bei Bedarf zu involvieren.
- D** Eine ständige Unterstützungsstruktur (örtlich und national) muss aufgebaut werden, um die Kontinuität der Entwicklung der Gesundheitsförderung zu gewährleisten. Eine Struktur auf nationaler Ebene - aber auch auf regionaler oder örtlicher Ebene - für die Unterstützung und Entwicklung von Gesundheitsförderung ist erforderlich - mit Funktionen wie Dokumentation, Schulung, Forschung und Repräsentation.

Spezialisten für Gesundheitsförderung

Im Rahmen des juristischen Kontexts der niederländischen Verfassung - von der zentralen Idee, dass Prävention ein wesentlicher Ansatz des Gesundheitswesens ist, und dass Prävention für alle Mitarbeiter im Gesundheitssektor wichtig ist – entschieden wir uns für eine neue Berufsgruppe von Gesundheitsförderungsfachleuten oder Präventionsspezialisten.

Diese Spezialisten wurden allmählich in diversen Bereichen des Gesundheitssystems eingeführt – in dem öffentlichen Gesundheitswesen, häuslicher Pflege, psychischer Gesundheitspflege, Suchtkliniken, Krankenhäusern, nationalen Fachinstituten und karitativen Einrichtungen im Gesundheitswesen. Sie arbeiten unter verschiedenen Bezeichnungen: Gesundheitserzieher, Gesundheitsförderer, Präventionsmitarbeiter und Patientenerzieher.

Ihre Haupttätigkeit ist die eines „change agent“, Aktivitäten organisieren,

Beziehungen knüpfen, Kooperationen bilden, Leute zusammen bringen, als Vermittler agieren. Sie sind nicht in erster Linie Spezialisten in Gesundheitsthemen, sondern in Kommunikation, Netzwerkarbeit, Repräsentation und Veränderung. Zur Zeit sind sie das Herz des Gesundheitsförderungsgeschäfts in den Niederlanden und umfassen ungefähr 1000 Personen. Es ist eine Gruppe gut ausgebildeter und engagierter Fachleute. Sie haben ein professionelles Profil: den Inhalt des Berufs. Und sie haben einen professionellen Kodex – die Ethik des Berufs.

Die Unterstützungsstruktur

Um ihre Arbeit zu erleichtern, aber auch die Arbeit von allen anderen, die in der Gesundheitsförderung tätig sind, wurde eine weitere wichtige Entscheidung getroffen.

Eine nationale Struktur sollte geschaffen werden, um die Entwicklung der Gesundheitsförderung zu unterstützen. Diese Struktur sieht wie folgt aus:

- A** Im Gesundheitsministerium gibt es eine Abteilung, welche für Gesundheitsförderung oder öffentliche Gesundheit zuständig ist. Hier werden Vorschläge entwickelt und anschliessend dem Minister und dem Parlament vorgelegt. Bisher wurden wichtige Dokumente erstellt und als formelle Regierungspolitik akzeptiert. Diese Leute sind ausserordentlich wichtig für die Entwicklung der Gesundheitsförderung. Sie plazieren Gesundheitsförderung in offizielle Regierungsdokumente und sind „gatekeeper“ auf politischer Ebene.
- B** Ein unabhängiges nationales Institut wurde gegründet. Dieses entwickelt Methoden, führt Forschung und Weiterbildung durch, sorgt für die Dokumentation, führt Kampagnen durch und sorgt für die Repräsentation auf nationaler Ebene usw. Diverse andere, spezialisiertere Institute sind ebenfalls sehr aktiv z.B. bei Themen wie Ernährung, Herzerkrankung, Aids, Krebs, Rauchen, Drogen und körperliche Bewegung. Gesundheitsförderung kann sich nicht entwickeln ohne diese Einrichtungen. Sie sollen nicht nur Wissen über ihre Themen verbreiten, sondern sich auch um Methodik und Unterstützung von Kollegen kümmern. Diese Institute sollen Entwicklungen im Wissenschaft und Praxis zusammenbringen.
- C** Das Nationale Forum für Gesundheitsförderung und Prävention wurde ins Leben gerufen, wobei die wichtigsten Akteure in der Gesundheitsförderung zusammengebracht wurden, um die Regierung zu beraten. In den Niederlanden war dieses Forum im Nationalen Beratungsausschuss für Gesundheit angesiedelt, wurde dort aber aufgelöst. Es hatte nur eine beratende Funktion für die Regierung, die mit dem Rat nicht ganz zufrieden war. Ausserdem waren die Interessenkonflikte in diesem Forum

ein vorherrschendes Element, was gute Ergebnisse eher verhinderte.

- D** Weiterbildung spezialisiert auf Gesundheitsförderung und -erziehung wurde eingeführt.
- E** Eine Berufsvereinigung wurde gegründet, um professionelle Standards zu formulieren, z.B. ein professionelles Profil und einen Ethikkodex. Auch Repräsentation spielt eine wichtige Rolle.
- F** Eine beträchtliche Geldsumme wurde vor kurzem bereitgestellt für die Finanzierung von Forschung und die praktische Umsetzung von Ergebnissen. Dieser Entwicklungsfond für Gesundheitsförderung soll die Forschung fördern und erfolgreiche Programme implementieren.
- G** In den diversen Bereichen des Gesundheitssystems wurde eine strukturelle Finanzierung für Gesundheitsförderung zugesagt. Obwohl es Pläne gibt, das gesamte Finanzierungssystem für Gesundheit zu ändern, wird die Finanzierung für Gesundheitsförderungsaktivitäten entweder per Gesetz geregelt – ein nationales Versicherungsgesetz für besondere Kosten im Gesundheitswesen – oder durch kommunale oder nationale staatliche Haushalte.

Evaluation der Entwicklung in den Niederlanden

Ich habe bisher die organisatorischen Aspekte der niederländischen Situation betrachtet. Heute sind wir 25 Jahre weiter und weiser.

Nicht alles lief wie erwartet. Vieles ging zu langsam, manches passierte überhaupt nicht oder ganz anders als erwartet. Die gesamten finanziellen Mittel für Gesundheitsförderung sind ziemlich begrenzt und das wird in den nächsten Jahren so bleiben. Gesundheitsförderung ist immer noch ein hässliches Entlein unter hübschen Schwänen im Tümpel des Gesundheitswesens. Für die Politiker scheint Gesundheitsförderung ein attraktives Thema für die Rhetorik zu sein, aber nicht für die Zuweisung von Geldern. Nur ein Bruchteil (0,5 %) des gesamten Haushalts für Gesundheit wird für Gesundheitsförderung verwendet.

Wir hatten theoretische Schwierigkeiten mit neuen Terminologien wie Gesundheitserziehung, Gesundheitsförderung, Volksgesundheit, Gesundheitsinvestition, Public Health, New Public Health, primäre Prävention etc. Oft wurden Begriffe kreiert, die niemand genau verstand – was eher zur Verschleierung als zur Klärung führte. Dies ist eine Gefahr für die Entwicklung von Gesundheitsförderung – man denke nur an den Turm von Babel – ein Projekt, das scheiterte, weil die Leute nicht mehr die Sprache des anderen verstanden.

Inzwischen haben sich einige Grundannahmen unserer Arbeit geändert

und dieser Prozess dauert noch an. Das ist normal bei einer (neuen) Wissenschaft. Ein Beispiel: wir haben gelernt, nicht das Opfer zu beschuldigen, andere die Gesundheit beeinträchtigende Faktoren zu berücksichtigen. Wir betrachten Gesundheit in einem breiteren sozialen Kontext, wir müssen in Partnerschaft mit anderen Sektoren arbeiten, Kooperationen bilden, um bestehende Infrastrukturen besser zu nutzen und zu guter letzt die Menschen selbst in die Aktivitäten einbinden.

Ich bin nicht sicher, ob die Idee der Gesundheitsförderung im Sinne der Ottawa-Charta in unserem Land wirklich sinnvoll angewendet wird. Der Schwerpunkt wird immer noch auf Nichtrauchen, gute Ernährung, weniger Alkohol, sexuell übertragbare Krankheiten und Aids, vernünftigen Umgang mit Drogen, körperliche Aktivität usw. gelegt, also die traditionellen Themen der Gesundheitserziehung, die politische Aufmerksamkeit erregen. Die Menschen zu befähigen ist natürlich eine zentrale Frage, die Ansätze sind meistens multisektoral, aber ich bin nicht sicher, ob die Setting-Ansätze in unserem Land so erfolgreich sind oder ob wir die fünf Grundsätze der Ottawa-Charta sinnvoll anwenden. Wir haben noch einen weiten Weg vor uns.

Doch wenn ich die Entwicklung der Gesundheitsförderung der letzten 25 Jahre in unserem Land bewerte, bin ich durchaus zufrieden:

- Wir haben der Gesundheitsförderung einen strukturellen Platz in unserem Gesundheitssystem gegeben
- Wir haben beträchtliche Kapazitäten gebildet
- Wir haben eine stabile finanzielle Basis
- Wir haben viele Daten über gute Praxis und effektive Programme – wir haben unsere Arbeit getan. Der Nachweis für effektive Programme ist da. Und langsam, langsam akzeptiert der kurative Sektor die Gesundheitsförderung als eine Notwendigkeit.

Aber auch nach 25 Jahren ist dies nur ein kleiner Baum, der im Schatten der grossen Eiche der kurativen Medizin noch wachsen muss. Er verdient viel mehr Licht. Er braucht Zeit, um seinen Platz zu finden.

Was nun?

Wir sind noch nicht dort, wo wir sein wollen. Vor allem müssen wir die Infrastruktur intakt halten und stärken. Ausserdem müssen wir:

- die Kluft zwischen reich und arm verringern. Der Unterschied in der Lebenserwartung von Menschen mit niedrigen und höheren Einkommensgruppen beträgt fast 4 Jahre. Dies ist inakzeptabel in einer modernen Gesellschaft wie unserer
- die Basis stärken: regionale und örtliche Aktivitäten, die die Menschen so weit wie möglich einbinden, um die Kapazität der Gemeinde zu verbessern
- auf Qualität konzentrieren. Wir werden mehr Forschung für effektive

Programme betreiben und die effektivsten umsetzen. Wir werden mit anderen experimentieren. Wir werden ineffektive Programme stoppen.

- die Programme fördern, damit sie mehr denn je Teil des New Public Health werden. Obwohl Public Health generell die Gesundheitsförderung wenig unterstützt, muss es in Zukunft mehr Kooperation geben.
- uns verstärkt dafür einsetzen, dass Gesundheitsförderung auf die politische Tagesordnung kommt, wo es einen Platz in der Diskussion über ein integriertes Gesundheitssystem verdient.
- eine langfristige finanzielle Basis sichern und die Kapazität der Gesundheitsförderung erweitern.
- unsere Programme an die neuen Entwicklungen in Gemeinden, an Arbeitsplätzen, im Kommunikations- und Informationsbereich anpassen – um nur einige zu erwähnen. Kooperation wird unerlässlich.

Kooperation und Qualität sind notwendig

Es war bisher gut möglich, Gesundheitsförderung im Rahmen unseres bestehenden Gesundheitssystems zu entwickeln. Aber das Gesundheitssystem ist traditionell kurativ orientiert. Neue Entwicklungen werden nur akzeptiert, wenn es deutlich ist, dass sie funktionieren. Also muss die Betonung in Zukunft auf der Frage liegen: wie bewährt sich Gesundheitsförderung.

Der medizinische Sektor ist traditionsgemäss nicht multisektoral orientiert. Sozio-ökonomische, kulturelle und umweltbedingte Faktoren werden kaum berücksichtigt. Dadurch ist das Konzept der Gesundheitsförderung schwer zu verstehen und noch schwieriger zu handhaben in einem System, das auf verschiedenen Ministerien mit eigener Domäne basiert. Wir müssen die Botschaft der Gesundheitsförderung verständlicher machen.

Gesundheitsförderung ist ein politisches Konzept, welches auch auf politischer Ebene schwer zu verstehen ist, d.h. dass einige politische Parteien den Grundideen gegenüber offener stehen als andere. Es gib eine Menge Lippenbekenntnis, aber die meisten Parteien bevorzugen konkrete Themen wie Nichtrauchen, Nichttrinken usw. Bis jetzt hat keine Partei der Gesundheitsförderung einen zentralen Stellenwert gegeben. Das Thema scheint in politischer Hinsicht immer noch nicht sehr interessant.

Meiner Meinung nach ist eine starke Struktur, die alle Elemente der Gesundheitsförderung zusammenfügt, absolut notwendig für die Entwicklung von Gesundheitsförderung. Dies bedeutet enge Kooperation zwischen allen Beteiligten – nennen wir es eine Allianz für die Gesundheitsförderung.

Der nächste Schritt ist jetzt: der Gesundheitsförderung die Chance geben, sich zu bewähren mit effektiven und qualitativ hochwertigen Programmen und sich bekannt zu machen auf allen möglichen Ebenen – innerhalb und

ausserhalb des Gesundheitssektors.

Einige Empfehlungen

Man sollte an einige wichtige Punkte denken, um Kontinuität in der Entwicklung von Gesundheitsförderung herzustellen:

- Gesundheitsförderung sollte ein gesetzlicher Bestandteil der Gesundheitspolitik des Landes, der Regionen und Gemeinden sein,
- ein System muss geschaffen werden, welches einen strukturellen Platz und kontinuierliche Entwicklung von Gesundheitsförderung gewährleistet – Übergangslösungen sollten vermieden werden,
- die Qualität der Programme muss höchsten wissenschaftlichen Standards entsprechen,
- ein System der strukturellen Finanzierung muss geschaffen werden, entweder per Gesetz oder durch ein versicherungsorientiertes System, oder beides.

Die Struktur der Gesundheitsförderung und ihre Entwicklungspolitik ist ein zu wenig beachtetes Thema. Wir können viel von einander lernen. Vielleicht subventioniert die EU eine Studie, ein Projekt, welches die Erfolgsfaktoren für die Entwicklung der Gesundheitsförderung in den verschiedenen Ländern analysiert. Als Ergebnis könnte es eine Reihe von Empfehlungen für Gesundheitsförderung im kommenden Jahrzehnt geben „für ein gesundes Europa im Jahr 2010.“

Zumindest ist die Konferenz in Mexiko ein Schritt nach vorn zur Formulierung nationaler Programme. Das Europäische Netzwerk zur Gesundheitsförderung mit Schwerpunkt Bewegung hat gerade Richtlinien für die Entwicklung von nationaler Politik und Strategie in unserem Gebiet formuliert. Ich hoffe, andere werden es ähnlich tun, wenn möglich auf koordinierter Art und Weise.

Und zum Schluss:

Nicht alles ist heute möglich – aber vielleicht kann es morgen erreicht werden! Wir haben in den letzten Jahrzehnten viel geschafft, aber Gesundheitsförderung braucht Zeit! Ich bin sicher, wir sind auf dem richtigen Weg! Aber wir brauchen Vision und Mut, nicht nur den Inhalt der Gesundheitsförderung zu entwickeln, sondern auch die Infrastruktur in unseren Ländern!

Hans Hagendoorn

Niederländisches Zentrum für Gesundheitsförderung NIGZ

De Bleek 13, NL 3440 Woerden

Tel. 0031 - 348437600, Fax 0031 - 348437625

E-mail jhagendoor@freeler.nl

Politische Verantwortungen für Gesundheitsförderung in Deutschland

Auszüge aus einem Podiumsgespräch

bei der Werkstatt-Tagung zur Gründung einer „Allianz für Gesundheitsförderung in Deutschland“ am 7. / 8. 12. 2000 in Bielefeld

Teilnehmer:

- Herr Erwin Jordan, Staatssekretär im Bundesministerium für Gesundheit
- Herr Meinolf Nowak als Vertreter des Deutschen Städtetages und Sozialdezernent der Stadt Herne
- Herr Norbert Lettau, Senatsdirektor bei der Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales in Hamburg

Moderation:

- Prof. Dr. Eberhard Göpel, GesundheitsAkademie e.V., Bielefeld

Herr Göpel: Bei der letzten Weltkonferenz zur Gesundheitsförderung im Juni 2000 in Mexiko haben 80 Gesundheitsminister aus aller Welt in einer gemeinsamen Erklärung angekündigt, in den nächsten Jahren in ihren Ländern jeweils landesweite Aktionspläne für Gesundheitsförderung zu erarbeiten und sich über den Verlauf und die Ergebnisse mit der Weltgesundheitsorganisation (WHO) auszutauschen. Fast alle europäischen GesundheitsministerInnen haben sich dieser Erklärung angeschlossen, u. a. auch die Bundesministerin für Gesundheit aus Deutschland.

Nach 20 Jahren unverbindlicher Interessensbekundungen der Regierungen gegenüber der WHO zu den Zielsetzungen der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung scheint nunmehr in Europa im Zusammenhang mit Diskussionen über nationale Gesundheitsziele auch für die Gesundheitsförderung eine wirksamere Politik möglich zu werden.

Für Deutschland bedeutet dies eine besondere Herausforderung angesichts der gering entwickelten kommunalen Verantwortungsstrukturen in diesem Bereich, föderaler Zurückhaltung bis Untätigkeit der Bundesländer und einer Gesundheitspolitik auf der Ebene des Bundes, die von den Auseinandersetzungen um die Gelder der Krankenversicherungen bestimmt wird und die bisher bei keiner politischen Partei ein ausgeprägtes und wirkungsvolles Interesse an einer nachhaltigen Gesundheitsförderungs-Politik erkennen ließ. Wir wollen das Gespräch daher vor allem auf die Frage lenken, wie bei der Entwicklung eines landesweiten Aktionsprogrammes zur Gesundheitsförderung in Deutschland eine vertikale Kooperation zwischen Bund, Ländern und Kommunen unter Stärkung ihrer jeweiligen Verantwortungsbereiche verbessert werden kann.

Herr Jordan: Ich glaube, dass es, was die deutschen Aktivitäten insgesamt angeht, nicht der Erklärung von Mexiko bedurfte. Was wir aus der Erklä-

rung mitnehmen können, ist das Stichwort „Landesweiter Aktionsplan“ und das löst bei mir gleich die Frage aus, wie man zu einem derartigen bundesweiten Aktionsplan kommt. Das Problem, was wir in Mexiko auch schon von Seiten der Bundesregierung markiert haben, ist die spezifische, politische Struktur des Föderalismus in Deutschland und damit ein sehr zergliedertes Gesundheitssystem, ganz unterschiedlich gelagerte Verantwortung und es ist nicht immer ganz klar, wer eigentlich der federführende Akteur sein soll, der den Plan in Gang setzt oder der überhaupt legitimiert ist, zum Erstellen eines Planes aufzurufen.

Wir merken, im Bereich der Gesundheitsförderung und der Prävention läuft vieles verstreut und es kommen immer wieder neue Ansätze dazu. Eine Bündelung erscheint mir daher durchaus nötig. Ich sehe eine Notwendigkeit, für die Zukunft in Deutschland zu einer gemeinsamen Handlungs-Plattform zu kommen, um dabei mit den einzelnen Akteuren zu bestimmen, welcher Zusatznutzen dadurch entstehen könnte, weil alle in ihren Projekten und in ihren Bereichen ja auch schon genug zu tun haben. Wenn ich allein auf die Liste der Referentinnen und Referenten dieser Tagung schaue, dann sieht man ja schon, wie breit das Spektrum ist. Ob am Schluss ein gemeinsamer Plan steht, da bin ich mir noch nicht sicher.

Ich glaube, die vielen Abstimmungen, die nötig wären, um einen Plan im herkömmlichen Sinne zu erstellen, diese Energie wäre vielleicht besser investiert in die Arbeit in den einzelnen Sektoren und in den einzelnen Bereichen, wenn man es schafft, sich unter einem gemeinsamen Dach mit gemeinsamen Zielen auch so wirkungsvoll abzustimmen. Das Gesundheitsministerium versucht seit dem Regierungswechsel, einzelne Bausteine zu diesem Konzept zu liefern. Dazu gehört zum Beispiel die Wiederbelebung des § 20 SGB V, die, was den praktischen Teil angeht, noch eine schwierige Geburt ist.

Wir haben jetzt auch einen entsprechenden Vertrag mit der GVG abgeschlossen, um das Projekt „Gesundheitsziele in Deutschland“ anzugehen. Es gibt dazu einen Auftrag der 72. Gesundheitsministerkonferenz, eine Politik zu formulieren, die sich an Gesundheitszielen orientiert. Das ist an uns als Bundesregierung herangetragen worden und wir haben das jetzt aufgegriffen, aber es ist keineswegs so, dass dies überall mit Begeisterung aufgenommen wurde, weil natürlich alle im System ihre Aufgaben und auch ihre Machtfelder tangiert sehen. Wir haben es trotzdem gemacht und unser Ziel ist, in einem eineinhalb Jahre dauernden Prozess zur Findung von Gesundheitszielen zu kommen. Im Sommer 2002 wollen wir den abgeschlossen haben und das Ergebnis präsentieren. Wir haben also jetzt einen Arbeitskreis eingerichtet, in dem die Bundesländer, die Ärzteschaft, die Kassen und VertreterInnen aus der Selbsthilfe und von Patientenorganisationen vertreten sind.

Dieser Arbeitskreis soll sich anmaßen, auf der Grundlage einer Bestandsaufnahme in Deutschland in den einzelnen Regionen und unter Einbeziehung internationaler Erfahrungen und Vergleiche (Benchmarking) eine überschaubare und handhabbare Anzahl von Gesundheitszielen zu entwickeln. Dies soll in einem öffentlichen Prozess geschehen, also mit der entsprechenden Transparenz über Zwischenbilanzen und mit offenen Foren. Und es war für uns ganz wichtig, von Anfang an zu sagen, wir machen keine Gesundheitszieldebatte auf der Ebene allein der Versorgung, sondern wir machen eine Gesundheitszieldebatte ganz ausdrücklich mit einer Schwerpunktsetzung im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention.

Herr Göpel: Herr Lettau, Gesundheitspolitik ist ja primär Aufgabe der Länder in unserer Verfassung. Warum ist es so schwer, auf der Ebene der Bundesländer zu einer systematischen Politik der Gesundheitsförderung zu kommen?

Herr Lettau: Es ist nicht in allen Bereichen in gleicher Weise schwer, Gesundheitspolitik zu gestalten. Die Frage der Versorgung ist z. B. tradiert in der Obhut der Länder und funktioniert meines Erachtens, was die klinische Versorgung z. B. durch die Erstellung der Krankenhauspläne und die Bereitstellung der Investitionsmittel anlangt, ja recht bewährt. Von Land zu Land mag das unterschiedlich in der Qualität und der Quantität der zur Verfügung gestellten Mittel sein; hier sprechen wir aber über den moderneren Sektor, eben die Betonung der Gesundheit, und das heißt eben auch die Entwicklung einer Politik der Gesundheitsförderung. Da tun sich auch die Länder schwer. Ich bin hier allerdings nicht der ganz typische Landesvertreter, denn als Vertreter der Freien und Hansestadt Hamburg habe ich zwei Hüte auf, Hamburg ist eben Land und Kommune gleichzeitig.

Ich stamme aber aus Nordrhein-Westfalen, habe früher in einem Flächenland gearbeitet, meine also insofern auch dort die Situation beurteilen zu können und ich bekenne mich ausdrücklich dazu, dass Gesundheitsförderung vor allem in der Kommune stattzufinden hat. Also bevor wir über andere Ebenen sprechen, Bundes- oder Landesebene, geht es mir darum, dass wir versuchen, die Kommunen zu stärken als sich selbst verwaltende Gebietskörperschaften. Dort treten die sozialen Ungleichheiten der Gesundheitschancen am deutlichsten und konkretesten in Erscheinung und hier ist die größte Herausforderung für alle, die sich für die Gesundheitsförderung engagieren.

Hier liegt unser gesundheitspolitisches Hauptproblem, nämlich die soziale Benachteiligung im Bereich der Gesundheit und dies bedeutet, dass wir mit den Angeboten, die wir haben, seien sie konzipiert auf einer Landesebene oder auf einer kommunalen Ebene, normalerweise jene Schichten nicht erreichen, die wir erreichen wollen.

Ein roter Faden unserer Bemühungen und eine wesentliche Erkenntnis aus der Gesundheitsberichterstattung ist das Thema soziale Benachteiligung. Wir haben nun mittelschichtorientierte Angebote der Gesundheitsförderung in Vielzahl, damit erreichen wir aber die sozial benachteiligten Quartiere, die alleinerziehenden, oftmals überforderten Mütter und andere sozial benachteiligten Gruppierungen nicht, und da kann ich wirklich aus Hamburg aus Erfahrung sprechen, weil wir dort doch einige Quartiere haben, in denen soziale Benachteiligung sich ballt.

Insofern mein erstes Credo dazu, obwohl ich Landesvertreter bin: Wir müssen insbesondere die kommunale Ebene in den Fokus nehmen und dies muss flankiert und unterstützt werden durch die Länder und durch den Bund. Wie man dies unterstützt, dafür ist meines Erachtens der Instrumentenkasten ziemlich klar. Das ist auf der einen Seite das Engagement der Staatlichkeit, einschließlich der Kommune, und da ist der Bereich der Gesundheitsförderung im Vergleich zum Krankenhaus-Sektor ein Low-Budget-Bereich. Die Frage ist nun, wie kann man auf der Ebene sowohl des Bundes, der Länder, aber insbesondere der Kommune hier zu Verbesserungen kommen, und da hatten wir alle die Hoffnung, dass wir mit dem § 20 SGB V die Kassen auch dazu bekommen, sich dazu zu verstehen, gemeinschaftsfinanzierte Aktionen in einer Kommune mitzutragen. In Hamburg ist das jetzt schon wieder gelungen vor dem Hintergrund der Novelle des § 20, aber bundesweit sehe ich diese Situation noch nicht. Bundesweit sehe ich eher wieder die Gefahr, dass dieser erweiterte Verantwortungsbereich vernachlässigt wird, obwohl wir ja den Setting-Ansatz noch in letzter Minute in die Richtlinien der Krankenkassenverbände bekommen haben. Meines Erachtens muss der Auftrag des § 20 im Verständnis der Krankenkassen politisch noch deutlicher verankert werden, damit diese sich auch verpflichtet fühlen, den schwierigsten Teil, nämlich die kommunale Vernetzung, mit zu unterstützen und dass sie dieses in Ergänzung zu den Aktivitäten der Kommunen auch leisten müssen.

Herr Göpel: Ich frage noch einmal nach: Ist das nicht ein Abwälzen der öffentlichen Verantwortung auf die Krankenkassen und stünde nicht eher auf der Tagesordnung, in den Landeshaushalten etwas einzusetzen, was dieser politischen Koordinations-Verantwortung entspricht? Woran scheitert das?

Herr Lettau: Wenn in den Landeshaushalten Gelder bereitgestellt werden für diesen Bereich, dann nur unter der Voraussetzung, dass dieses Geld auch in den Kommunen anlangt. Sonst haben wir nachher wieder diese Mega-Gremien auf Landesebene. Dort wird dann eine Planung gestartet, die relativ abgehoben und auf einer Abstraktionsebene geschehen kann, die in der Kommune nicht ankommt.

Wenn wir uns wirklich dahin vereinbaren, dass die Hauptzielgruppe der Gesundheitsförderung sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche, sozial benachteiligte Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer und inzwischen auch insbesondere ältere Menschen sind, dann müssen wir entsprechende Initiativen gestalten in den Kommunen. Dazu gibt es nach den bald schon 20 Jahren Erfahrung, die man auf diesem Gebiet hat, meines Erachtens keine Alternative.

Herr Göpel: Herr Nowak, auf die Kommunen kommen vielfältige Belastungen im sozialen Bereich zu, verbunden mit der Erwartung, dass dort alles wieder ins Lot gebracht werden kann, was auf der Makro-Ebene schief läuft. Im Rahmen kommunaler Daseinsvorsorge bemühen Sie sich ja auch redlich im Rahmen Ihres Dezernats um eine Neustrukturierung der kommunalen Aktivitäten. Wo sind aus Ihrer Sicht auf der kommunalen Ebene die Ansätze, um Synergien zu schaffen und welche Unterstützung brauchen Sie als einsamer Dezernent?

Herr Nowak: Ich würde ganz gerne noch mal zur Frage von Aktionsplänen Stellung nehmen. Wir haben ja nun in den letzten Jahrzehnten eine Vielzahl von Plänen – ob man die nun Gesundheitspläne nennt, Aktionspläne oder wie auch immer – an uns vorbeiziehen sehen. Was hat sich aber real geändert und welche Möglichkeiten hat man denn, um derartige Prozesse gemeinsam zu entwickeln im Sinne eines Dialogverfahrens, das prozessorientiert ist und letztlich angewiesen auf Konsensfindung. Für die Dinge, die wir z. B. im Kontext kommunaler Gesundheitspolitik und -planung umzusetzen versuchen, bedarf es bestimmter gesetzlicher Regelungen, denn die gegenwärtigen sind möglicherweise eher ein Hemmnis für die Umsetzung umfassender Gesundheitsziele. Das sind aus meiner Sicht zentrale Fragen, die bisher noch nicht beantwortet sind und man muss ganz deutlich sehen, dass solche Prozesse auch nicht in Gang kommen können, wenn man dazu keine entsprechende Infrastruktur hat. Das bedeutet zunächst mal auf der kommunalen Ebene, dass sie in irgendeiner Form eine Struktur haben müssen, in der die unterschiedlichen Akteure, und ich würde dabei auch durchaus die Verkehrs- und Umweltplanung oder von mir aus auch Sozialplanung einbeziehen, sich konstruktiv und verbindlich verständigen können. Dazu brauchen sie eine Infrastruktur und das Instrument, das eigentlich am weitesten verbreitet ist, dürfte wahrscheinlich das Instrument der Gesundheitskonferenzen sein, wobei diese außerordentlich unterschiedlich konfiguriert sind. Das Land NRW, in dem wir uns hier befinden, hatte ja die Illusion, dass es mit einem Landesgesundheitsgesetz solche Dinge mehr oder weniger von oben regeln könnte, aber wenn sie sich die Realität in den Kommunen oder auf der kommunalen Ebene ansehen, dann werden sie feststellen, dass in den Gemeinden, in den Städten und Landkreisen erhebliche Lücken sind und dass man solche gesetzlichen Vorgaben natürlich auch sehr formal und ohne Engagement durchziehen

kann. Und deswegen glaube ich, dies ist vor allem eine Aufgabe derjenigen, die vor Ort zusammenkommen und versuchen, hier gemeinsam die gesundheitlichen Verhältnisse zu verbessern. Dazu gehören die Kommunen, die kommunalen Vertreter, dazu gehören die Krankenkassen, dazu gehören natürlich auch Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeorganisationen und andere. Das halte ich für einen wichtigen Punkt und dazu bedarf es einer tragfähigen Infrastruktur – ob die jetzt Gesundheitskonferenz oder anders heißt, ist mir dabei ziemlich egal, aber das wäre aus meiner Sicht eine essentielle Voraussetzung und dazu müssten natürlich die Kommunen auch bereit sein. Herr Lettau hat ja beschrieben, wie das in Hamburg ist und es gibt sicherlich auch eine Vielzahl von Kommunen in NRW, die sich ähnlich engagieren, aber man muss natürlich auch andere dort ins Boot bekommen und das gestaltet sich angesichts der Rahmenbedingungen, die ich eingangs dargestellt habe, als außerordentlich schwierig.

Herr Lettau: Ich versuche dies mal konkret zu erläutern. Ich würde mir wünschen, dass wir auf der Grundlage des § 20 eine andere Beweglichkeit der Krankenkassen haben, gemeinsam mit der Kommune, mit den Selbsthilfegruppierungen, mit den Initiativen und Vertretern der Arbeitgeber- und Arbeitnehmer-Verbände, so wie wir das in kommunalen Gesundheitskonferenzen ja in vielen Kommunen inzwischen haben, sich dort mit einzubringen und dann eben auch gemeinschaftlich mit zu finanzieren. Das wäre mein erster Wunsch. Das Zweite wäre, dass es gelingen möge, in Deutschland endlich einmal wirklich nicht nur in solchen Kreisen, wie wir uns heute hier versammelt haben, „Gesundheit“ zum Thema zu machen und nicht immer nur Krankheit. Wir wissen, bei jeder Umfrage in Deutschland rangiert in der Werteskala der Bürger an erster Stelle „Gesundheit“. Umgekehrt proportional dazu ist die Wertigkeit von Gesundheit und einer Gesundheitsförderungs-Politik auf allen drei politischen Ebenen einzugruppiert. Ich habe es noch erlebt in NRW, da wurde der Vorsitz des Sportausschusses der Bedeutung nach weit vor dem Vorsitz des Gesundheitsausschusses vergeben. Wenn es also gelänge, endlich mal die Gesundheit zum Thema zu machen für gemeinschaftliche Anstrengungen aller drei Verantwortungsebenen, dann wäre sehr viel im Verständnis erreicht gegenüber den Adressaten, die es angeht. Auch die Ärzteschaft und die Apothekerschaft, also auch die klassischen Versorgungsbereiche müssen sich meines Erachtens noch viel deutlicher diesen Feldern gegenüber öffnen und Gesundheitsförderung zum Thema machen.

Der dritte Aspekt, und das ist m. E. fast der schwierigste, und da müssen wir uns als Vertreter der Kommunen, der Länder und des Bundes wohl sehr an die Nase fassen, das ist das Thema der Verzahnung. Wir haben einige sehr schöne Modelle der Vernetzung der Arbeit in einzelnen Kommunen, beispielhaft kann ich Hamburg benennen und ich weiß, dass es auch in NRW und in anderen Ländern und Kommunen sehr schöne Beispiele gleicher Art

gibt – dort gelingt die Vernetzung. Aber es gelingt nicht eine Verzahnung der verschiedenen Ressorts öffentlicher Verwaltung. Die öffentliche Hand tut sich sehr schwer, zu einer Koordinierung ihrer Arbeit zu kommen.

Es gibt mehrere Programme zur intersektoralen Kooperation. Denken Sie an das Gesunde-Städte-Projekt und die Lokale Agenda 21. Aber wo können wir in Deutschland funktionierende Modelle solcher Verknüpfung vorfinden? Ich kann Ihnen ein triviales Beispiel aus Hamburg nennen: Wenn wir mit einem Nachbarressort, zuständig für Quartiersentwicklung zum Beispiel und hochengagiert in diesem Feld, verhandeln und sagen, wir möchten stärker mit hineinkommen können in die quartiersbezogenen Ansätze unter dem Aspekt Gesundheit, dann führt das im Zweifel eher zu dem Ergebnis, dass dort ein zusätzliches Referat eingerichtet wird zur Gesundheitsförderung, statt die Arbeit dort zu vernetzen, wo die Kompetenz bereits vorhanden ist. Noch schwieriger wird die Vernetzung innerhalb der öffentlichen Verwaltungen, wenn z. B. der Verkehrsbereich oder der Baubereich einbezogen werden soll. Hier ist noch viel zu leisten und ich würde mich freuen, wenn wir zunächst im Bereich Umwelt und Gesundheit voran kämen.

Herr Jordan: Ich sehe eine Gefahr darin, dass wir zu wenig berücksichtigen, wie viele Leute bereits aktiv sind vor Ort und wie viele praktische Projekte es bereits gibt. Es gibt zwar viele Schwierigkeiten, materielle und immaterielle Probleme, aber es gibt eine erhebliche Substanz mittlerweile in Deutschland. Die Frage ist, wie wir diese vielfältigen Ansätze in einen nachhaltig tragfähigen Zusammenhang bringen können. Und das ist für mich die zentrale Frage jeglicher weiterer bundesweiter Aktivitäten zur Gesundheitsförderung. Deswegen komme ich noch einmal auf das Stichwort Plattform zurück. Vielleicht brauchen wir eine öffentliche Plattform, die eine Austauschebene bietet für die guten Beispiele, die es gibt, mit dem Ziel, voneinander zu lernen und nicht immer wieder alles von vorne anzufangen. Vielleicht brauchen wir auch eine Plattform, die die Ausbildung und Motivation der Multiplikatoren stärkt und vielleicht auch eine Plattform, die gebündelt Politikberatung macht, damit wir einen Motor schaffen dafür, dass gesundheitsfördernde Aspekte künftig stärker in andere Handlungs- und Politikfelder hineinwirken.

Wir werden beim neuen § 20 und bei dessen praktischer Umsetzung völlig neue Erfahrungen machen, weil die Rechtsetzung sich ja unterscheidet von den alten Regelungen des § 20. Wir müssen die Erfahrungen sehr zeitnah auswerten. Unsere Vorstellung ist, im Herbst 2001 eine größere Zusammenkunft zu machen, bei der wir u. a. den Zwischenstand der Beratung zu den Gesundheitszielen mit den Aspekten Prävention und Gesundheitsförderung, den Stand beim § 20 und die Frage, wie weit wir im Bereich Umwelt und Gesundheit sind, zusammenfassend beraten und sehen, ob wir Schritte nach vorn gemeinsam formulieren können. Vielleicht sind das

ja Schritte, die wir gemeinsam angehen können.

Herr Göpel: Bei der Diskussion um Ressourcen hat Herr Nowak darauf hingewiesen, dass die Mittel des § 20 uns nicht grundsätzlich voranbringen, denn es geht um andere Größenordnungen. Es sind Mittel in der Größenordnung von 30 Mrd. Mark, die die Bundesregierung jährlich einnimmt durch Tabak- und Alkoholsteuer. Eine ganz bescheidene Forderung könnte ja sein, äquivalent davon 10 % als Einstieg für einen Fonds Gesundheitsförderung zur Verfügung zu stellen.

Ich frage jetzt mal diejenigen, die hier politische Verantwortung haben: Wie bringen wir im gesellschaftlichen Raum eine öffentliche Diskussion darüber in Gang, dass einerseits 30 Mrd. Mark pro Jahr abkassiert werden für die Tabak- und Alkoholsteuer, ohne dass irgendetwas davon für die Suchtprävention und die Gesundheitsförderung wieder zur Verfügung gestellt wird. Aus meiner Sicht ist es ein politischer Skandal und ein Versagen der GesundheitspolitikerInnen im Parlament, dass der Bundeshaushalt in einem erheblichen Umfang Einnahmen aus dem Suchtverhalten der Bevölkerung erzielt, ohne dass dem auch nur annähernd entsprechende präventive Maßnahmen und Aktivitäten der Gesundheitsförderung gegenüber stehen.

Wie könnte also im gesellschaftlichen Raum – wir reden jetzt von der Entwicklung einer zivilen Bürgergesellschaft – eine öffentliche Kommunikation in Gang gesetzt werden, die es vorstellbar macht, dass auch in Deutschland ein Gesundheitsförderungsgesetz im Bundestag wie in Österreich verabschiedet wird, das mit wenigen Paragraphen eine klare Regelung der Verantwortungsstrukturen von Bund, Ländern und Gemeinden und einen gemeinsamen Finanzierungsmodus etabliert. Nicht als Umweg über die Krankenkassen, der eher mühselig ist, sondern als direkte politische Initiative, in der die Gesundheitsförderung in Deutschland ein prioritäres Handlungsfeld von allen Parteien, von allen Politikern, von allen gesellschaftlichen Kräften auch gemeinsam aufgegriffen wird.

Herr Lettau: Ich plädiere nach wie vor aus voller Überzeugung dafür, dass die Kommune im Fokus dieser Bemühungen stehen muss, dass heißt aber nicht, dass ich dagegen bin, einen Fonds auf der Bundesebene zu etablieren. Wir müssen uns nur dazu verständigen in einem Diskurs, in welcher Weise Gelder dann verteilt werden sollen und auf welchen Ebenen. Mein Credo geht nur dahin, dass es in den Kommunen auch ankommen muss, wie z. B. für Modellprojekte der vernetzten Arbeit, die man aus einem solchen Fonds speist. Und dass es dann dazu auf der Bundesebene eine koordinierende Struktur geben sollte, die z. B. gut funktionierende Beispiele dokumentiert und per Internet oder mit anderen Methoden miteinander verknüpft und öffentlich vermittelt. Das versuchen wir z. B. im Gesundheits-Städte-Netzwerk. Das ist mühselig genug dort, aber es funktioniert und wir wollen das ausweiten.

Gesundheitsförderung als gesellschaftliche Gestaltungsaufgabe

„Gesundheits“-Politik wird in Deutschland seit vielen Jahren in erster Linie auf Krankenkassen-Recht, Leistungskataloge für medizinische Behandlungsverfahren, Krankenhaus-Planung, Vergütung von Ärzten und finanzielle Zuzahlungsregelungen für die Versicherten beschränkt. Die Leistungs- und Vergütungsstrukturen des Krankenversorgungswesens sind daher gegenwärtig vor allem auf Schadensregulierung ausgerichtet, d.h. der finanzielle Umsatz aller Beteiligten ist umso größer, je behandlungsbedürftiger die Menschen sind oder sich fühlen. Diese politisch-ökonomische Fehlsteuerung erzeugt für alle im Gesundheitswesen Tätige ein unmoralisches Dilemma: Ihre Einkommenschancen sind umso größer, je häufiger, je länger und je behandlungsintensiver Menschen erkranken und über je weniger Informationen und Fähigkeiten diese verfügen, um sich selbst wirksam helfen zu können.

Das Krankheitsverwertungswesen hat sich auf dieser Grundlage in Deutschland zu einem der größten Einzelwirtschaftsbereiche entwickelt und das „Health-Care-Business“ produziert seit vielen Jahren die stabilsten „share-holder-values“. Es gilt als eine aussichtsreiche Zukunftswirtschaft, deren Lobbyisten in allen Parteien für eine entsprechende Wirtschaftsförderung werben und die offizielle Politik bestimmen.

Die Entwicklung der Lebenschancen der Bevölkerung vollzieht sich allerdings weitgehend losgelöst von diesen Aktivitäten. Die durchschnittliche Lebenserwartung ist in vielen Ländern mit wesentlich geringerem medizinischen Behandlungsverbrauch, wie z. B. in Griechenland, deutlich höher.

Seit vielen Jahren fordert die Weltgesundheitsorganisation daher eine Neuorientierung der Gesundheitspolitik in Richtung auf eine Politik der Gesundheitsförderung, in der Investitionen für die Gesundheit in den Mittelpunkt öffentlicher Politik gerückt werden.

Um dies möglich zu machen, ist zunächst eine gesellschaftliche Verständigung über wesentliche Rahmenbedingungen für die Entwicklung menschlicher Gesundheit notwendig.

Diese soll mit den folgenden Ausführungen für die Initiativen der „Allianz für Gesundheitsförderung“ unterstützend eröffnet werden, damit die von den politischen Parteien angekündigten neuen politischen Reformbemühungen in Zukunft tatsächlich zu einer „großen Gesundheitsreform“ führen können:

In multikulturellen, säkularen Gesellschaften gewinnt das Gesundheitsmotiv aus Mangel an übergeordneten gemeinsamen existenziellen Deutungsmustern der eigenen Lebenserfahrungen an Bedeutung.

Den Menschen ist bewusst, dass ihr individuelles Leben endlich ist und dass sie erkranken können und sterben werden.

Als verbindendes gemeinsames Interesse erweist sich dabei der Wunsch, die erhoffte Lebenszeit nutzen zu können, nicht früher zu sterben als notwendig und von unnötigen Leiden verschont zu bleiben.

Im Unterschied zu traditionsgeleiteten, geschlossenen Gesellschaften, in denen die Lebensentwürfe weitgehend fixierten sozialen Anforderungen folgen, ändern sich die Rahmenbedingungen in modernen, offenen Gesellschaften grundlegend, da die Menschen sich der Notwendigkeit bewusst werden, als individuelle „Lebens-Unternehmer“ ihr Schicksal selbst zu bestimmen und die verfügbaren Lebens-Optionen aktiv zu nutzen.

Beim Blick auf die individuelle Lebensperspektive sind dabei zwei konträre Sichtweisen auf die Wirklichkeit möglich.

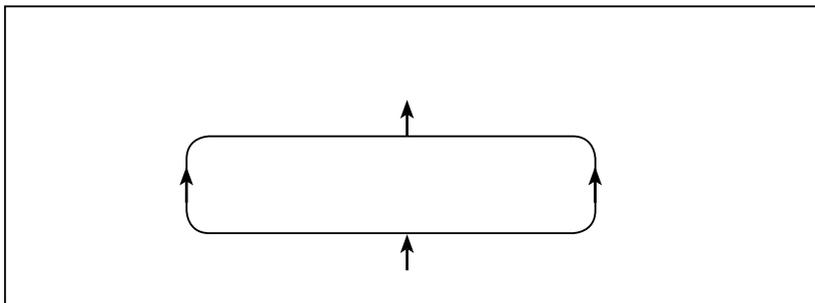
a) Der Lebensverlauf kann von einem antizipierten Ende her betrachtet werden, das durch Krankheit und Tod gekennzeichnet ist.

Die Aufmerksamkeit ist dann bei vermuteten Bedrohungen und der Sorge um frühzeitige Erkennung und Vermeidung von potentiellen Krankheitsgefährdungen.

Als Grundgefühl breitet sich Angst aus, nicht rechtzeitig mögliche Gefahren erkannt oder nicht rechtzeitig präventiv gehandelt zu haben.

b) Der Lebensverlauf kann von den verbliebenen Möglichkeiten her betrachtet werden und den noch nicht genutzten Chancen für ein sinnstiftendes, erfülltes Leben. Die Aufmerksamkeit ist dann bei erkennbaren Entwicklungsmöglichkeiten und der Suche nach Verwirklichung von noch ungelebten Optionen.

Als Grundgefühl breitet sich dann eher Neugier und Lust am Entdecken aus, die sich auf aktive Nutzung noch verfügbarer Lebenschancen richtet.

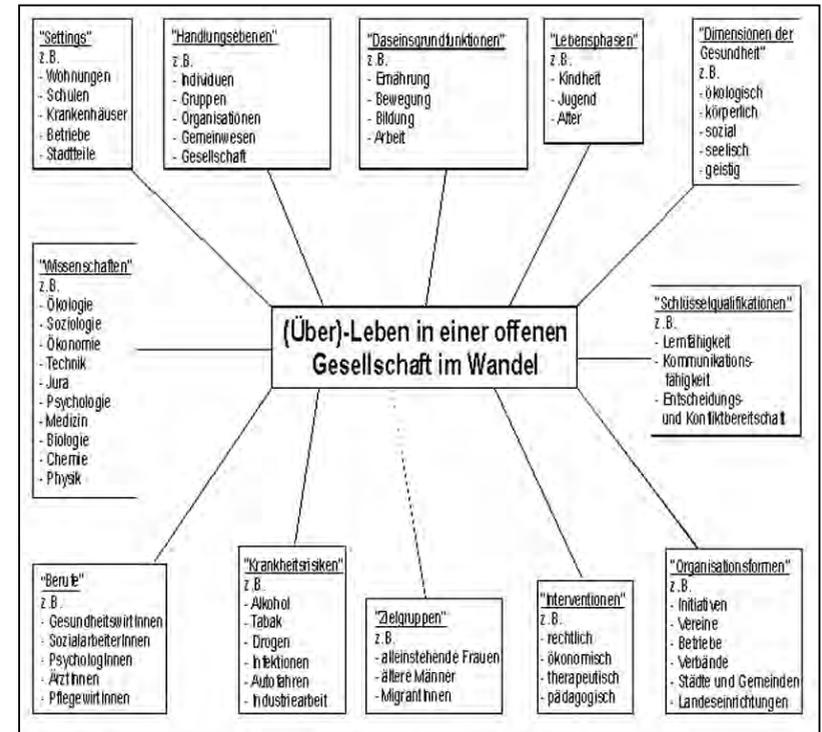


Ohne eine Beachtung vermeidbarer Gefährdungen drohen vorzeitige Störungen von notwendigen Lebensfunktionen, andererseits ist die Zahl möglicher Gefährdungen mit zunehmendem Wissensstand potentiell unendlich und psychisch als Entscheidungskriterium für die eigene Lebensgestaltung nicht mehr sinnvoll verkräftbar.

Ohne eine integrierende Lebenshoffnung droht eine vorzeitige Resignation gegenüber Einschränkungen von Lebensmöglichkeiten, andererseits sind die grundsätzlichen Beschränkungen der biologischen Lebensmöglichkeiten von Menschen zu beachten, um nicht vorzeitig Opfer des eigenen Leichtsinns oder der Ignoranz zu werden.

Der Lebensmut und die Lebensfähigkeit von Menschen wird in den modernen Gesellschaften gegenwärtig von zwei Seiten bedroht:

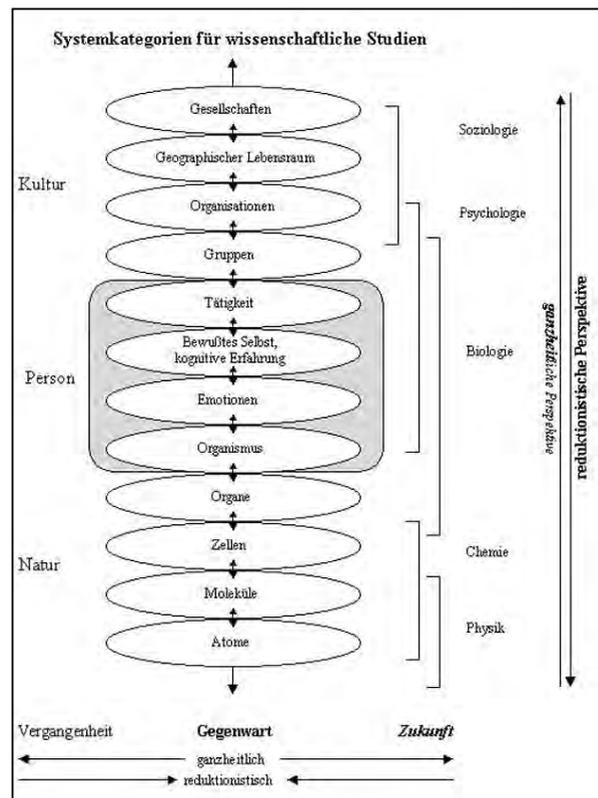
- a) Die Inflation von wissenschaftlichen Erkenntnissen bedroht eine orientierende Übersicht.
- b) Die Erosion der tradierten Religionen bedroht integrierende Lebenshoffnungen.



Gesucht wird daher eine Meta-Perspektive für das Leben in einer „reflexiven Moderne“, die das gesellschaftlich verfügbare Wissen gesundheitsfördernd gewichten und für eine hoffnungsstiftende Lebensgestaltung nutzen kann.

Im Unterschied zu den rückwärtsgewandten Sinnstiftungen der tradierten „Re-ligio“, muß diese Meta-Perspektive die Funktion einer „Pro-ligio“ haben, d.h. eines plausiblen und reflektierten Sinn-Entwurfes für das eigene Leben, der das verfügbare Lebenspotential erschließen kann. Entsprechende Gesundheitswissenschaften haben daher den Charakter einer Zukunftsforschung mit dem Ziel, nachhaltige Lebensperspektiven zu entwickeln.

Die erkenntnistheoretischen Begründungen für eine derartige Haltung wurden bereits von dem Philosophen Immanuel Kant im Rahmen der Aufklärung am Ende des 18. Jahrhunderts formuliert und in der „Philosophie des Als-Ob“ von Hans Vaihinger am Ende des 19. Jahrhunderts in lebenspraktischer Hinsicht vertieft.



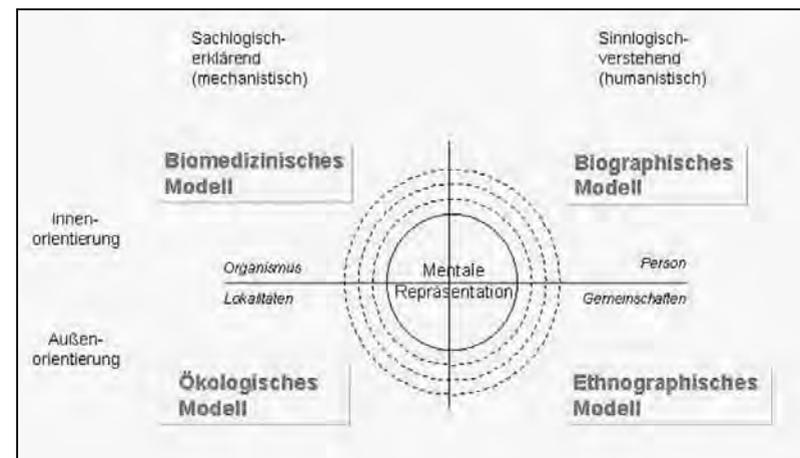
Systemkategorien für wissenschaftliche Studien

Insbesondere der Konstruktivismus hat dazu beigetragen, dass sich in den Wissenschaften vom Leben in den letzten Jahren ein höheres Bewusstsein von dem fiktiven Charakter der wissenschaftlichen Modell-Bildungen des Lebensprozesses verbreiten konnte.

„Gesundheit“ und „Krankheit“ sind in diesem Zusammenhang „regulative Leitideen“ im Sinne I. Kant’s, es gibt sie nicht „an sich“, sondern nur „für uns“. Es handelt sich um Verständigungs-Metaphern, mit denen Menschen ihre Lebenshoffnungen und -befürchtungen kommunizieren. Das medizinische Konzept der Pathogenese von Krankheiten sollte dabei künftig durch ein äquivalentes Konzept der Salutogenese von Gesundheitern ergänzt werden.

Die Reduzierung der medizinischen Wissenschaft auf die subpersonale Betrachtung biomedizinischer Gesetzmäßigkeiten reduziert die Humanmedizin auf die Perspektive der Veterinärmedizin. Psychologische, soziologische und ökologische Aspekte menschlicher Gesundheit werden dabei ausgeblendet.

Eine ganzheitliche Betrachtung menschlicher Erkrankungs- und Gesundungsprozesse hat dagegen alle möglichen Einfluss-Faktoren in Betracht zu ziehen und in ihren Konsequenzen zu bedenken.



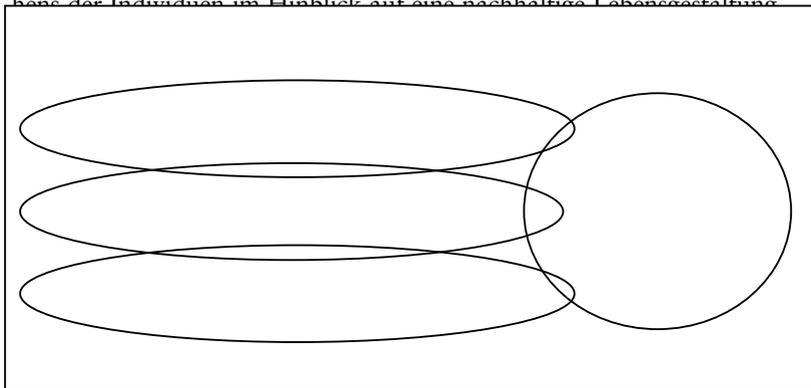
Gesundheitsmodelle im Verhältnis zu Erkenntnisperspektiv

Die Reduzierung menschlicher Erkrankungen mit Hilfe des biomedizinischen Modells auf Funktionsaspekte eines organismischen Schadens oder genetischen Defektes kommt zwar den Bedürfnissen von Sozialverwaltungen entgegen, eindeutige medizinische Leistungsmerkmale zu definieren, sie wird aber nur in wenigen Fällen den Menschen in ihrer Erkrankungs-

situation hinreichend gerecht und die kulturellen „Nebenwirkungen“ dieser Modell-Vorstellung unter Vernachlässigung und Ausgrenzung anderer Aspekte sind erheblich.

Der Blick auf das isolierte Individuum oder gar nur auf einzelne Organe greift dabei häufig zu kurz, denn Menschen sind in ihren sozialen und ökologischen Umweltbezüge auf einen kontinuierlichen und förderlichen Austausch angewiesen.

Gesundheit von Menschen als Qualität organischer und personaler Selbstorganisation bedarf zu seiner Entwicklung und Entfaltung förderlicher ökologischer und sozialer Wechselwirkungen und eines aktiven Bemühens der Individuen im Hinblick auf eine nachhaltige Lebensgestaltung.



„Gesundheitsförderung zielt darauf ab, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über die Gestaltung ihrer Austauschbeziehungen mit ihrer sozialen und ökologischen Umwelt zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen.“ (Ottawa-Charta der WHO). Ein zentrales gesundheitspolitisches Ziel ist es in diesem Zusammenhang, die Phasen autonomer, nachhaltig gesunder Lebensgestaltung zwischen den sozialen Abhängigkeiten der Kindheitsphase und einer pflegerisch-therapeutischen Behandlungs- oder Betreuungsnotwendigkeit im Krankheits- oder Alterungsfall für alle Menschen so weit wie möglich auszuweiten.

Maßnahmen eines präventiven Gesundheitsschutzes und einer aktiven Gesundheitsförderung sollten daher im Mittelpunkt einer vorsorgenden Gesundheitspolitik stehen.

Der Ausbau der Gesundheitswissenschaften und einer Gesundheitsförderungs-Forschung kann die empirische und konzeptionelle Fundierung staatlicher Verantwortung und öffentlicher Aktivitäten zur Entwicklung gesundheitsförderlicher Lebens- und Arbeitsbedingungen in allen Lebens-

bereichen und für alle Personen- und Altersgruppen wissenschaftlich fundieren helfen.

Frühere Gesundheitskonzeptionen enthielten eine ganzheitliche Orientierung und bezogen sich auf grundlegende Lebensfunktionen. Sie haben weiterhin eine plausible Orientierungsfunktion für die Gesundheitsförderung.

Regelkreismodell der Lebensordnung	
Theorie	Praxis
<p>6 Prinzipien der Lebensordnung</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Die Erfahrung der Umwelt 2. Die Kultivierung der Lebensmittel 3. Die Ordnung der Zeit 4. Das Gleichgewicht von Arbeit und Muße 5. Die Kultur des Lebens 6. Die Beziehung zum anderen 	<p>6 Regelkreise der Lebensführung</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Der Lebensraum und seine Gestaltung 2. Die Ernährung und ihre Prinzipien 3. Der Alltag und seine Ordnung 4. Der Kräftehaushalt und sein Ausgleich 5. Der Körper und seine Pflege 6. Das Gefühlsleben u. seine Dynamik

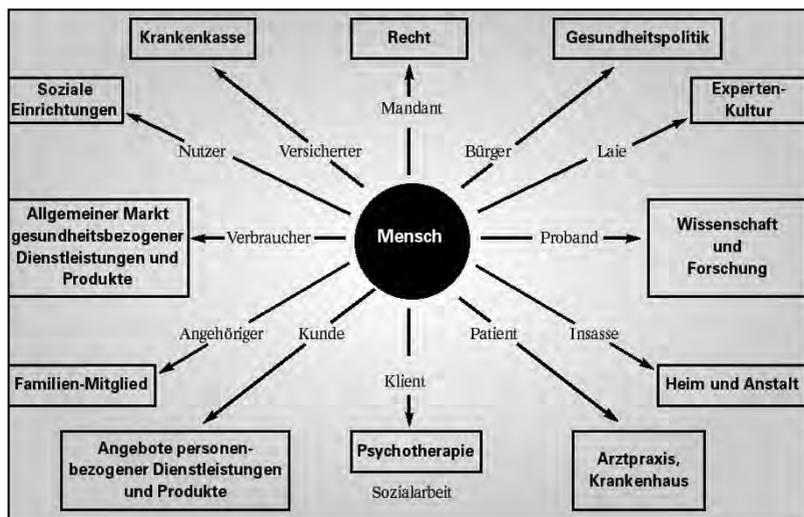
Abb. aus: Pflaumer (1995, S. 53)

In der gesellschaftlichen Arbeitsteilung unterschiedlicher Berufe und Handlungsfelder wird es künftig darauf ankommen, kluge Formen der interprofessionellen Zusammenarbeit zu entwickeln, die den Menschen helfen ihre gesundheitliche Selbststeuerung zu entwickeln

nischen und ökologischen Rahmenbedingungen	sozialen Rahmenbedingungen	

In einer „Zivilgesellschaft“ sollten die grundlegenden Lebensbedürfnisse

der Menschen wieder in den Mittelpunkt öffentlicher Politik und sozialer Dienstleistungen rücken. Die Ausdifferenzierung vielfältiger sozialer Organisationen und Einrichtungen im Gesundheits- und Sozialbereich macht diese für die BürgerInnen kaum noch überschaubar. Die Inanspruchnahme erfolgt daher häufig eher zufällig und wenig zielgerichtet. Dies kann zu erheblichen Zusatzkosten und unerwünschten Belastungen und Nebenwirkungen führen. Den Menschen werden je nach Funktionszusammenhang auch erhebliche soziale Anpassungsleistungen an die Vorgaben und Regularien der entsprechenden Einrichtungen abverlangt, da diese sich nur selten auf die individuellen Bedürfnisse derjenigen einstellen, die ihre Unterstützung in Anspruch nehmen wollen und eher eine Anpassung an die jeweiligen institutionellen Routinen, Normen und Verhaltensweisen



abverlangen.

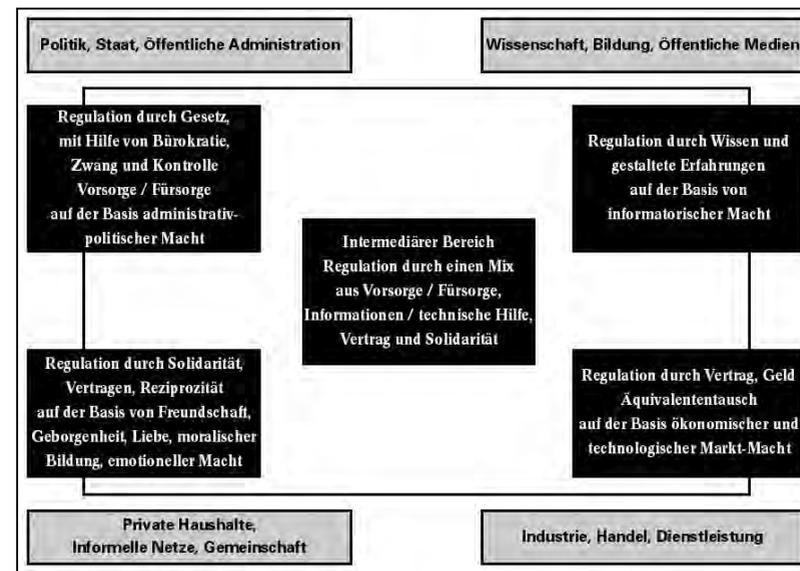
Soziale Rollen im Gesundheitswesen

Ähnlich wie in der gewerblichen Wirtschaft die „Kundenorientierung“ in den letzten Jahren wiederentdeckt wurde, wird es auch im öffentlichen Bereich darauf ankommen, die Bürgerorientierung öffentlicher Dienstleistungen verstärkt in den Mittelpunkt der Organisationsentwicklung im öffentlichen Sektor zu stellen.

Dies kann durch eine deutliche Stärkung der Rechtsposition abhängiger Menschen gegenüber den entsprechenden sozialen Einrichtungen geschehen, wie sie z. B. in der Forderung nach einem Patientenschutz-Gesetz für das Gesundheitswesen zum Ausdruck kommt, durch eine verbesserte

Information der Öffentlichkeit über bestehende Rechte und die Veröffentlichung missbräuchlicher Verhaltensweisen und durch eine veränderte ökonomische und politische Steuerung der Leistungsanerkennung und –vergütung in öffentlichen Einrichtungen.

Intermediäre Vermittlungsstrukturen können dazu beitragen, Transparenz zu schaffen und zu ermöglichen, dass die unterschiedlichen sozialstaatlichen Unterstützungs- und Regulationsmechanismen von den BürgerInnen tatsächlich genutzt werden können.

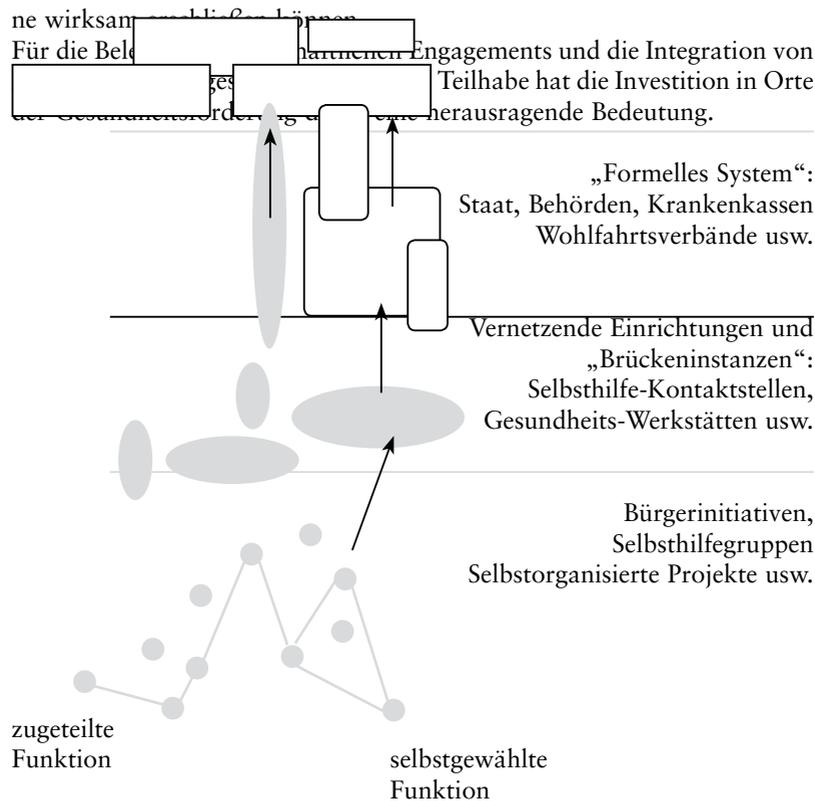


Sozialstaatliche Regulationsmechanismen

Es geht dabei um öffentliche Gemeinschaftseinrichtungen, die eine Informations- und Koordinationsfunktion übernehmen und die einen anregenden und unterstützenden Ort für bürgerschaftliche Aktivitäten bilden können.

Entsprechende Initiativen sind in den letzten Jahren unter vielfältigen Bezeichnungen entstanden: Gesundheitsladen, Gesundheitszentrum, Gesundheitshaus, Selbsthilfe-Zentrum, Bürgerzentrum, Soziokulturelles Zentrum, Umweltzentrum, Agenda-Büro, Gesunde-Städte-Büro u.ä.

Diese Einrichtungen sind als Kristallisationspunkte bürgerschaftlichen Engagements dann am produktivsten, wenn sie durch das Engagement kompetenter Fachpersonen das große Unterstützungspotential in der Kommu-



BürgerInnen

BürgerInnen-Beteiligung: alte, direkte Formen und neue Formen durch Selbstorganisation

(aus: *Bürger aller Städte beteiligt Euch...*, Hrsg. GesundheitsAkademie e.V., 1990, S. 12)

Die Unterstützung eines kompetenzfördernden Engagements der BürgerInnen ist eine herausragende und anspruchsvolle öffentliche Aufgabe. Hier sind nicht nur Kommunalverwaltungen, sondern auch Bildungseinrichtungen, öffentliche Medien, Wohlfahrtsverbände, Gewerkschaften, Kirchen und andere Organisationen mit Gemeinwohl-Interessen herausgefordert.

Mit der Auflösung der sozial dominierenden Arbeits- und Lebensmuster industrieller Fabrikarbeit des 19. Jahrhunderts werden neue Formen der sozialen und gesundheitlichen Sicherung möglich und notwendig.

Gesundheitswissenschaftliche Erkenntnisse machen inzwischen differen-

ziertere und sinnvollere Formen der Gesundheitsförderung und der Steuerung der Krankheitsversorgung möglich als bei der Einführung der gesetzlichen Unfall- und Krankenversicherung für die Industriearbeiter des 19. Jahrhunderts.

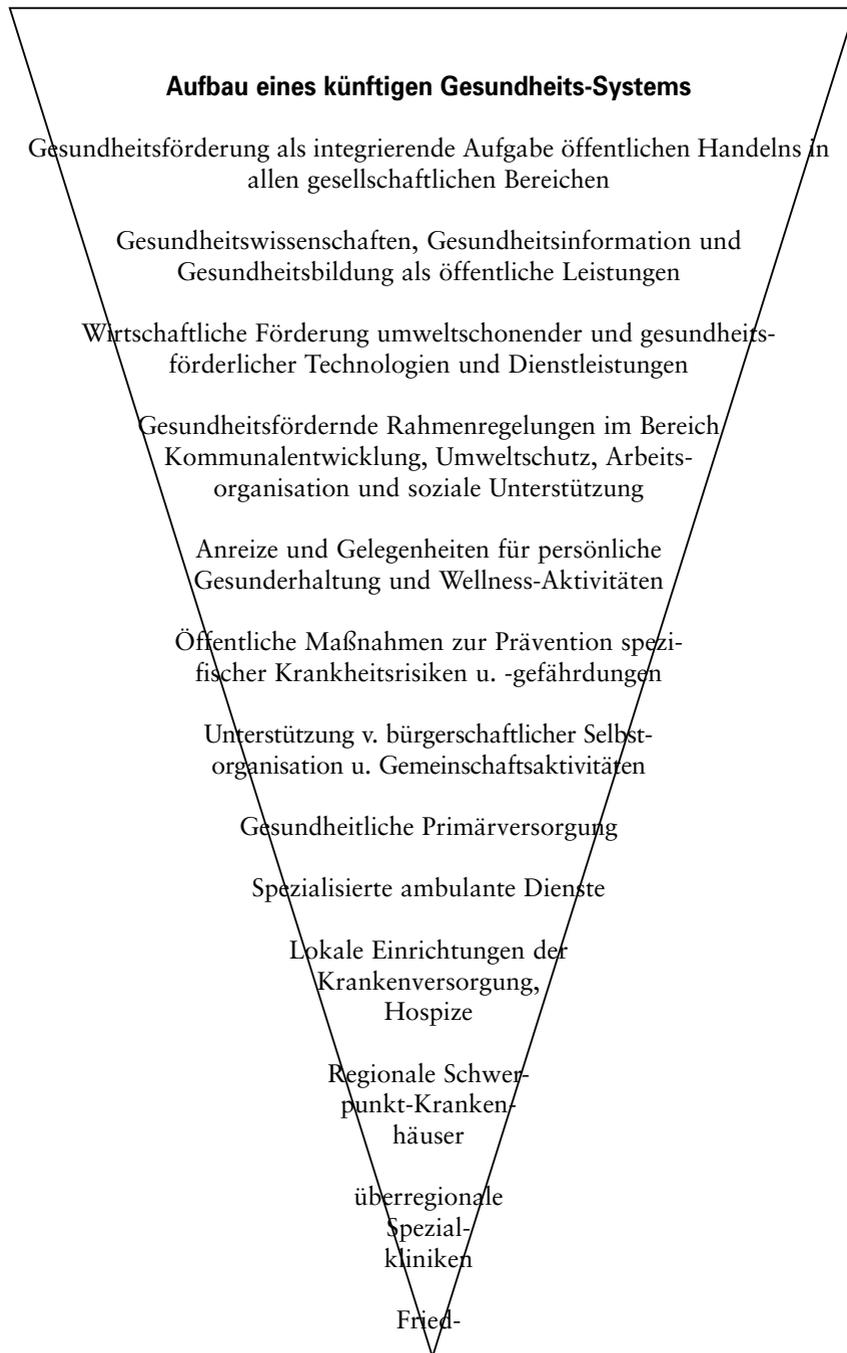
Für die damaligen Arbeiter hatte der Verlust der körperlichen Unversehrtheit tatsächlich einen Schicksalscharakter, den sie in der industriellen Maschinerie kaum beeinflussen konnten. Eine Versicherung mag damals als angemessen erschienen sein, um auch ein ökonomisches Interesse der Arbeitgeber an präventiven Maßnahmen des Gesundheitsschutzes zu erzeugen.

Historische Erfolge der Gewerkschaften in der Ausgestaltung der Arbeitsschutz-Bestimmungen, ein grundlegender Wandel der Arbeits- und Beschäftigungsverhältnisse durch die Auflösung klassischer Fabrikstrukturen und neue Tätigkeitsformen einer wachsenden Zahl von Menschen außerhalb der tradierten Lohnarbeitsbeziehungen haben inzwischen aber die Bedeutung einer lohnarbeitsbezogenen Krankenversicherung als tragende Säule der gesellschaftlichen Krankheitsvorsorge und der Krankenversorgung relativiert.

Das für die Gesundheit der Menschen relevante Alltagsleben findet künftig aber zunehmend außerhalb betrieblich verfasster Arbeits- und Tätigkeitsformen statt und fordert von den Menschen eine steigende Fähigkeit, ihre Lebenszusammenhänge selbständig unter Beachtung ihrer Gesundheitsinteressen zu gestalten.

Es gibt viele Hinweise darauf, dass viele Menschen durch diese komplexen Anforderungen an ihre Lebensgestaltung zeitweilig oder dauerhaft überfordert sind und in prekäre gesundheitliche Lebenslagen geraten, die sie nicht hinreichend bewältigen können.

Vor allem alleinerziehende Erwachsene, dauerhaft Arbeitslose oder alleinstehende ältere Menschen sind in diesem Zusammenhang auch gesundheitlich gefährdet. Ein künftiges Gesundheitssystem wird sich daher am Alltag der Menschen orientieren und andere Prioritäten bilden müssen als bisher. Die nachhaltige und vorausschauende Daseinsvorsorge wird kurzfristige medizinische Reparaturversuche ablösen müssen, da diese sonst für eine solidarische Gesundheitssicherung unbezahlbar werden.



aus:

Macht · Geld · PatientInnen · Gesund?

Für eine differenzierte Form des Gesundheitsschutzes und der Gesundheitsförderung ergeben sich daher zukünftig verstärkt auch neue Finanzierungsformen für eine wirksame Gesundheits-Politik:

1. Einsatz von Steuermitteln für die Gestaltung gesundheitsförderlicher ökologischer und sozialer Lebensbedingungen in den Städten und Gemeinden und die gesundheitliche Primärversorgung. Dabei sind bei Bund, Ländern und Kommunen neue Organisationsformen für die funktionelle Integration von Umwelt-, Sozial- und Gesundheitsplanung zu entwickeln, die den bisherigen öffentlichen Gesundheitsdienst ersetzen können.
2. Förderung von Gemeinwohl-Initiativen durch Gesundheitsförderungsfonds, die durch Abgaben auf gesundheitsschädigende Waren und Produkte (Tabak, Alkohol), Erbschaftsanteile (Artikel 14, 2 GG: „Eigentum verpflichtet. Sein Gebrauch soll zugleich dem Wohle der Allgemeinheit dienen“) und freiwillige Spenden und Zustiftungen aus der Bürgerschaft gebildet werden.
3. Unterstützung persönlicher Anstrengungen zur Gesundheitsförderung der Menschen (z.B. in setting-orientierten Gesundheitsförderungsprojekten)
4. Soziale Grundsicherung durch eine negative Einkommenssteuer und ein Existenzgeld für alle
5. Solidarische Versicherungsregelungen gegen überfordernde Belastungen bei Erkrankung und Pflegebedürftigkeit.

Eine Zukunftsfonds Gesundheitsförderung kann zwischen individueller Krankheitsversicherung und staatlicher Rahmenverantwortung neue Initiativen für eine gesundheitsfördernde Lebenskultur ermöglichen. Eine derartige Fonds-Initiative hat mehrere Funktionen:

- Ein öffentlicher Fonds kann eine systematische Diskussion über gesundheitspolitische Entwicklungsziele in der Öffentlichkeit etablieren und eine Konsensbildung über wünschenswerte Zukunftsentwicklungen unterstützen.
- Ein öffentlicher Zukunftsfonds, der auch private Beteiligungen, Zuwendungen und Schenkungen für wirkungsvolle Maßnahmen der Gesundheitsförderung honoriert und würdigt, eröffnet eine positive Identifikationsmöglichkeit für Menschen, die bereit sind, für eine ökologisch nachhaltige, solidarische und gesundheitsfördernde Form des Zusammenlebens in ihrem Lebens- und Arbeitszusammenhang auch persönlich zu investieren.
- Durch öffentliche Abgaben auf gesundheitsschädigende Produkte kann

deren Verbreitung eingeschränkt, der Zukunftsfonds gefüllt und die Glaubwürdigkeit und Wirkung öffentlicher Gesundheitspolitik erhöht werden.

Ein entsprechender Fonds sollte in einer subsidiären Form lokale Bürgerstiftungen unterstützen und in einem Verbund kommunale Entwicklungsprozesse fördern.

Kommunale Bemühungen wie das Gesunde-Städte-Netzwerk oder die lokalen Initiativen zur Umsetzung der Agenda 21 bieten Anknüpfungspunkte für die Gründung und Tätigkeit von BürgerInnen-Stiftungen im Rahmen des Zukunftsfonds Gesundheit.

Große regionale Unterschiede und die Tatsache, dass viele öffentliche und verbandliche Unterstützungsmöglichkeiten eher oder ausschließlich auf der Landes- und Bundesebene zugänglich sind, machen allerdings subsidiäre Aktivitäten auch auf diesen Ebenen notwendig.

Die skizzierten Vorschläge sind nicht neu. Sie greifen Initiativen und Projekte auf, die sich in den letzten 20 Jahren in der Entwicklung der Gesundheitsförderung in Europa im Rahmen der Leitprogramme der WHO bewährt haben.

Neu wäre für Deutschland, dass sie zu einem öffentlichen Gemeinschaftsprogramm in der skizzierten Form verbunden und von den politisch Verantwortlichen in Bund, Ländern und Gemeinden aktiv aufgegriffen werden.

Die Erklärung der Gesundheitsminister von 80 Ländern vom 5. Juni 2000 in Mexiko, in denen sie sich zur Entwicklung von landesweiten Aktionsplänen zur Gesundheitsförderung entsprechend den Zielsetzungen der WHO verpflichten, hat auch in Deutschland eine positive Resonanz gefunden.

Der Zusammenschluss von zahlreichen NGO's aus dem Gesundheits-, Sozial- und Umweltbereich zu einer gemeinsamen „Allianz für Gesundheitsförderung“ unter dem Dach der Bundesvereinigung für Gesundheit im Dezember 2000 unterstützt diesen politischen Impuls und macht neue Initiativen möglich.

*Prof. Dr. Eberhard Göpel
Hochschule Magdeburg-Stendal,
FB Sozial- und Gesundheitswesen
Breitscheidstr. 2, 39114 Magdeburg
Tel. 0391 - 8864304, Fax 0391 - 8864293
EMail: eberhard.goepel@sgu.hs-magdeburg.de*

Netzwerke der Gesundheitsförderung



Vernetzungsstrukturen für Gesundheitsförderung

Auf der 5. Weltkonferenz zur Gesundheitsförderung in Mexiko haben 80 Gesundheitsminister eine Erklärung unterzeichnet. Diese ist als eine Selbstverpflichtung formuliert, die die Prinzipien der Ottawa-Charta bekräftigt und auf dieser Basis landesweite Aktionspläne vorsieht. In den Plänen sollen die „aktive Beteiligung aller Bereiche und der bürgerlichen Gesellschaft“ sichergestellt und „Partnerschaften für die Gesundheit“ gestärkt und erweitert werden. Ausdrücklich wird auch der Aufbau der notwendigen Infrastruktur gefordert.

Für diese Sektoren und Fachressorts übergreifende Aufgabe sind „intermediäre Instanzen“ des „Dritten Sektors“ von besonderem Nutzen. Der folgende Beitrag soll klar machen, was unter diesen Begriffen zu verstehen ist und an welchen Kooperations- und Unterstützungsstrukturen wir anknüpfen können. Er zeigt auf, welche Vernetzungsaktivitäten uns weiterhelfen können, um eine Allianz für Gesundheitsförderung aufzubauen.

Ausgangspunkt ist das Ziel multi- bzw. intersektoraler Politik bzw. gesundheitsfördernder Gesamtpolitik (Healthy Public Policy; vgl. Nutbeam 1998 zum Begriff und zu Inhalten Trojan & Legewie 2001). Diese erfordert eine Verflechtung durch geeignete Kooperations- und Infrastrukturen auf der fachlichen und der politischen Ebene. Diese Strukturen sind in der Regel nicht vorhanden, sondern müssen erst aufgebaut werden. „Vermitteln und vernetzen“ ist daher auch eines der wichtigsten Arbeitsprinzipien im Handlungsprogramm der Ottawa-Charta. Für Strukturen, die vermitteln und vernetzen oder selbst „Netze“ darstellen, wird manchmal der wissenschaftlich uneinheitlich definierte Begriff der intermediären Strukturen bzw. „Zwischenstrukturen“ verwendet.

Das *Konzept der intermediären bzw. vermittelnden / mediatisierenden Strukturen* hat im Grunde genommen keinen eindeutigen historischen Ursprung oder eigenen wissenschaftlich-theoretischen Ort. Es taucht an verschiedenen Stellen und zu verschiedenen Zeiten in der politischen, soziologischen und sozialpolitischen Diskussion auf. Als Teilbereiche des Intermediären kann man (ohne daß scharfe Grenzen möglich sind) unterscheiden:

- *natürliche intermediäre Instanzen*, wie insbesondere Familie, Nachbarschaft, Religionsgemeinschaft (vgl. Berger/Neuhaus 1981), das sind zwischenmenschliche Beziehungsgeflechte der informellen Sphäre, die zwischen dem Individuum und der Gesellschaft vermitteln und psychosoziale Grundbedürfnisse erfüllen helfen;

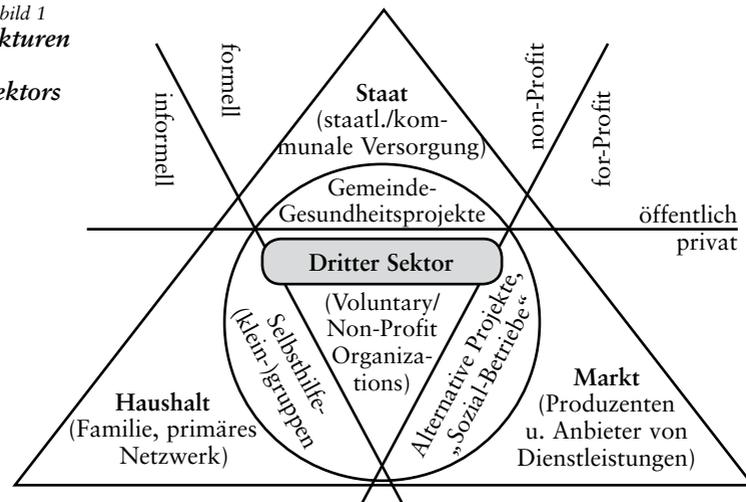
- *intermediäre Kultur* (vgl. Schwendter 1990), darunter ist ein locker vernetztes Milieu von Einzelpersonen, Zusammenschlüssen und soziokulturellen Infrastruktureinrichtungen zu verstehen, das von der Mehrheitskultur abweichende politische und/oder „subkulturelle“ Bedürfnisse und Interessen organisiert;
- *intermediäre Hilfe- und Dienstleistungsorganisationen* (vgl. z.B. Bauer 1990), das sind gering- bis hochgradig formell organisierte soziale Systeme, die weder Markt- noch Staat- noch informeller Sphäre zugehören, aber in Ergänzung zu diesen Bereichen gesundheitsbezogene und soziale Dienstleistungen erbringen;
- *intermediäre Interessenverbände* (z.B. berufliche Verbände, das sind korporatistische, formell organisierte „Lobby-Organisationen“, die zumeist relativ einseitige Partikularinteressen gegenüber Staat und Gesellschaft vermitteln und auf diese Weise ein Grundelement der „pluralistischen Demokratie“ darstellen;
- *intermediäre Kooperations- Netze, -Foren, -Arbeitsgemeinschaften u.ä.*, das sind zielgruppen-, gebiets- oder problembezogene, unterschiedlich formell zusammengeschlossene Verbundsysteme, die oft Staat, Markt und informelle Sphäre miteinander verknüpfen und auf diese Weise träger- und politikbereichsübergreifende allgemeine gesellschaftliche Interessen bzw. Aufgaben vertreten (vgl. z.B. Bartelheimer & Freyberg 1997), u.a. auch Gesundheitsförderung (z.B. Gillies 1998);
- *intermediäre „Brücken-Einrichtungen“*, d.h. konkrete Infrastruktur-Einheit mit räumlicher, Sachmittel- und Personalausstattung, die insbesondere zu den vorstehend genannten Kooperationsstrukturen gehören und primär unterstützende und vermittelnde Aufgaben wahrnehmen.

Dieser Beitrag befaßt sich jedoch nur mit den beiden zuletzt genannten Teilbereichen des „Intermediären“, den vermittelnden Instanzen der Kooperation und ihren dazugehörigen Infrastrukturen.

Eine zweite, dem eigentlichen Beitrag vorausgehende Begriffsklärung bezieht sich auf den „3. Sektor“. Der Begriff kommt aus der Ökonomie und bezeichnet den 3. Sektor „jenseits von Markt und Staat“. Heute wird häufig auch von der „Zivil-“ oder auch „Bürger-Gesellschaft“ gesprochen. Auch diese Begriffe versuchen Aktivitäten zu fassen, die nicht nach den Mechanismen der staatlichen Versorgung oder marktwirtschaftlich organisierter Angebote funktionieren.

Die Struktur des 3. Sektors läßt sich m.E. am einfachsten anhand des Schaubildes 1 aufzeigen. In diesem Schaubild sind die Ecken des Dreiecks, die verschiedenen gesellschaftlichen Sektoren, in denen Produkte oder Dienstleistungen für den Bürger zur Verfügung gestellt werden. Zwischen diesen drei Ecken und in unterschiedlicher Nähe zu ihnen finden sich die intermediären Instanzen des 3. Sektors. Diese sind nicht homogen, sondern werden anhand verschiedener Einteilungskriterien charakterisiert.

Schaubild 1
Strukturen
des
3. Sektors



Dabei stellt sich heraus, daß Einrichtungen des 3. Sektors oft bestimmte Merkmale gemeinsam haben mit einzelnen der anderen 3 Bereiche:

- zum informellen Sektor gehören selbstorganisierte intermediäre Gebilde, aber auch der Haushalt mit der Familie und den primären Netzwerken,
- zum Non-Profit-Sektor gehören nicht nur der Haushalt und viele gemeinnützige Zusammenschlüsse und Projekte, sondern natürlich auch die staatliche bzw. kommunale Versorgung,
- zum privaten Sektor gehören einerseits sehr viele intermediäre Instanzen des 3. Sektors, aber auch der Markt.

Zwischen all diesen Bereichen gibt es vielfältige Übergänge: Man könnte verschiedene Organisationen und Initiativen des 3. Sektors danach charakterisieren, wie nah oder fern sie den 3 anderen Sektoren Staat, Markt und Haushalt sind. Entsprechend würden sie an unterschiedlichen Stellen dieses Dreiecks eingezeichnet werden können.

Das eigentlich Entscheidende für Gesundheitsförderung und andere wohlfahrtsstaatliche Aufgaben ist jedoch, daß diese Strukturen durch unterschiedliche Funktionen gekennzeichnet werden können. Dies wird im Schaubild 2 deutlich.

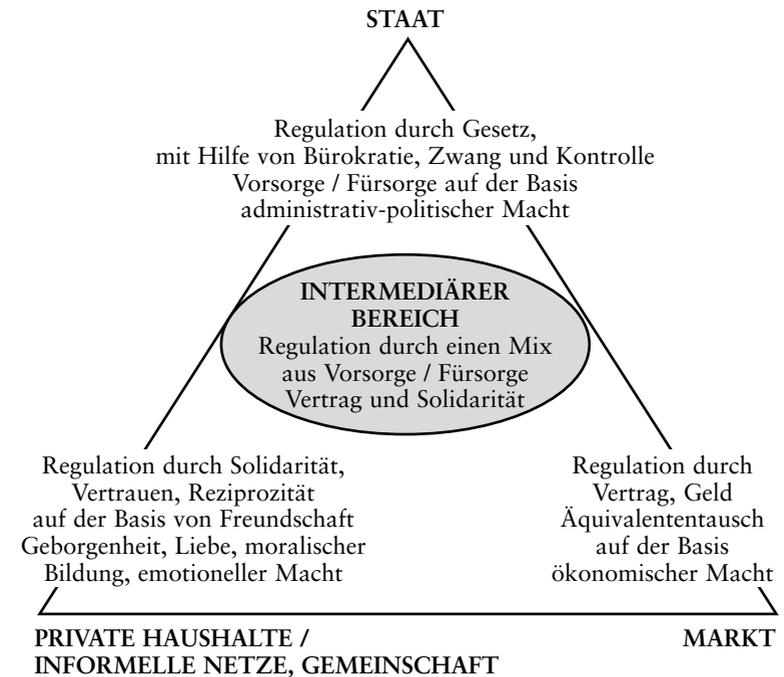
Die in dem Schaubild gezeigten Regulationsmechanismen sind mit spezifischen Vor- und Nachteilen verknüpft:

- die staatliche Regulierung garantiert sichere, flächendeckende Versorgung, die sich im Prinzip auch um diejenigen kümmert, die auf dem Markt keine Dienstleistungen einkaufen können und auch aus den kleinen informellen Netzen von familiärer oder nachbarschaftlicher Solidarität herausgefallen sind.
- Die marktwirtschaftliche Versorgung erlaubt mehr Selbstbestimmung, indem man sich Dienste unterschiedlicher Art und unterschiedlicher

Qualität selbst auswählen kann (beispielsweise ambulante Pflege).

- Die informelle Versorgung auf der Basis von Solidarität hat Vorteile von persönlicher Nähe und Emotionalität, stößt aber natürlich schnell an ihre Grenzen, wenn speziellere, professionelle Hilfe benötigt wird; das Prinzip der Reziprozität (Wechselseitigkeit) funktioniert häufig nicht und beinhaltet auch eine Form der Abhängigkeit, die vielen (insbesondere behinderten und alten Menschen) nicht gefällt.

Schaubild 2: Idealtypische Regulationsmechanismen von privaten Haushalten / informellen Netzen / Gemeinschaft, Markt, Staat und Intermediärem Bereich



Quelle: Effinger in Bauer (Hg): Intermediäre Non-Profit-Organisationen in einem neuen Europa. Schäuble, Berlin 1993

Der intermediäre Bereich ist nun deswegen so interessant, weil er eine große Chance bietet, durch einen je spezifischen Mix für bestimmte persönliche oder gesellschaftliche Problemlagen der Situation besser gerecht zu werden als es Dienstleistungen könnten, die auf nur einem der drei anderen Regulationsmechanismen allein beruhen.

Nach dieser allgemeinen Verortung und Einführung in Strukturen und Funktionen des „Intermediären“ bzw. des „3. Sektors“ wenden wir uns im folgenden denjenigen Instanzen in diesem Bereich zu, die sich für die interdisziplinäre und intersektorale Aufgabe der Gesundheitsförderung gebildet haben bzw. neu zu bilden sind.

Intermediäre Kooperationsstrukturen im Gesundheitsbereich

Bei den intermediären Kooperationsstrukturen handelt es sich um freiwillige, zielgruppen-, gebiets- oder problembezogene, unterschiedlich stark formell organisierte Verbundsysteme, die zumeist Staat, marktwirtschaftliche Instanzen und die informelle Sphäre von Bürgerengagement und Selbsthilfe miteinander verknüpfen. Solche Verbundsysteme entstehen, um träger- und politikbereichsübergreifend allgemeine gesellschaftliche Interessen bzw. Aufgaben gemeinschaftlich zu planen und durchzuführen (vgl. z.B. Evers 1990). Das Gesunde-Städte-Projekt der WHO hat viel dazu beigetragen, daß intermediäre Kooperationsstrukturen (u.a. in Form von Gesunde-Stadt-Komitees) als Umsetzungsinstrumente der Gesundheitsförderungspolitik angesehen werden (WHO Euro 1997).

Regionale Arbeitsgemeinschaften und Gesundheitsförderungskonferenzen

Die Kooperationsstrukturen der Gesundheitsförderung werden uneinheitlich benannt als „regionale/kommunale Arbeitsgemeinschaften für Gesundheitserziehung bzw. Gesundheitsförderung“, „Arbeitskreise Gesundheit“ oder „Gesundheitsförderungskonferenzen“.

Der Ausdruck Konferenz ist hier mißverständlich: In einigen Zusammenhängen handelt es sich lediglich um regelmäßig, z.B. jährlich stattfindende Konferenzen aller Träger und Initiativen der Gesundheitsförderung, zu denen z.B. ein Träger, meist das Gesundheitsamt einlädt. In anderen Zusammenhängen bestehen darüber hinaus kontinuierliche Kooperationsstrukturen, z.B. als eingetragene Vereine mit Satzung und Geschäftsordnung, die sowohl Arbeitskreise und regelmäßige Arbeitssitzungen abhalten als auch jährliche oder von Fall zu Fall zusammengerufene Gesundheitskonferenzen vorbereiten.

Ähnliche Kooperationsstrukturen haben sich auch in anderen Bereichen bewährt, z.B. als „Psychosoziale Arbeitsgemeinschaften“, kommunale „Pflegekonferenzen“ oder „Armutskonferenzen“.

Im Rahmen eines Projekts des niedersächsischen Sozialministeriums wurden entsprechende Strukturen als „Arbeitskreise Gesundheit“ seit 1991 landesweit aufgebaut. Träger des Projekts ist die Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V., die ihrerseits eine Kooperationsstruktur für Gesundheitsförderung auf Landesebene darstellt.

In einer frühen Veröffentlichung (vgl. Landesverein für Gesundheitspflege Niedersachsen, o. J.) auf der Basis dreijähriger Erfahrungen mit dem Aufbau solcher Gremien in fast 30 niedersächsischen Kommunen wurden folgende „Leitlinien“ bzw. grundlegenden Merkmale dieser Kooperationsstrukturen zusammengefasst:

1. Legitimation durch Kommunalpolitik
2. definierte Handlungskompetenzen
3. aktive Integration aller Bereiche
4. Öffentlichkeitsarbeit

5. Gesundheits- und Sozialberichterstattung

6. Bürger/innen-Beteiligung.

Mitglieder solcher Arbeitsgemeinschaften sind vor allem Ämter, insbesondere das Gesundheitsamt, Krankenkassen, Berufsverbände, Wohlfahrtsverbände, Erwachsenen-Bildungseinrichtungen, Ärzte und andere Gesundheitsberufe, Selbsthilfegruppen und lokale Initiativen, gelegentlich auch einzelne Einrichtungen der Gesundheitsförderung, Sportbereich, Wissenschaft oder Verbraucherzentralen. Die Strukturen sind unterschiedlich stark ausdifferenziert:

- einfachstes Modell: alle Mitglieder des Arbeitskreises sind an allem beteiligt. Meistens zeigt sich aber bald, daß dies weder den Interessen der Mitglieder des Arbeitskreises noch ihrer verfügbaren Arbeitskapazität entspricht. Dann entsteht eine andere Variante:
- Arbeitskreis mit teils inhaltlichen teils prozedural orientierten Arbeitsgruppen/Fachausschüssen wie z.B. Sucht, Selbsthilfe, Wohnen und Umwelt, oder Finanzen, Öffentlichkeitsarbeit, Methoden der Gesundheitsförderung u.v.a.m. Wenn sehr viele Arbeitsgruppen bestehen, kann es zu einer dritten Variante kommen:
- Vertreter der Arbeitsgruppen bilden ein eigenständiges Gremium, das in Oldenburg etwa „Plenum“ heißt. Aus diesem Plenum wiederum wird ein/e Vertreter/in in die eigentliche Arbeitsgemeinschaft Gesundheitsförderung entsandt, in der sich vor allem die formellen Organisationen treffen.
- In großen Städten gibt es weitere Ausdifferenzierungen und Varianten, z.B. gibt es in München einen „Gesundheitsbeirat“ als lokales Kooperationsgremium für die Träger der Gesundheitsförderung.

Die genannten Kooperationsstrukturen treffen ihre Beschlüsse im Konsens. Dieses engt die Handlungsmöglichkeiten erheblich ein, insbesondere bei anstehenden kommunal- und gesundheitspolitischen Entscheidungen.

In vielen Fällen geht heutzutage die Initiative für neue Kooperationsstrukturen vom Gesundheitsamt aus, welches dann in aller Regel auch die Federführung und Organisation übernimmt. In den meisten Fällen stehen lediglich Eigenmittel des Gesundheitsamtes, teilweise auch geringe Mitgliedsbeiträge zur Verfügung. Nur in Ausnahmefällen war es in der Vergangenheit möglich, die Arbeit der Gesundheitskonferenzen aus behördlichen und Krankenkassenmitteln gemeinsam zu finanzieren (z.B. in Hamburg; vgl. auch Brandenburg & Nowak 1997).

In Rheinland-Pfalz sieht ein neues Landesgesetz für den öffentlichen Gesundheitsdienst vor, daß dieser die Angebote der Gesundheitsförderung koordiniert und die zuständigen Stellen berät. Aus diesem Anlaß ist ein hervorragendes Handbuch entstanden mit dem Titel „Rund um die re-

gionale Gesundheitskonferenz“. Das Buch enthält Anleitungen für alle Stufen des gesundheitspolitischen Aktionszyklus von der Situationsanalyse über die Zielfindung und Planung, Durchführung und Nachbereitung von Maßnahmen bis zur Evaluation (Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz e.V. 1997).

Neben zahlreichen Einzelberichten über das Instrument der Gesundheitsförderungskonferenz (vgl. z.B. Streich 1997, Brandenburg & Nowak 1997) gibt es auch einen Versuch der systematischen Bilanzierung (Meier 1995). Dieser stützt sich auf Erfahrungen mit den Gesundheitsförderungskonferenzen in Hamburg, Herne und im Kreis Minden-Lübbecke. In dem Beitrag wird von Gesundheitskonferenzen gesprochen, was u. E. mißverständlich ist, weil es in diesen Konferenzen nicht um die gesamte Krankenversorgung ging, sondern um Präventions- und Gesundheitsförderungsaufgaben. Die Terminologie geht zurück auf die erste Veröffentlichung zur kommunalen Gesundheitsplanung (Schräder u.a. 1986), in der eine „Regionale Gesundheitskonferenz“ vorgeschlagen wird. Während in Einzelberichten die Begeisterung überwiegt, wird in der Bilanz von Meier festgestellt, „daß die positive Resonanz auf Kooperationsprojekte eher verhalten ausfalle und vielmehr die Hemmnisse und Probleme in der Bewertung von Kooperationsformen dominieren“. Als solche Hemmnisse und Probleme werden im einzelnen genannt:

- Strukturprobleme des Gesundheitswesens: viele und z.T. unklare Zuständigkeiten; Wettbewerb als Gegenströmung zur notwendigen Kooperation; mangelnde Möglichkeit, für Gemeinschaftsaufgaben auch eine gemeinsame Finanzierung zu erreichen;
- mangelnde Konkrettheit: die Allzuständigkeit und Komplexität des Ansatzes der Gesundheitsförderung u. Schwierigkeiten der Schwerpunktsetzung;
- Konsensmaxime: deutliche Reduktion der möglichen Maßnahmen; vor allem sind Absichtserklärungen, Bestandsaufnahmen und Ansätze geringster Reichweite möglich, politische Aktionen dagegen praktisch ausgeschlossen;
- mangelnde Steuerungsmöglichkeiten: Die sog. „Konsensfalle“ führt zu vorseilendem Kompromißdenken nach dem Muster der „Schere im Kopf“.

Fehlende stabile Infrastrukturen in Form von finanziellen und personellen Ressourcen werden abschließend als eines der Hauptprobleme herausgestellt.

Ortsnahe Koordinierung der gesundheitlichen und sozialen Versorgung

Unter diesem Titel wurde von 1995 bis 1998 ein Modellvorhaben vom Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen gefördert. Ein Public Health Projekt hat das Vorhaben forschend begleitet (Badura, Siegrist u.a. 1999).

In anfangs 28 Kreisen und kreisfreien Städten wurden „Runde Tische“

eingerrichtet. In diesem Programm ging es allerdings tatsächlich um „Gesundheitskonferenzen“ im Sinne der Zuständigkeit für das gesamte Gesundheitswesen (und nicht um Gesundheitsförderungskonferenzen). Zu den Zielen dieses „Projekts der systematischen Entwicklung von Kooperation im Gesundheitswesen“ gehören:

- Optimierung des Versorgungssystems unter den Gesichtspunkten der Bedarfsgerechtigkeit, Zugänglichkeit und Bürgernähe,
- Erarbeiten effizienter Formen der Beteiligung, der Zusammenarbeit, der Information und Abstimmung; Aufbau flexibler Strukturen für die Durchgängigkeit, Kontinuität und Durchlässigkeit des Versorgungssystems,
- Erarbeiten gemeinsamer Handlungsempfehlungen,
- Methodenentwicklung zur Nutzung von Bedarfs- und Bestandsdaten ambulanter, teilstationärer, stationärer und komplementärer Dienste (unter anderem Aufbau einer problem-angemessenen Gesundheitsberichterstattung).

Wie bei Gesundheitsförderungskonferenzen liegt die Federführung beim Gesundheitsamt. Anders jedoch als bei Gesundheitsförderungskonferenzen (– offenbar wegen der größeren Bedeutung der Krankenversorgung für die Kommunen –) haben politisch-administrative Funktionsträger die Leitung dieser Kooperationsstrukturen übernommen (vgl. Kölb-Keer & Werse 1996).

Das Projekt der „ortsnahe Koordinierung der gesundheitlichen und sozialen Versorgung“ ist eines der wenigen Beispiele, in dem die Gesundheitsförderung in die größeren Zusammenhänge der allgemeinen Gesundheitsversorgung relativ gut integriert ist (vgl. z.B. Zamora 1998). Während des Modellvorhabens wurde im neuen ÖGDG (Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst Nordrhein-Westfalens vom 20.11.1997) die Durchführung kommunaler Gesundheitskonferenzen zur Aufgabe des ÖGD gemacht (in § 24; vgl. Brandenburg u.a. 1998).

In der Evaluation der „ortsnahe Koordinierung“ ging es zwar im allgemeinen um die „gesundheitliche und soziale Versorgung“. Allerdings hat sich gezeigt, daß hier vor allem „weiche“ Themen aufgegriffen wurden. Hierzu gehören (neben der Psychiatrie und der pflegerischen Versorgung) insbesondere auch Aktivitäten der Gesundheitsförderung. Da dieses Projekt außerdem begleitend relativ umfassend beforscht wurde und die Ergebnisse inzwischen vorliegen (Badura, Siegrist u.a. 1999), soll hier auf einige Faktoren aufmerksam gemacht werden, die sich für den Erfolg der Runden Tische herauskristallisiert haben. Mit Einschränkungen sind diese Erfolgsfaktoren auch verallgemeinerbar auf andere intermediäre Kooperationsstrukturen im Gesundheitsbereich.

Die Teilnehmerzahl an solchen Kooperationsstrukturen sollte nicht zu

groß sein (ca. 30), weil sich andernfalls den Mitgliedern keine ausreichende Möglichkeit bietet, aktiv teilzunehmen. Andererseits ist es notwendig, daß die relevanten Akteure des Gesundheitswesens vertreten sind. Eine hohe Sitzungsfrequenz der Runden Tische ging mit einer positiven Beurteilung ihrer Arbeit einher.

Als von besonders hoher Relevanz erwies sich die gelungene Besetzung der Schlüsselfunktionen: Für die Leitung entsprechender Gremien war hohe fachliche Kompetenz und Integrationsfähigkeit der wesentliche Erfolgsfaktor für Effektivität, Beteiligung und positives Klima in den Gremien. Ebenso wichtig war, daß die notwendigen fachlichen, organisatorischen und sozialen Kompetenzen der Geschäftsstellenleiter der Runden Tische vorhanden waren. Außerdem waren eine angemessene Ausstattung, eine starke Einbindung in die kommunalen, politisch-administrativen Strukturen sowie Kontakte zur Bezirks- und Landesebene bedeutsam.

Prozesse in themenbezogenen Arbeitsgruppen wurden dann besonders positiv bewertet, wenn die Themen (wie z.B. Gesundheitsförderung und Psychiatrie) auf der kommunalen Ebene bearbeitbar waren, während Themen der ambulanten und stationären Versorgung oder auch der Rehabilitation wegen ihrer starken Bestimmung durch gesetzliche Vorgaben höherer Ebenen nur selten aufgegriffen wurden. Ungünstig waren Realisierungschancen dort, wo eine Erweiterung oder Umstrukturierung der Versorgung angestrebt wurde. Als gut bearbeitbar erwies sich hingegen erwartungsgemäß die Überwindung von Schnittstellen- und Abstimmungsproblemen (Koordination).

Die Runden Tische erarbeiteten Handlungsempfehlungen, deren Realisierung und Umsetzung vor allem von drei Bedingungen abhängig war, nämlich ausschließlich kommunale Zuständigkeit, verbindliche Beteiligung verwaltungsexterner Akteure mit Nähe zum Versorgungsgeschehen (z.B. als Leiter einer themenbezogenen Arbeitsgruppe) sowie die Verfügbarkeit einer aussagefähigen Datengrundlage. Für diesen letzten Punkt, der in dem abschließenden Bericht gesondert behandelt wird (Badura, Siegrist, u.a.: 228 ff.), sind auf drei Ebenen Verbesserungspotentiale vorhanden: der Ebene der Bereitstellung angemessener Ressourcen, der Ebene amtsinterner und amtsübergreifender Kooperationsbeziehungen verschiedener Datenhalter untereinander sowie der besseren Verfügbarkeit, Qualität und Bearbeitung der Datenquellen.

Abschließend zu diesem Resümee der umfassenden Begleitforschung sei noch erwähnt, daß die schon angesprochene, während der Begleitforschung erfolgte gesetzliche Verpflichtung zur Durchführung kommunaler Gesundheitskonferenzen wahrscheinlich eine wesentliche Rahmenbedingung dargestellt hat, diese Aufgabe mit stärkerer Energie und verbesserten Ressourcen anzupacken.

Andere Kooperationsnetzwerke

Auf Bundesebene bestehen vor allem *Netzwerke, die sich auf der Basis der Settings für Gesundheitsförderung* gebildet haben, so das Deutsche Netzwerk gesundheitsfördernder Krankenhäuser, gesundheitsfördernder Schulen sowie das Gesunde Städte-Netzwerk der Bundesrepublik Deutschland (vgl. a. für das Setting „Arbeitsplatz“ Freie Universität Berlin 1999). Für diese wie auch für die betriebliche Gesundheitsförderung existieren darüber hinaus europäische Netzwerke, z.B. das Network of Health Promoting Agencies, Network of European National Cities Networks (vgl. insbesondere: Lenhardt u.a. 1996; Deutsche Koordinierungsstelle für Gesundheitswissenschaften 1998; WHO Euro 1997; Hinze & Küchler 2000).

Der Vollständigkeit halber sei auch erwähnt, daß sich zahlreiche *Arbeitsgruppen* von Gesundheitsförderungskonferenzen mehr oder weniger ausgeprägt als *fachpolitische Netzwerke* auf der kommunalen Ebene etabliert haben. In den 28 Kommunen der ortsnahen Koordinierung entstanden insgesamt 91 solcher themenbezogenen Netzwerke.

Neben diesen unmittelbar auf Gesundheit bezogenen Strukturen gibt es auch analoge Netzwerke, die sich zumeist nicht oder nur sehr eingeschränkt als Instrumente der Gesundheitsförderung verstehen, aber dennoch hierfür relevant sind. Beispiele sind etwa das „Hamburger Forum Spielräume. Eine Initiative für Kinder in der Stadt“, die „Regionalkonferenz Altona-Ottensen“ in Hamburg, die die Problematik von Drogen und Sucht verknüpft mit Instanzen für Wohnraum- und Arbeitsbeschaffung, sowie „MAGiK“ eine interdisziplinäre „Münchner Arbeitsgemeinschaft zur Gesundheitsförderung im Kindesalter“.

Das Vorhandensein solcher Kooperationsstrukturen auf den verschiedenen Ebenen kann als Ausdruck einer hohen Strukturqualität der Gesundheitsförderung bzw. der gesundheitsrelevanten Gestaltung von Lebensbedingungen angesehen werden. So erfreulich diese Ansätze zu intersektoraler Kooperation auch sind: Als effektive Steuerungsinstrumente für intersektorale Politik haben sie sich bisher nicht beweisen können. Zu dominant sind immer wieder die Eigeninteressen der einzelnen Mitglieder, das Pochen auf fachliche Zuständigkeiten und arbeitsteilige Verwaltungs-Routinen in stark gegeneinander abgeschotteten Ressorts.

Eine Evaluation der Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität solcher Netzwerke gibt es mit wenigen Ausnahmen bisher nicht. Forschung in diesem Bereich könnte zur Weiterentwicklung dieser Kooperationsstrukturen zu Steuerungsinstrumenten lokaler Gesundheitsförderungs politik beitragen.

Zu den unabdingbaren Erfolgsfaktoren intermediärer Kooperationsstrukturen gehören funktionierende Infrastrukturen, die Brücken-Einrichtungen.

Intermediäre Infrastrukturen: Brücken-Einrichtungen

Formelle Kooperationsstrukturen für Gesundheitsförderung sind zur Unterstützung ihrer Arbeit auf intermediäre „Brücken-Einrichtungen“ angewiesen, d.h. Infrastruktur-Einheiten mit räumlicher, Sachmittel- und Personalausstattung. Ihre Aufgaben liegen einerseits in der praktischen Unterstützung der Aktionen von Kooperationsstrukturen. Darüberhinaus haben sie aber auch vermittelnde Aufgaben zwischen den formellen gesellschaftlichen Großinstitutionen und den kleinen, vielfach fragilen informellen Bürgerzusammenschlüssen. Sie helfen, Mitbestimmung und Mitwirkung der Bürger zu verwirklichen, indem sie als Zwischenglieder einer langen Kette sozialer Strukturen zwischen dem einzelnen Gesellschaftsmitglied und den höchsten Ebenen staatlicher Macht, aber auch zwischen den bestehenden Subkulturen und der Kultur des Establishments und der Bürokratie mit ihren jeweils spezifischen „Sprachen“ und Wertesystemen vermitteln.

Solche Brücken-Einrichtungen gibt es in vielen für die Gesundheitsförderung wichtigen Bereichen. Beispiele sind Mütterzentren, Elternschulen, Stadtteilzentren, Kulturzentren, Nachbarschaftsheimen, Kontakt-, Beratungs- und Informationsstellen (z.B. für Selbsthilfe, Arbeit, Umwelt oder andere Themen). Als Infrastrukturen der Gesundheitsförderung gibt es z.B. „Werkstätten Gesundheit“, „Gesundheitsbüros“, „Gesundheitsläden“, „Gesundheitszentren“, „Gesundheitshäuser“. Die Plan- und Leitstellen in Berlin (vgl. Gottwald u.a. 1999, Müller 1999) sind formell zwar dem staatlichen Bereich zuzuordnen, erfüllen teilweise jedoch auch Aufgaben wie intermediäre Brücken-Einrichtungen.

Eine systematische Evaluation solcher Brücken-Einrichtungen ist uns nicht bekannt. Allerdings sind die „Geschäftsstellen“ der 28 Kommunen mit „ortsnaher Koordinierung“ in Nordrhein-Westfalen von ihrem Charakter her auch als solche Brücken-Einrichtungen zu verstehen. Die große Bedeutung von Kompetenz und Professionalität dieser Einrichtungen für die „Runden Tische“ wird in dem Evaluationsbericht mehrfach hervorgehoben. Neben der räumlich-technischen Ausstattung und institutionell möglichst neutralen Verortung werden als Evaluationsergebnis vier erforderliche Schlüsselqualifikationen für die Geschäftsstellenleitung gefordert:

- „fachliche Kompetenz in einem oder mehreren Gebieten kommunaler Gesundheitsbelange (z.B. Koordinationserfahrung in Psychiatrie, Sucht, Aids, Erfahrung mit kommunaler Gesundheitsberichterstattung);
- Management-Kompetenzen (Planung, Kommunikation, Abstimmung, etc.);
- soziale Kompetenz (Dialog- und Präsentationsfähigkeit, Teamfähigkeit, Konfliktbearbeitung, Führungseigenschaften);
- betriebs- und verwaltungswirtschaftliche Basiskenntnisse und –erfahrungen“ (Badura, Siegrist u.a. 1999: 227).

Auf der Basis eines umfassenden Symposiums mit Vertretern aus ver-

schiedenen Brücken-Einrichtungen (vgl. Trojan/Hildebrandt 1990: 195 ff.) haben wir die Probleme und Erfolgsvoraussetzungen für Brücken-Einrichtungen im allgemeinen zusammengetragen. Als Probleme haben wir vor allem identifiziert die begrenzten Einflußmöglichkeiten auf „gewachsene“ institutionelle Strukturen, die unterschiedlichen Logiken (Rationalitätskriterien, Zeithorizonte, Denksysteme, etc.) insbesondere des formellen und informellen Sektors, Probleme der institutionellen und der beruflichen Identität der Mitarbeiter, häufig ungeklärte und instabile Finanzierungsstrukturen, und die nicht immer leichte Gratwanderung zwischen Parteinahme für die Gesundheit und institutioneller Neutralität.

Als Ergebnis der Literaturlaufarbeit und intensiver Gruppendiskussionen haben sich als Erfolgsfaktoren herausarbeiten lassen:

- ein klares Selbstbild und damit eine übereinstimmende „Unternehmensphilosophie“ (Corporate Identity) bzw. ein eindeutiges Profil mit klar definierten Kernfunktionen,
- akzeptierte eigene fachlich-inhaltliche Autorität jenseits der fachlichen Kompetenzen der gewünschten Kooperationspartner,
- eigene Lernwilligkeit und -fähigkeit, um die fachliche Autorität aufrecht zu erhalten,
- Status, der allgemeine Akzeptanz ermöglicht, d.h. Kommunikationsfähigkeit nach allen Seiten, partei- und verbandspolitisch übergreifend,
- organisatorische bzw. Management-Kompetenzen und Sicherheit in Methoden der Gesprächsführung und Gruppenkommunikation,
- hierarchiefreier, aber stabil und verbindlich strukturierter Kooperationsrahmen,
- weitgehende Unabhängigkeit von tagespolitischen Ereignissen („Schadstoff des Monats“) und politisch-administrativen Reaktionen darauf,
- Erfahrungen der Mitarbeiter in möglichst unterschiedlichen Bereichen des gesellschaftlichen Lebens (u.a. in verwaltenden, informellen und in marktwirtschaftlichen Strukturen),
- hohes Maß an innerer persönlicher bzw. kollektiver Sicherheit, um in der Lage zu sein, widersprüchliche Anforderungen auszubalancieren (z.B. gleichzeitig Teil eines Systems zu sein, aber auch Berater dieses Systems, gleichzeitig Steuerungsinstrument und Dienstleister, gleichzeitig „Zuwendungsempfänger“ und Kritiker formeller Instanzen),
- solide Grundfinanzierung, d.h. eine personelle Ausstattung, die die Kontinuität der Arbeit (auch bei Ausfall durch Krankheit, Urlaub, etc. einzelner Mitarbeiter) sichert sowie
- eine Ausstattung mit moderner Informationstechnologie, die dem aktuellen Stand entspricht.

Erst auf der Basis dieser Erfolgsvoraussetzungen werden Brücken-Einrichtungen bei den staatlichen und marktwirtschaftlichen Akteuren die notwendige Akzeptanz und Resonanz erreichen, die für einen erfolgreichen

Brückenschlag zwischen jenen und den erwähnten Mikrostrukturen des informellen Bereiches nötig sind.

Für die Gesundheitsförderung ist die Vorkämpferrolle dieser Brücken-Einrichtungen besonders wichtig. Dabei ist kennzeichnend, daß sie oft zwischen politisch-administrativem System, Märkten und Selbsthilfeszusammenschlüssen stehen, jedoch keinem dieser Bereiche unmittelbar zugehören („zwischen den Stühlen sitzen“). Als wichtige Vermittler und Vernetzer, Informations-„Zwischenhändler“, Initiatoren von Aktionen etc. sind sie jedoch „Stütz- und Knoten-Punkte“ für die Weiterentwicklung der traditionellen und die Durchsetzung neuer Ansätze über bestehende institutionelle Gräben und Grenzen hinweg. (Vgl. ausführlich Trojan & Hildebrandt 1990 sowie die Empfehlungen in WHO Euro 1991).

Bilanz

In diesem Beitrag ging es vor allem um für die Gesundheitsförderung typische Kooperations- und Infra-Strukturen.

Als intermediäre Kooperationsstrukturen wurden freiwillige, zielgruppen-, orts- oder problembezogene unterschiedlich stark formal organisierte Verbundsysteme bezeichnet, die politikbereichsübergreifend staatliche, marktwirtschaftliche, informelle und gemeinnützige Träger der Gesundheitsförderung miteinander verknüpfen.

Regionale Arbeitsgemeinschaften und Gesundheitsförderungskonferenzen dienen überwiegend der Koordination von Aktivitäten. Sie könnten zu Steuerungsinstrumenten für politik- und verwaltungssektorenübergreifende Gemeinschaftsaufgaben ausgebaut werden. Tendenziell wird dies in dem nordrhein-westfälischen Projekt „ortsnahe Koordinierung“ auf der Grundlage eines neuen Gesetzes für den Öffentlichen Gesundheitsdienst erreicht. Im allgemeinen sind aber bessere politische Rahmenvorgaben nötig, um größere Wirksamkeit zu erreichen. Zu den Erfolgsfaktoren in diesem Projekt zählen begrenzte Teilnehmerzahl der kommunalen Gesundheitsförderungskonferenz (ca. 30 mit möglichst großer Entscheidungskompetenz ausgestattete Vertreter aller relevanten Akteure), klare Arbeitsteilung zwischen Arbeitsgruppenleitern und Geschäftsstelle, hohe Qualität und Integrationsfähigkeit des Gremienleiters bzw. Vorsitzenden, ausgeprägte fachliche, organisatorische und soziale Kompetenzen der Geschäftsstellenleitung, eher hohe Sitzungsfrequenz, möglichst ausschließlich kommunale Zuständigkeit für das Thema, verbindliche Kooperation mit verwaltungsexternen Partner, und eine aussagefähige Datengrundlage in Form der Gesundheitsberichterstattung.

Kooperationsstrukturen wie auch die gesundheitsfördernde Gesamtpolitik sind auf „neue Brücken-Einrichtungen“ als Infrastruktur für Initiativen, Innovationen, Lobby- und Vermittlungsarbeit angewiesen.

Zur Umsetzung der Gesundheitsförderung auf lokaler Ebene sind Poli-

cy, Akteurs- und Bewegungsnetzwerke nötig. Sie stellen die „Allianzen, Bündnisse, Partnerschaften und Koalitionen“ dar, von denen in der Programmatik der Gesundheitsförderung immer wieder die Rede ist. Eine bundesweite Allianz, die ausdrücklich lokale Bündnisse durch geeignete intermediäre Kooperationsstrukturen und Brücken-Einrichtungen, wie sie in der Bundesarbeitsgemeinschaft Gesundheitshäuser organisiert sind, unterstützen und weiterentwickeln will, könnte uns dem Ziel einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik ein entscheidendes Stück näherbringen.

Die Entwicklung neuer und Stärkung der vorhandenen Strukturen für Gesundheitsförderung ist eine notwendige (wenn auch nicht immer hinreichende) Bedingung für die Weiterentwicklung der Gesundheitsförderung auf lokaler und höheren Ebenen. Den intermediären Kooperationsstrukturen zusammen mit einer Brücken-Einrichtung als infrastrukturelle Unterstützung kommt dabei eine Schlüsselrolle zu.

Literatur

- Badura, B & Siegrist, J u.a. (1999) Ortsnahe Koordinierung der gesundheitlichen und sozialen Versorgung. Abschlußbericht der Begleitforschung. Eigenverlag, Düsseldorf
- Bartelheimer, P & Freyberg, T v (1997) Neue Bündnisse in der Krise der sozialen Stadt. Das Beispiel der sozialpolitischen Offensive Frankfurt. In: Hanisch, W (Hg.), Überlebt die soziale Stadt? 173-212. Leske + Budrich, Opladen
- Bauer, R (1990) Emanzipation oder Stabilisierung von Herrschaft? Das intermediäre Hilfe- und Dienstleistungssystem. In: Trojan, A & Hildebrandt, H (Hg.): Brücken zwischen Bürgern und Behörden. Innovative Strukturen für Gesundheitsförderung, St. Augustin: Asgard-Verlag. S. 41-53
- Berger, B & Neuhaus, R J (1981) To empower people: The role of mediating structures in public policy. American Enterprise Institute for Policy Research, Washington, D.C.
- Brandenburg, A u.a. (1998) Kommunale Gesundheitskonferenzen. Eine innovative Strategie der Gesundheitspolitik? In: Soziale Sicherheit 47: 191-195
- Brandenburg, A. & Nowak, M (1997) Gesundheitskonferenzen als Instrumente der Gesundheitsförderung. In: Jahrbuch für kritische Medizin 26: 91-108. Argument, Hamburg
- Deutsche Koordinierungsstelle für Gesundheitswissenschaften (1998) Netzwerke der Gesundheitsförderung. Informationsbroschüre zum Welt-Gesundheitstag 1998. Verlag für Gesundheitsförderung G. Conrad, Werbach-Gamburg
- Effinger, H (1993) Neue Soziale Bewegungen und personenbezogene Dienstleistungen in der Risikogesellschaft. In: Bauer, R (Hg.) Intermediäre Non-Profit-Organisationen in einem neuen Europa. Schäuble, Berlin, S. 17-35

- Evers, A (1990) Pluralismus, Fragmentierung und Vermittlungsfähigkeit. Zur Aktualität intermediärer Instanzen im Bereich der Sozial- und Gesundheitspolitik. In: Trojan, A. & Hildebrandt, H. (Hg.), Brücken zwischen Bürgern und Behörden. Innovative Strukturen für Gesundheitsförderung: 27-40. Asgard, St. Augustin
- Freie Universität Berlin (Hg.) (1999) Vernetzung als Strategie der Gesundheitsförderung. Regionale Netzwerke Arbeit und Gesundheit. Bilanz und Perspektiven. FU, Referat Weiterbildung, Kooperationsstelle FUDGB, Berlin
- Gillies, P (1998) Effectiveness of Alliances and Partnerships for Health Promotion. In: Health Promotion International 13: 99-120
- Gottwald, S, Voigt, T & Lubert, E (1999) Lebensqualität und Wohlbefinden in einer Berliner Großsiedlung. Erfahrungen aus der Kooperation zwischen einer kommunalen Gesundheitsförderungsbehörde und einem Public Health-Projekt. In: Gesundheitswesen 61: 234-240
- Grunow, D & Grunow-Lutter, V (2000) Der öffentliche Gesundheitsdienst im Modernisierungsprozess. Eine Untersuchung über Handlungsspielräume und Restriktionen im Rahmen kommunaler Gesundheitspolitik. Juventa, Weinheim
- Hinze, L & Küchler, K (2000) Netzwerke Frauengesundheit. In: GesundheitsAkademie e.V. (Hg.), Salutiv. Beiträge zur Gesundheitsförderung und zum Gesundheitstag 2000: 144-156. Mabuse Verlag, Frankfurt/M.
- Kölb-Keerl, R & Wense W (1996) Ortsnahe Koordinierung der gesundheitlichen und sozialen Versorgung NRW. In: GesundheitsAkademie/Landesinstitut für Schule und Weiterbildung in NRW (Hg.), Macht – Vernetzung – Gesund? Strategien und Erfahrungen regionaler Vernetzungen im Gesundheitsbereich: 178-184. Mabuse, Frankfurt/M.
- Landesverein für Gesundheitspflege in Niedersachsen e.V. (Hg.) (o.J.) Projektarbeitskreise Gesundheit. Dokumentation. Eigenverlag, Hannover
- Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz e.V. (LZG) (1997) Rund um die regionale Gesundheitskonferenz. Ein Leitfaden zur Handhabung regionaler Gesundheitskonferenzen. Eigenverlag, Mainz
- Lenhardt, U, Rosenbrock, R & Elkeles, T (1996) Bedingungs- und Akteurs-Konstellationen für Gesundheitsförderung im Betrieb. Ergebnisse aus 4 Fallstudien. Veröffentlichungsreihe der AG Public Health im Wissenschaftszentrum Berlin, Berlin
- Meier, B (1995) Gesundheitskonferenzen. Instrumente der Kooperation zwischen Anspruch und Wirklichkeit. In: Gesundheitswesen 57: 645-651
- Müller, P (1999) Neue Organisationsformen für neue Aufgaben im öffentlichen Gesundheitsdienst? In: lögd (Hg.), Neue Anforderungen an den ÖGD, Bd. 2: 97-116. lögd Eigenverlag: Bielefeld
- Nutbeam, D (1998) Glossar Gesundheitsförderung. Verlag für Gesundheitsförderung, Gamburg (englische Version des Glossars unter www.who.ch/hpr/hep/doc)

- Schräder, W u.a. (1986) Kommunale Gesundheitsplanung. Birkhäuser, Basel
- Schwendter, R (1990): „Drehpunkt – Institutionen“ und ihre Rolle für soziale Innovationen. In: Trojan, A & Hildebrandt, H (Hg.): Brücken zwischen Bürgern und Behörden. Innovative Strukturen für Gesundheitsförderung, St. Augustin: Asgard-Verlag. S. 79-85
- Streich, W (1997) Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitskonferenz. Chancen einer staatlichen Regiefunktion im lokalen Gesundheitswesen: 109-120. In: Jahrbuch für kritische Medizin 26, Argument, Hamburg
- Trojan, A & Hildebrandt, H (1990) Brücken zwischen Bürgern und Behörden: Innovative Strukturen für Gesundheitsförderung. Asgard, St. Augustin
- Trojan, A & Legewie, H (2001): Nachhaltige Gesundheit und Entwicklung. Leitbilder, Politik und Praxis der Gestaltung gesundheitsförderlicher Umwelt- und Lebensbedingungen. Verlag für Akademische Schriften, Frankfurt
- WHO Euro (1991) Neue Brückeninstanzen für Gesundheitsförderung. Aktivieren – vermitteln – beteiligen. EUR/ICP/HSR 6603733 B, Kopenhagen
- WHO Euro (1997) National Healthy Cities Networks in Europe. WHO, Kopenhagen
- Zamora, P (1998) Ortsnahe Koordinierung der gesundheitlichen und sozialen Versorgung – gesundheitspolitische Standortbestimmung eines Modellprojektes. In: Hungeling, G & Knoche, M (Hg.), Soziale und ökologische Gesundheitspolitik: 153-163. Mabuse-Verlag, Frankfurt/M.

Prof. Dr. Dr. Alf Trojan
Universitäts-Krankenhaus Eppendorf
Medizin-Soziologie
Martinistr. 52, 20248 Hamburg
Tel. 040 - 428033382, Fax 040 - 428034934
E-Mail: trojan@uke.uni-hamburg.de

Gesundheitsförderung auf kommunaler Ebene – Das Gesunde Städte Netzwerk –

Ich möchte einige Erfahrungen voranstellen, die für mich gute Gründe sind, dass sich das Gesunde Städte Netzwerk entschieden an dem Aufbau einer bundesweiten Allianz für Gesundheitsförderung beteiligt:

Gesundheitsminister Seehofer hat 1996 mit Unterstützung der Bundesregierung und der CDU/FDP-Koalition die Gesundheitsförderung als Aufgabe von Krankenkassen im § 20 SGB V gestrichen. Er hat sich dabei nicht sonderlich beeindruckt gezeigt von den zahlreichen Briefen, die viele Institutionen aus dem Bereich Gesundheitsförderung an ihn gerichtet hatten.

Das Reformbündnis aus SPD und GRÜNEN hat zum Jahresbeginn 2000 den § 20 SGB V wiederum reformiert, dabei allerdings den Begriff „Gesundheitsförderung“ durch „primäre Prävention“ ersetzt. Erneut haben wir versucht, unseren Leitbegriff und unsere Leitkonzeption im Gesetz zu verankern – ohne sichtlichen Erfolg.

Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben gesetzesgemäß „gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien zur Umsetzung von § 20 SGB V“ entwickelt, die allerdings, was den Absatz „primäre Prävention“ anbelangt, in ihren ersten Fassungen vom Gesundheitsförderungsbereich gemeinsam und einheitlich als ausgesprochen dürftig beurteilt wurden. Damit konfrontiert, teilte ein Vertreter der federführenden Krankenkasse mit, angesichts des bunten und unübersichtlichen Feldes sei es ihnen unmöglich, Ansprechpartner zu finden, die für diesen Themenbereich verlässlich sprächen und mit denen sie diesen Absatz des Gesetzesparagraphen hätten entwickeln können.

Diese Erfahrungen machen deutlich: Es ist nicht nur sinnvoll sondern überfällig, dass sich der Gesundheitsförderungsbereich in Deutschland stärker zusammenschließt, gemeinsame Ziele und Interessen formuliert und die Kräfte für die Auseinandersetzung in zentralen Fragen bündelt! Ansonsten wird die Gesundheitsförderung weiter an Einfluss verlieren!

Mitglieder des Gesunde-Städte-Netzwerkes

Augsburg, Bad Oldesloe, Bad Wilnsack, Berlin-Charlottenburg, Berlin-Hellersdorf, Berlin-Hohenschönhausen, Berlin-Kreuzberg, Berlin-Lichtenberg, Berlin-Marzahn, Berlin-Neukölln, Berlin-Tiergarten, Berlin-Treptow, Berlin-Wedding, Chemnitz, Detmold, Dortmund, Dresden, Düsseldorf, Erfurt, Erlangen, Essen, Flensburg, Frankfurt/M, Gelsenkirchen, Gera, Göttingen, Greifswald, Halle, Hamburg, Hannover, Heidelberg, Herne, Kassel, Köln, Krefeld, Lübeck, Mainz, Mannheim, Meyenburg, München, Münster, Kreis Neuss, Nürnberg, Osnabrück, Rathenow, Rostock, Saarbrücken, Kreis Steinburg, Stralsund, Stuttgart, Trier, Kreis Unna, Viernheim, Würzburg

54 Mitglieder, Stand Dezember 2000

Das 9-Punkte-Programm

Kommunen, die diese 9-Punkte (Kurzfassung) befürworten, sind im Gesunde Städte Netzwerk der Bundesrepublik Deutschland herzlich willkommen:

1. Zustimmung durch den Rat der Stadt
2. Benennung einer zuständigen Person
3. Entwicklung einer ressortübergreifenden gesundheitsfördernden Politik z. B. durch Informationen der Politikbereiche sowie durch Gesundheitsförderungskonferenzen
4. Gesundheitsförderung als Entscheidungskriterium bei öffentlichen Planungen etablieren
5. Rahmenbedingungen für Bürgerbeteiligung:
Empfehlung für die Schaffung geeigneter Unterstützungs- und Koordinierungsstrukturen
6. Gesundheits- und Sozialberichterstattung
7. Teilnahme an Netzwerk-Aktivitäten (z. B. Mitgliederversammlung, Symposium)
8. Informationstransfer in's Netzwerk
9. Alle 4 Jahre Erfahrungsberichte über die kommunale Arbeit und spätestens alle 4 Jahre Befassung der zuständigen politischen Gremien in der Kommune

Das Leitbild

Die Mitglieder des Gesunde Städte Netzwerkes messen der Gesundheitsförderung einen politischen Stellenwert zu und versuchen, dieses Themenfeld kommunal wie auch bundesweit voranzubringen. Sie haben das gemeinsa-

me Verständnis, dass Gesundheit ein Prozess ist, der auch gesellschaftlich zu gestalten ist. Auch Städte haben Voraussetzungen zu schaffen, dass Bürgerinnen und Bürger gesund leben können. Bei der Umsetzung ist Gesundheitsförderung als Teil einer vorbeugenden Kommunalpolitik auf die Mitwirkung verschiedener Politikfelder (z.B. Bildung, Stadtentwicklung, Verkehr, Umwelt) und relevanter Institutionen, Vereine sowie von Bürgerinnen und Bürger angewiesen.

Spiegelbildlich zu diesen Kooperationsansätzen in den Kommunen entwickelt sich auch die Kooperation zwischen den Kommunen. Erstes Ziel des Gesunde Städte-Netzwerkes ist deshalb der gegenseitige Informations- und Erfahrungsaustausch, der die Umsetzung der Gesunde Städte-Konzeption auf kommunaler Ebene unterstützt. Damit das Rad nicht an jeder Stelle neu erfunden werden muss und die Chancen, an den Kenntnissen der anderen teilzuhaben möglichst groß sind, versuchen die Verantwortlichen für die Gesunde Städte-Programmatik ihre Kommunikation zu entwickeln und zu beleben. Dazu gehören u.a. die Gesunde Städte-Nachrichten, die Projektbörse vorbildlicher Beispiele zur Umsetzung des Leitbildes Gesunde Stadt, Netzwerkarbeitskreise und Workshops, das zweijährige internationale Gesunde Städte-Symposium, regionale Netzwerke (z. B. im Ruhrgebiet, in Norddeutschland, in Berlin) oder der jährliche Gesunde Städte-Preis, der vorbildliche Ansätze und Projekte im Rahmen des Netzwerkes prämiert.

Das Gesunde Städte-Netzwerk arbeitet im Sinne einer „Selbsthilfegemeinschaft von Kommunen“, in der einzelne Mitglieder – je nach ihren Möglichkeiten – Beiträge einbringen. Beispiele dafür sind das Gesunde Städte Sekretariat als Geschäftsstelle durch die Freie und Hansestadt Hamburg (seit 1988), Veranstaltung von Fachsymposien, Durchführung von Mitgliederversammlungen, inhaltlichen Workshops, Betreuung der Internetseiten oder der Gesunde Städte Nachrichten durch Mitgliedskommunen. Diese Vernetzung der eingebrachten Leistung auf nationaler Ebene soll auch ein Modell für die Zusammenführung von Ressourcen in der Kommune sein.

Zu einer gelungenen Ressourcennutzung zählt auch die verbesserungsbedürftige Zusammenarbeit zwischen den gesunden Schulen, gesunden Krankenhäusern, gesunden Betrieben oder auch den Programmen Agenda 21, Soziale Stadt, Umwelt und Gesundheit, soziale Stadt(teil)entwicklung, um nur einige der Ansätze auf kommunaler Ebene beispielhaft aufzuführen, die in ihren Konzepten und Umsetzungsstrategien weite Überschneidungen mit der Gesunde Städte-Programmatik haben. Diese Verknüpfungen müssen zukünftig stärker als bisher geleistet werden, um auf eine *integrierte Stadtpolitik* im Sinne einer gesunden, sozialen und nachhaltigen Entwicklung abzielen. Die Kraft gelungener Kooperationsprozesse beweist folgendes Zitat aus berufenem Munde: „Durch interdisziplinäre

Tumorkonferenzen in Krebszentren werden wir die Krebsbekämpfung mehr voranbringen als durch alle neuen Krebstherapien zusammen“ (Lothar Weißbach, Präsident der Deutschen Krebsgesellschaft, zitiert aus dem Hamburger Abendblatt vom 21.3.2000).

Die Gesunde Städte-Preise 2000 und 2001 sind Bausteine für die Umsetzung dieses Ziels. Der Gesunde Städte Preis 2000 hat drei besonders gelungene Beispiele der Kooperation des Gesunde Städte Programms und der lokalen Agenda 21 prämiert, der Gesunde Städte Preis 2001 will Strukturen einer gefestigten Zusammenarbeit der stadtentwickelnden Kommunalprogramme auszeichnen. Das Gesunde Städte Symposium zum Themenzusammenhang *Gesundheit, Stadtentwicklung, Umwelt* 2001 in Berlin wird eine zusätzliche Brücke sein, diese Verbindungen zu fördern.

Erfordernisse für die Zukunft

Aus meiner Sicht müssen in folgenden vier Themenfeldern deutliche Fortschritte erzielt werden, um die Gesunde Städte Programmatik weiter entwickeln zu können:

1. Erfolgversprechende Organisationsmodelle einer vorbeugenden, integrierten Stadtpolitik

Die Gesunde Städte Konzeption kann mittlerweile auf einen reichhaltigen Lernprozess aufbauen. International wurde die Gesunde Städte Bewegung 1986, in Deutschland 1989 begründet. Damit ist das Gesunde Städte Netzwerk der Veteran unter den gesundheitsfördernden Ansätzen. Mit den Jahren und vielfältigen Erfahrungen ist dem Gesunde Städte Netzwerk mittlerweile eine besondere Verantwortung für die weitere Entwicklung der Gesundheitsförderung zugewachsen, kommunal wie bundesweit. Zu dieser Verantwortung gehört es, die zentralen Probleme deutlich zu benennen, um Voraussetzungen für die weitere Entwicklung kommunaler Gesundheitsförderung zu schaffen.

Das Gesunde Städte Programm zählt zu den klassischen Querschnittsaufgaben, für deren Umsetzung viele Politikbereiche Verantwortung übernehmen und Aktivitäten beisteuern müssen. Das Aktionsfeld von Querschnittsaufgaben ist das Gesamtsystem „Kommune“. Ein Beispiel für die zielbezogene Zusammenarbeit verschiedenster Institutionen, wie (einzelner) Stadtämter, Krankenkassen, Selbsthilfe, Bildungseinrichtungen, Ärzteschaft usw. in den Gesunde Städten sind Gesundheits(förderungs)konferenzen. Diese Einrichtungen können die Kompetenzen für Gesundheit in der Kommune in geeigneter Weise zusammenführen.

Entgegen dieser bemerkenswerten Entwicklung ist das Fortschrittempo einer wirksamen und fairen Kooperation zwischen Stadtämtern bzw. Poli-

tikbereichen eher mäßig. Diese strukturelle Schwachstelle ist, Ausnahmen bestätigen die Regel, flächendeckend zu beklagen. Sie wird allerdings vielerorts vom Engagement Einzelner überdeckt. Dieses Engagement wird sich aber ohne ausreichende strukturelle Absicherung verzehren.

Der integrative, intersektorale und interprofessionelle Charakter der Gesunde Städte Programmatik ist ungebrochen aktuell und findet eine rhetorische Unterstützung und beredte Sympathie, erfreulich häufig gerade von Seiten der Kommunalpolitik. Der vitalen Übersetzung in den Alltag helfen diese Sonntagsreden jedoch nicht weiter. Lobende Worte sind flugs gesprochen: aber ohne das ernsthafte Bemühen um strukturelle Konsequenzen sind sie auf Dauer kaum etwas wert.

Gesundheitsfördernde, stadtentwickelnde Konzepte treffen auf eine Verwaltungspraxis, die aufgrund ihrer „versäulten Organisation“ mit ganzheitlichen (und damit zwangsläufig auch komplexen) Ansprüchen nur wenig anzufangen weiß. Das heißt: Die sektoral ausgerichtete Verwaltungsorganisation ist schlecht synchronisiert mit Kommunalprogrammen, die über Grenzen hinweg auf Integration, Durchlässigkeit, Offenheit sowie Aktivierung und frühzeitigen Einbezug des an den verschiedenen Stellen vorhandenen Sachverständes setzen.

Das Gesunde Städte Netzwerk hat ein beträchtliches Interesse an einem ständig fortschreitenden vernetzten Denken und Handeln, an kooperativen Arbeitsstilen, weil sie eine Voraussetzung für gesundheitsverträgliche Entscheidungen und die Entwicklung städtischer intersektoraler Kooperationsroutinen, -strukturen und -instrumenten sind, die den Gesunde Städte Konzeptansatz nachhaltig verwirklichen und verankern helfen. Diese Verknüpfungsstrukturen benötigen wir an vielen Stellen, aber insbesondere dort, wo der Nachholbedarf offensichtlich ist: zwischen den Stadtämtern. Wir müssen deshalb derartige Strukturmodelle entdecken, entschieden fördern oder mutig entwickeln.

In diesem zentralen Punkt fühlt sich gerade der Programm-Veteran Gesunde Städte aufgerufen, überzeugende Antworten zu finden, weil auch die anderen Programme (*Agenda 21, Soziale Stadt, Umwelt und Gesundheit, Soziale Stadteilentwicklung*) von diesen Fortschritten profitieren können.

2. Gesundheitsverträglichkeit

In Punkt 4 des *9-Punkte-Programms* heißt es: „Gesundheitsfördernde Inhalte und Methoden sollen bei allen öffentlichen Planungen und Entscheidungen berücksichtigt werden. Dafür sind entsprechende Voraussetzungen zu entwickeln.“

In diesem Ziel *gesundheitsverträglicher Entscheidungen* weiß sich das Gesunde Städte Netzwerk Seite an Seite mit der Gesundheitsministerkonferenz der Länder (GMK). Die hat 1991 in ihrer Entschließung *Möglichkeiten zur Gesundheitsvorsorge, Krankheitsfrüherkennung und Gesundheits-*

förderung in der Bundesrepublik Deutschland gefordert: „Die GMK hält es für unverzichtbar, dass gesundheitliche Belange bei allen öffentlichen Planungen über den Krankheitsbezug hinaus berücksichtigt werden. Dabei soll das Anliegen „Gesundheit“ ressortübergreifend – also auch in primär nicht gesundheitsbezogenen Bereichen – angesprochen, in Entscheidungen einbezogen und auch durch aktive Bürgerbeteiligung verwirklicht werden. Als Beispiele seien hier Stadtplanung und Verkehrspolitik genannt.“

Stadtpolitische Entscheidungen müssen folglich auf ihre Auswirkungen auf die Gesundheit und die Bedürfnisse, Interessen und Fähigkeiten der Menschen selbstverständlich und systematisch geprüft werden.

Doch was heißt „Verträglichkeit von Entscheidungen“ und wer bestimmt sie? Nicht nur im Gesunde Städte Zusammenhang stellen wir immer wieder fest, dass eine restlose Klarheit über den Begriff „Verträglichkeit“ fehlt. Eine Verträglichkeit für alle (Planungs)Fälle gibt es schon gar nicht.

Sicher ist aber, dass wir Verfahren und Instrumente benötigen, damit Gesundheitsverträglichkeit als gleichberechtigtes Kriterium neben anderen Interessen an (politischen) Entscheidungsprozessen bestehen kann und damit von den beteiligten Akteuren (von ihrem Sachverstand und ihrem Erfahrungswissen her betroffene Fachleute, Bürgerinnen und Bürger u. a.), jeweils im konkreten Fall diskutiert, geklärt, entschieden und verantwortet werden kann, was gesundheitsverträglich bedeutet.

Ermutigende und erfolgreiche Umsetzungsbeispiele müssen wir entdecken, entschieden fördern oder entwickeln.

3. Kommunikation der Ansätze Gesunde Stadt/Gesundheitsförderung in die Öffentlichkeit hinein

Auf dem Papier wird die Gesunde Städte Programmatik immer wieder überzeugend dargestellt. Doch der Schritt vom Papier in die Praxis ist gewaltig.

Viele Bürgerinnen und Bürger und mit ihnen viele Entscheidungsträger haben noch nicht genügend zur Kenntnis genommen bzw. konnten bisher nicht in großer Zahl überzeugt werden, dass Gesundheit nicht nur ein medizinischer, sondern wesentlich ein gesellschaftlicher Begriff ist (Ernst Bloch). Überwiegend wird noch zu wenig *in Gesundheit* gedacht. Die Bedeutung von öffentlicher Gesundheit bzw. des Gesunde Städte Ansatzes für die Gesundheit der Bürgerinnen und Bürger muss weitaus stärker als bisher in die Öffentlichkeit hinein kommuniziert werden. Die Stärkung der Nachfrage nach unseren „Produkten“ muss das Ziel sein. Erfolgreiche Umsetzungsbeispiele (z. B. Kampagnen) müssen wir verbreiten, kräftig fördern oder neu entwickeln.

4. Gesundheitsförderungsfonds

Gesundheitsförderung braucht zu ihrer Entwicklung Ressourcen. Dazu gehören politische Unterstützung, Kreativität, Ideenreichtum, engagierte

Bürger und Mitarbeiter in Institutionen und Vereinen, Verknüpfungsstrukturen und – Geld. Finanzielle Mittel, beispielsweise vom Bund zusammen mit Krankenkassen bereitgestellt, sind ein zusätzlicher Anreiz und eine wichtige Hilfe, das Thema Gesundheitsförderung kommunal und bundesweit umzusetzen.

Entsprechende Förderprogramme können gesundheitliche Investitionen erleichtern, Vernetzungsmodelle befördern, Öffentlichkeitskampagnen auf den Weg bringen, den Austausch der Fachleute und den Transfer guter Beispiele durch z. B. Praxishospitationen stimulieren und auch kleineren, finanzarmen Kommunen gesundheitsfördernde Aktivitäten ermöglichen. Diese Finanzmittel befördern nicht nur konkrete Projekte und Aktivitäten, sie stoßen auch eine ermutigende Dynamik an, die der Gesundheitsförderungsbereich nötig hat, weil hoffnungsfrohe Impulse zuletzt rar gesät waren. Die Zugänglichkeit der Mittel ohne bürokratisches Geheimwissen muss gewährleistet sein und vor allem: die Mittel müssen auch die kommunale Ebene erreichen und dürfen nicht von Bundesorganisationen abgeschöpft werden.

Eine bundesweite Allianz für Gesundheitsförderung kann positive Akzente setzen und den vielen Mitstreitern vermitteln, dass in diesem Themenfeld der Wind wieder von hinten weht. Allein diese zuerst nur symbolische Bedeutung ist für den Gesundheitsförderungsbereich wichtig. Das Gesunde Städte Netzwerk als Bündnis von Kommunen wird diese Allianz mit befördern.

*Klaus-Peter Stender
Gesunde Städte Sekretariat
c/o Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales
Tesdorpfstr. 8, 20148 Hamburg
Tel. 040 - 428482216, Fax 040 - 428482604
EMail: klaus-peter.stender@bags.hamburg.de*

Gesundheitsförderung auf Länderebene – Landesvereinigungen für Gesundheit –

Vernetzung ist machbar!

In den meisten Bundesländern existieren in langjähriger Praxis erprobte Modelle zur Vernetzung und Koordination von Gesundheitsförderungsaktivitäten. Landesvereinigungen oder Landeszentralen für Gesundheit/Gesundheitsförderung haben sich dabei als eine effektive Organisationsform erwiesen und übernehmen in zwölf von sechzehn Bundesländern diese Funktion. Gerade nach der mittlerweile wieder zurückgenommenen Abschaffung von Gesundheitsförderung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung durch die Veränderungen des § 20 SGB V im Jahr 1996 haben sie sich als wesentlicher Kristallisationspunkt für Gesundheitsförderungsaktivitäten entwickelt und ihre Schwerpunkte, die lange im Bereich der Gesundheitserziehung und Prävention angesiedelt waren, entsprechend verändert.

Vernetzung im Alltag – Aufgaben und Profile von Landeseinrichtungen zur Gesundheitsförderung

Dabei können die einzelnen Einrichtungen auf unterschiedlich lange Entwicklungszeiträume zurückblicken. Die Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V. besteht beispielsweise seit 1905 und ist damit die älteste Einrichtung dieser Art in der Bundesrepublik. Anlaß für die Gründung der meisten Landesvereinigungen war der Auftrag, parallel zum Aufbau der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 1957 „Landesausschüsse für die gesundheitliche Volksbelehrung“ in den Bundesländern zu installieren. Dabei wurde als zentraler Aufgabenschwerpunkt die Kooperation und Koordination von Aktivitäten für gesundheitliche Aufklärung auf Landesebene in den Vordergrund gestellt.

Alle Landesvereinigungen sind als Mitgliedervereine konzipiert, das heißt, dass Institutionen und Einzelpersonen aus dem Gesundheits-, Sozial- und Bildungsbereich sich innerhalb des Vereins organisieren. Das Mitgliederspektrum reicht von den gesetzlichen Krankenkassen, Berufsfachverbänden, Arbeitgeber- und Arbeitnehmerorganisationen, Selbsthilfegruppen, Kommunen, Volkshochschulen bis hin zu Einzelpersonen aus den Bereichen der Politik oder Hochschule. Die konkrete Vernetzung setzt auf verschiedenen Ebenen an, d.h. vernetzt werden:

- der formelle und informelle Sektor
- Wissenschaft und Praxis
- Gesundheitsförderungsansätze und Präventionskonzepte

- unterschiedliche Fachdisziplinen
- Kostenträger und Leistungsanbieter
- unterschiedliche Settings (z.B. Schule, Kommune und Betriebe)
- Gesundheitsförderungs- und Qualitätsmanagementstrategien

Diese vielfältigen Vernetzungsaktivitäten werden wiederum über verschiedene Zugangswege und Serviceangebote realisiert. Zu den Standardangeboten der meisten Landesvereinigungen gehören:

- Kongresse, Fortbildungen und Seminarreihen
- Themenspezifische Arbeitskreise
- Projektplanung und -beratung
- Konzeptionierung und Durchführung eigener Modellprojekte
- Praxisnahe Evaluation und Dokumentationshilfen
- Medien, Dokumentationen und Handreichungen
- Ausstellungen
- Aufbau eines Informationspools
- Herausgabe von Newslettern zur Gesundheitsförderung
- Datenbanken

Weiterhin wird Lobbyarbeit für Gesundheit im politischen Raum betrieben und versucht, eine langfristige Verankerung zukunftsorientierter Gesundheitsprogramme auf Länderebene voranzutreiben. Die konkreten Handlungsfelder werden ständig weiterentwickelt. Sie orientieren sich an den wissenschafts- und praxisbezogenen Handlungsansätzen und -themen zur Gesundheitsförderung auf Landes-, Bundes- und internationaler Ebene. Die derzeitigen Arbeitsschwerpunkte der Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen sind:

- Gesundheitsförderung und -erziehung in Kindergarten, Schule und Hochschule
- Gesundheitsförderung im Gesundheitswesen
- geschlechtsspezifische Gesundheitsförderung
- lebensphasenorientierte Gesundheitsförderung (Kindergesundheit, Gesundheit alter Menschen)
- soziale Lage und Gesundheit
- Arbeit und Gesundheit
- Qualität(en) in der Gesundheitsförderung
- PatientInneninformation/-rechte
- Gesundes Land Niedersachsen/Kommunale Gesundheitsförderung

Neben den klassischen Arbeitsfeldern „Gesundheitsförderung in Kindergarten, Schule, Kommune und in Gesundheitsberufen“ wurden in den letzten Jahren insbesondere die Arbeitsschwerpunkt „Soziale Lage und Gesundheit“ und „Qualität(en) in der Gesundheitsförderung“ neu aufgebaut. Die Hauptaufgabengebiete in den anderen Landesvereinigungen variieren je nach strukturellen Gegebenheiten des Bundeslandes. In den

neuen Bundesländern kommen beispielsweise Aufgaben im Bereich der Aidsprävention oder teilweise auch die Funktion von Landesstellen gegen die Suchtgefahren als Schwerpunktsetzungen hinzu, während andere Schwerpunkte nicht abgedeckt werden. Die Größe der Geschäftsstellen und Vereine richtet sich nach der Aufgabenzuteilung im institutionellen Geflecht auf Landesebene. Allein die vielfältigen, benannten Themen zeigen eine wesentliche Stärke der Landesvereinigungen als nicht-staatliche Organisationen: Sie können relativ schnell und flexibel auf Veränderungen in den Bereichen Gesundheitsförderung, -erziehung und gesundheitliche Aufklärung reagieren und ihre Koordinationserfahrung bei der Bearbeitung dieser neuen Themenfelder jeweils erfolgreich wieder neu einsetzen.

Qualitätsmanagement als Querschnittsaufgabe

Als ein besonders wichtiges neues Handlungsfeld hat sich in den letzten Jahren das Qualitätsmanagement in der Gesundheitsförderung herausgestellt. Die Landesvereinigungen und die Bundesvereinigung für Gesundheit haben frühzeitig die Qualitätsthematik aufgegriffen und diese einrichtungsintern, aber darüber hinaus in Tagungen und Veröffentlichungen, vorangetrieben. Bereits die 1991 veröffentlichten Empfehlungen zur Selbstevaluation haben wesentliche Forderungen, die im Bereich des Qualitätsmanagements neu formuliert werden, vorweggenommen. Die Empfehlungen richteten sich an Akteure aus der Gesundheitsförderungspraxis vor Ort und boten ein leicht handhabbares Instrumentarium für Evaluationsaktivitäten von Maßnahmen und Projekten. Die 1997 publizierten „Leitlinien und Leitfragen zum Qualitätsmanagement in gesundheitsfördernden Einrichtungen“ knüpfen daran an und wenden sich wiederum an kleinere gesundheitsbezogene Einrichtungen. Sie sollen Hilfestellung für die Etablierung von einrichtungsbezogenen Qualitätsmanagementstrategien geben. Das Konzept eines auf die Organisation bzw. Institution bezogenen Qualitätsmanagements zielt darauf ab, in den Einrichtungen eine dauerhafte, schnelle und zielgerichtete Verbesserung der Arbeit zu gewährleisten. Es geht allerdings nicht darum, erstmalig Qualität herzustellen, sondern im Rahmen eines kontinuierlichen Prozesses Verbesserungsmöglichkeiten zu schaffen und die Arbeit langfristig auf einem qualitativ hochwertigen Niveau weiterzuentwickeln. Oberste Voraussetzung und genauso ein wesentliches Ziel für die Implementierung von Qualitätsmanagement ist dabei zunächst die Gewährleistung einer transparenten Organisationsstruktur. Weitere Ziele sind:

- eine bessere Ressourcennutzung angesichts immer knapper werdender öffentlicher Gelder
- eine bessere Zusammenarbeit mit den Geldgebern
- eine höhere Kundenzufriedenheit
- sowie größere Zufriedenheit von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern.

Auch wenn im Titel der Broschüre der Begriff „Leitlinien“ auftaucht, werden in der praktischen Umsetzung eher Leitfragen definiert, denn ein Kerngedanke der Veröffentlichung ist die Idee der Lernschleife. Gemeint ist damit, daß durch Selbstbeobachtung und Rückmeldung über Voraussetzungen, Arbeitsprozesse und Ergebnisse eine kontinuierliche Verbesserung oder – wenn notwendig – eine grundsätzliche Überarbeitung dieser Voraussetzungen, Arbeitsprozesse und Ergebnisse erzielt werden kann (vgl. Badura, 1996, S.19). In diesem Prozeß müssen immer wieder aufs Neue die Schritte der Situationsanalyse, der Zielsetzung, der Intervention und der Evaluation durchlaufen werden. Hierzu sind eine Beteiligung und Eigenverantwortlichkeit sämtlicher MitarbeiterInnen auf allen Hierarchieebenen unerlässlich. Angesichts des weiten Geltungsbereiches von Gesundheitsförderungsmaßnahmen und den eher weichen Outcome-Definitionen in diesem Feld war es für die Formulierung von zu eng gefassten Leitlinien zu früh. Für so grundsätzliche Strategien wie Kompetenzerweiterung von Individuen und sozialen Systemen oder anwaltschaftliches Eintreten für sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen müssen andere Qualitätskriterien entwickelt werden als für medizinische Behandlungsverfahren. Das Konzept der Gesundheitsförderung ist relativ neu und gleichzeitig können die Effekte ihrer Interventionen nur langfristig gemessen werden, deshalb sind hier im Vergleich zu medizinischen Outcome-Definitionen nur eher weiche Nutzendefinitionen möglich. Die Qualitätsforderung kann eine zusätzliche Unschärfe in diese Prozesse hineinragen, weil auch sie zum jetzigen Zeitpunkt notwendigerweise abstrakt bleiben muß, da sie sich zunächst einmal nur auf die Ziele und Handlungsfelder beziehen kann (doppelte Unschärferelation, vgl. Altgeld, 1997). Erst wenn für diesen Bereich Erfahrungen über eine nennenswerte Zeitspanne vorliegen, werden möglicherweise eine retrospektive Kosten-Nutzen-Analyse und ein Vergleich zum Nutzen kurativer Maßnahmen möglich sein. Das doch eher sozialutopische Projekt einer breit angelegten Gesundheitsförderung lebt geradezu von der Kreativität seiner Protagonisten und benötigt Zeit zur Entwicklung von evidenzbasierten Strategien und Maßnahmen.

Deshalb setzt das von den Landesvereinigungen für Gesundheit entwickelte Qualitätsmanagementkonzept auf zwei Ebenen an. Einerseits soll die Qualität der dort vorgehaltenen Maßnahmen nach außen transparent gemacht und kontinuierlich gesteigert werden. Andererseits bietet das Konzept der Leitfragen die Möglichkeit der Nachnutzung durch andere Mitgliedsorganisationen, die ähnliche Maßnahmen durchführen. Insbesondere kleinere gesundheitsbezogene Einrichtungen und der öffentliche Gesundheitsdienst, für die aufwendige und kostenintensive Qualitätssicherungsmaßnahmen untragbar sind, können durch die Leitfragen profitieren.

Die Erfahrungen in der Entwicklung tragfähiger Qualitätsmanagementstrategien und die Diskussionen um Qualität im Bereich des Gesundheitswesens lassen sich in den nachfolgenden Thesen zusammenfassend beschreiben:

- An der Qualitätsmanagementdiskussion wird zur Zeit mehr verdient als durch sie eingespart werden kann im Gesundheitswesen (Altgeld 1997).
- Interne Qualitätsmanagementstrategien sind effektiver als externe Kontrolle, d.h. auch EFQM- und andere einrichtungsbezogene Modelle sind effektiver als importierte EBM-Anstrengungen.
- Auch für das Qualitätsmanagement gilt ein wesentliches Prinzip der Gesundheitsförderung: „Bottom-up-Strategien“ sind „Top-down-Strategien“ vorzuziehen.
- Unaufwendige, kostengünstige und effektive Qualitätsmanagementstrukturen lassen sich in Gesundheitsförderungseinrichtungen leichter als in anderen Bereichen des Gesundheitswesens implementieren, weil die Arbeitsprozesse und der konzeptionelle Hintergrund ähnlich gelagert sind.

Ressourcenbündelung und effektive Vernetzung

Angesichts der knapper werdenden Ressourcen und der Forderung nach mehr Koordination und Kooperation im Bereich der Gesundheitsförderung können die Erfahrungen, die in der Landesvereinigungsarbeit auf Länderebene gesammelt werden, wertvolle Voraussetzungen für die Strukturierungen der Zusammenarbeit in diesem Bereich bieten. Sie verdeutlichen, daß die Kooperationsmöglichkeiten verschiedener Träger nur funktionieren, so lange sie mit einer wie auch immer gearteten Gewinnerwartung auf Seiten der verschiedenen Partner verbunden sind. Die zunehmende Konkurrenz im Bereich der Gesundheitsförderung, insbesondere unter den gesetzlichen Krankenkassen, erschwert auch die Arbeit in den Landesorganisationen, was beispielsweise die Finanzierung von gemeinsamen Projekten angeht. Als Fazit aus den Erfahrungen der Landesvereinigungen auf Länderebene lassen sich insbesondere zwei Punkte besonders herausstellen:

- Vernetzung funktioniert, braucht aber intermediäre Strukturen und professionelle ModeratorInnen mit Schlüsselqualifikationen. Ein Aufbau organisationsübergreifender, neutraler Strukturen erleichtert die Vernetzungsarbeit.
- Nichtstaatliche Einrichtungen sind flexibler und für solche Prozesssteuerungen eher geeignet als Behörden und Sozialversicherungsträger oder Kammern, deren Handlungsgrundlagen durch die Sozialgesetzbücher bzw. andere gesetzliche Grundlagen sehr eng geregelt sind.

Gendermainstreaming als Zukunftsthema?

Für die weiterführende Diskussion eines nationalen Programmes soll abschließend noch ein Aspekt besonders hervorgehoben werden, der auch in vielen Gesundheitsförderungsdiskussionen nicht nachhaltig eingeflossen ist,

die Notwendigkeit geschlechtsdifferenzierender bzw. geschlechtersensibler Ansätze. Dabei haben geschlechtsdifferenzierende Ansätze in der Gesundheitsförderungspraxis eine gewisse Tradition, die möglicherweise mit der Frauengesundheitsbewegung zusammenhängt, in der die Frauengesundheit schon frühzeitig nicht nur als Problem der medizinischen Versorgung begriffen wurde. Männergesundheit ist dagegen ein eher neues Thema in der Gesundheitsförderung. Dabei hat das „starke Geschlecht“ allein schon mit Blick auf die wesentlich geringere Lebenserwartung hier erheblichen Nachholbedarf. Ob die Wellness- und Fitnessbewegung allein dies abzudecken vermag bleibt fragwürdig. Notwendig wird ein anderes, weniger instrumentelles Selbstverständnis des eigenen Körpers sein. Hier fehlen jedoch sowohl die theoretischen Grundlagen als auch die praktischen Programme.

Eine wichtige neue politische Strategie stellt der Gendermainstreamingansatz dar, der als eine neue Lektorientierung die Dimension der Chancengleichheit in sämtliche politischen Konzepte und Maßnahmen der Europäischen Gemeinschaft einbinden soll. Aufbauend auf die bisherigen Gleichstellungspolitikern wie z.B. Frauenförderplänen wurde im Laufe der 90er Jahre die Gleichstellung von Männern und Frauen schrittweise als Querschnittsaufgabe konzipiert, die als horizontales Ziel alle Politikfelder berührt. Dabei werden von der Europäischen Kommission z.B. „Gender Impact Assessment“ und „Gender Proofing“ empfohlen. Das „Gender Impact Assessment“ führt die Bewertung aller Maßnahmen auf ihre geschlechtsspezifischen Auswirkungen als ein Routineverfahren ein, d.h. es wird immer und selbstverständlich, als Routine, angewandt. Das „Gender Proofing“ ist eine Gleichstellungsprüfung um sicherzustellen, daß alle Legislativvorschläge, Strategiepapiere, Gemeinschaftsaktionen der EU dem Ziel der Chancengleichheit gerecht werden.

Entsprechende Ansätze für das Gesundheitswesen im Allgemeinen und die Gesundheitsförderung im Besonderen wurden in Deutschland anders als in Großbritannien beispielsweise bislang nicht erprobt. Hier liegt auf jeden Fall eine wesentliche neue Herausforderung für innovative Gesundheitsförderungsstrategien.

Fazit für die Entwicklung eines nationalen Programms

Zusammenfassend sollen deshalb folgende Empfehlungen für die Erarbeitung eines nationalen Programmes festgehalten werden:

- Wenn die Ausformulierung eines nationalen Aktionsprogrammes Priorität haben soll, muß sich das auch in Strukturen innerhalb des Bundesministeriums für Gesundheit widerspiegeln, d.h. die Einrichtung einer Stabsstelle innerhalb des Ministeriums ist notwendig.
- Eine Vernetzung mit anderen Prozessen ist frühzeitig notwendig, in erster Linie mit dem jetzt begonnenen Gesundheitszieldefinitionsprozess, der nationalen Gesundheitsberichterstattung, dem Sachverständigenrat,

dem Bund-Länder-Programm „Soziale Stadt“, dem Umweltsektor und der nationalen Armutberichterstattung, um nur einige zu nennen.

- Der gesamte Ansatz darf nicht zu strukturlastig sein und muss stärker inhaltlich angereichert werden, wenn eine Akzeptanz dafür hergestellt werden soll. Inhalte, die stärker im Vordergrund stehen müssen, sind gesundheitliche Chancengleichheit und Gendermainstreaming sowie der Abbau von Schnittstellenproblematiken zwischen den einzelnen Sektoren der gesundheitlichen Versorgung und zwischen den verschiedenen Kostenträgern.

Literatur:

- Altgeld, T; Laser, I; Walter, U, (Hrsg.) Wie kann Gesundheit verwirklicht werden? Gesundheitsfördernde Handlungskonzepte und gesellschaftliche Hemmnisse, Weinheim und München
- Altgeld, T(1998): Qualität(en) in der Gesundheitsförderung - Ein Beitrag zur Organisationsentwicklung?. In: Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V.(Hrsg.) (1998) Qualität(en) in der Gesundheitsförderung, Hannover, S. 2-6
- Badura, B (1996): Qualitätsstrategien in Prävention und Gesundheitsförderung. In: Bundesvereinigung für Gesundheit (Hrsg.): Qualitätsstrategien in Prävention und Gesundheitsförderung - Leitlinien Praxisbeispiele, Potentiale, Bonn, S. 14-22
- Badura, B (1997): Zehn Jahre Ottawa-Charta: Was bleibt vom enthusiastischen Aufbruch? In: München, Juventa Verlag, S. 29-35
- Bundesvereinigung für Gesundheitserziehung e.V. (Hrsg.) (1991): Praxisnahe Evaluation gesundheitsfördernder Maßnahmen, Bonn
- Bundesvereinigung für Gesundheit (Hrsg.) (1997): Qualitätsmanagement in gesundheitsfördernden Einrichtungen - Leitlinien und Leitfragen, Bonn
- Franzkowiak, P; Sabo, P (Hrsg.) (1993): Dokumente der Gesundheitsförderung. Mainz
- Rosenbrock, R (1997): Hemmende und fördernde Faktoren in der Gesundheitspolitik - Erfahrungen aus dem vergangenen Jahrzehnt. In: Altgeld, T; Laser, I; Walter, U, (Hrsg.) Wie kann Gesundheit verwirklicht werden? Gesundheitsfördernde Handlungskonzepte und gesellschaftliche Hemmnisse, Weinheim und München, Juventa Verlag, S. 37-52

Thomas Altgeld

Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V.

Fenskeweg 2, 30165 Hannover

Tel. 0511 /350 00 52, Fax 0511/350 55 95

EMail: lv-gesundheit.nds@t-online.de

Eine Liste der Landesvereinigungen für Gesundheit kann über folgende Internet-Adresse eingesehen werden:
<http://www.gesundheitberlin.de/content/kooperationspartner>

Bundesvereinigung für Gesundheit e.V.

– Wer wir sind, was wir tun

Profil

Die Bundesvereinigung für Gesundheit e.V. (BfGe) – mit Geschäftsstelle in Bonn – wurde 1954 gegründet und ist ein gemeinnütziger, politisch und konfessionell unabhängiger Verband. 112 Organisationen sind zur Zeit Mitglieder der BfGe, darunter die Bundesärztekammer, die Spitzenverbände der Krankenkassen, die Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände, der Bundesverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen, der Zentralverband der Krankengymnasten und der Deutsche Turnerbund, aber auch Bildungseinrichtungen und Akademien.

Zielsetzung

Ziel der BfGe ist es, Gesundheit zu fördern. Gesundheit wird dabei im Sinne der Ottawa-Charta der Weltgesundheitsorganisation (WHO) umfassend verstanden: Sie ist mehr als die Abwesenheit von Krankheit und bezieht das körperliche, geistig-seelische und soziale Wohlbefinden mit ein. Ein positives Gesundheitsverständnis soll Menschen darin unterstützen, ihre Lebensweisen und Lebensbedingungen gesundheitsfördernd zu gestalten.

Arbeitsweise

Die BfGe setzt diese Ziele nicht unmittelbar in direkter Ausrichtung auf die Allgemeinbevölkerung um, sondern in der Zusammenarbeit mit Multiplikatoren - und dabei vor allem mit ihren Mitgliedsorganisationen. Die BfGe geht vom Prinzip der Subsidiarität aus, d.h.

- gewachsene und bewährte Angebote und Strukturen werden aktiv genutzt und weiterentwickelt,
- die Kooperationspartner bestimmen selbst Zielsetzung, Themen ihrer Arbeit,
- die BfGe unterstützt mit Ideen, Inhalten, Methoden und Medien.

Wer an Zusammenarbeit interessiert ist, findet hier die Möglichkeit, in einen professionell moderierten Erfahrungsaustausch zu treten und dadurch gemeinsame Projektarbeit zu verwirklichen. Die Bundesvereinigung ist damit eine zentrale Vernetzungsinstanz, die die Brücke zwischen ganz unterschiedlichen „Gesundheitsanbietern“ schlägt, Transparenz schafft, Synergien erreicht, Qualität sichert und grundsätzlich offen für innovative Lösungen ist.

Projekte

Die BfGe nimmt in ihrer Koordinierungs- und Vernetzungsfunktion zur Zeit folgende Arbeitsschwerpunkte wahr:

- Prävention von Kinderunfällen in Heim und Freizeit
- Aufbau und Ausweitung eines nationalen „Netzwerkes Nichtraucher“ und seine Einbettung in entsprechende europäische Initiativen,
- Bekämpfung der „Tabakabhängigkeit“ durch Teilnahme an dem entsprechenden europäischen Partnerschaftsprojekt der WHO (zusammen mit Polen, Frankreich und England),
- Förderung der Zusammenarbeit zwischen den Anbietern von (digitalen)

Gesundheitsinformationen im Rahmen eines „Qualitätsnetzes“ („Aktionsforum Gesundheitsinformationssystem/AFGIS“),

- Vorbereitung, Durchführung, Nachbearbeitung des „Weltgesundheitstages“,
- Vorbereitung, Durchführung und Nachbearbeitung des „Tags der Zahngesundheit“.

Darüber hinaus wird derzeit eine Bestandsaufnahme zu Angeboten im Themenbereich „Gesund Altern“ erarbeitet.

Umdenken

Ein weiterer Schwerpunkt ist die Beobachtung und Analyse des immer schnelleren gesellschaftlichen Wandels und seiner Auswirkungen auf den Gesundheits-, aber auch auf den Kultur- und Umweltbereich. Die BfGe kann hier aufgrund ihres Arbeitsspektrums schnell und innovativ auf neue Anforderungen reagieren.

Finanzierung

Die BfGe wird für ihre satzungsgemäß festgelegten Ziele und Aufgaben vom Bundesministerium für Gesundheit mit ca. 370.000 DM jährlich institutionell gefördert. Davon unabhängig erfolgt die Finanzierung von Projekten aus Bundesmitteln und/oder Sponsorengeldern. Darüber hinaus gibt es den seit 1988 bestehenden „Förderverein der Bundesvereinigung für Gesundheit e.V.“. Er hat den Zweck, die BfGe in ihren Maßnahmen zur Gesundheitsförderung finanziell zu unterstützen – z.B. bei der Durchführung von Kongressen, Tagungen und Workshops oder bei der Anfertigung von Expertisen und der Herstellung von Dokumentationen und Materialien.

Vorstand / Geschäftsführung

Die BfGe wird durch zehn Vorstandsmitglieder repräsentiert. In seiner Zusammensetzung spiegelt der **Vorstand** die interprofessionelle und interdisziplinäre Ausrichtung der Bundesvereinigung wider. Zum Vorstand, der sich alle drei Jahre der Mitgliederversammlung zur Wahl stellt, gehören derzeit:

- Präsident: Dr. Hans-Peter Voigt (Northeim)
- Vizepräsidentin: Helga Kühn-Mengel, MdB (Berlin)
- Vizepräsidentin: Dr. med. Dorothee Fischer (Stuttgart)
- Schriftführer: Herbert Rebscher (Siegburg)
- Schatzmeister: Dr. Hans-Jürgen Schulke (Bremen)

Beisitzerinnen und Beisitzer:

- Dr. med. Justina Engelbrecht (Köln) • Prof. Dr. Andreas Geiger (Magdeburg) • Prof. Dr. Hans Günther Homfeldt (Trier) • Senatsdirektor Norbert Lettau (Hamburg)

Die Umsetzung der Arbeitsschwerpunkte nehmen in der **Geschäftsführung** Dr. Uwe Prümel-Philippson und Beate Robertz-Grossmann wahr – in Zusammenarbeit mit den jeweiligen ProjektleiterInnen und -mitarbeiterInnen und den Verwaltungsfachkräften.

Kontakt: Bundesvereinigung für Gesundheit e.V., Heilsbachstraße 30, 53123 Bonn, Tel. 02 28 / 9 87 27-0, Fax -6 42 00 24, Internet: www.bvgesundheit.de, E-Mail: bfgge.pp@bfgge-1.de, bfgge.rg@bfgge-2.de

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Gesundheitsförderung durch Vernetzungsaktivitäten

Zumindest seit der Diskussion von Ottawa zur Gesundheitsförderung ist die Vernetzung ein – ich möchte sagen – konstitutives Merkmal im Konzept der Gesundheitsförderung. Vernetzung oder Netzbildung ist ein Ausdruck des Prinzips der Partizipation und politisches Ziel im Sinne der Bildung von Koalitionen für Gesundheit.

Gesundheitsförderung durch Vernetzung bedeutet im Grundsatz Verstärkung, Verstärkung durch Austausch von Informationen und Erfahrungen, durch Bündelung von materiellen und personellen Ressourcen, durch Lobbyarbeit für eine gemeinsame Sache.

Sollen Verstärkungseffekte erzielt werden, müssen die Interessen der Netzwerkmitglieder im Konsensverfahren auf bestimmte Ziele hin fokussiert und konzentriert werden. Ohne Ziele aber läuft Vernetzung Gefahr, zu einer Verstrickung zu degenerieren.

Vernetzung braucht deshalb Ressourcen. Koordinierende Netzwerkmitglieder müssen den Zielbestimmungs- und Konsensbildungsprozess organisieren und moderieren. Vernetzung bindet also zunächst Ressourcen bevor nach den o.g. Prozessen im Sinne von Arbeitsteilung eine Ressourcenerweiterung möglich wird. Es ist aber ein Missverständnis, dass Vernetzung fehlende Ressourcen ersetzt.

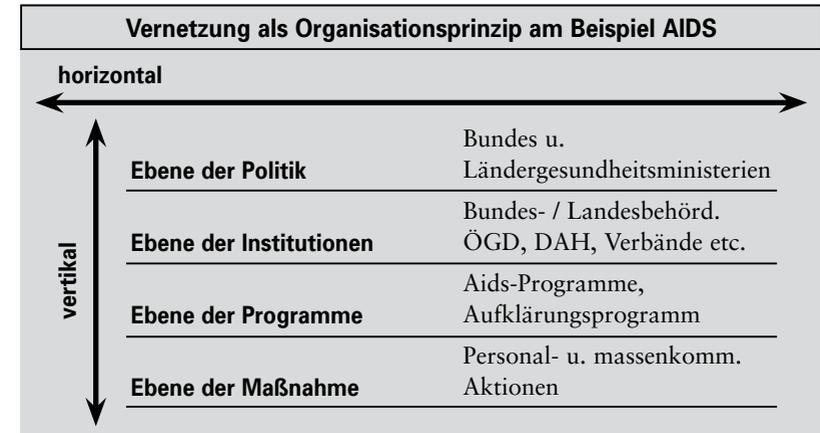
In Bezug auf die Gesundheitsförderung, auf die Bildung von „Allianzen für Gesundheitsförderung“ muss sich jede Initiative, jede Organisation fragen, was weiß ich denn tatsächlich über die Kooperationspartner in meinem Arbeitsfeld und eventuell darüber hinaus? Nötig erscheint eine Bestandsaufnahme, die Auskunft gibt z.B. zu folgenden Fragen: Welche Vernetzungsformen bestehen in welchen Arbeitsfeldern für Gesundheitsförderung? Wie stabil ist ihre Struktur? Gibt es sektor- bzw. ressortübergreifende Kooperationen? Gute Beispiele – u.a. aus dem Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung – könnten helfen, Kooperationsmodelle zu entwerfen.

An Hand gelungener Beispiele aus der Praxis könnte auch konkreter gezeigt werden, worin der Mehrwert der Vernetzung liegt, welche Synergien zu beobachten sind. Dabei stellt sich auch die Frage, wie breit – horizontal wie vertikal – Vernetzung angelegt sein darf, um noch handhabbar zu sein.

Bei der Beschreibung des Mehrwertes und der Synergien von Vernetzung sollte nicht nur nach den üblichen, an den formellen Zuständigkeiten ausgerichteten Vernetzungsschemata entlang gedacht werden, sondern vertikal entlang der Ebenen der Politik, der Institutionen, der Programme und Maßnahmen. Auf jeder Ebene sind spezifische Kooperationsformen zu finden. Die Zusammenarbeit, das vernetzte Handeln zwischen diesen Ebenen ist – wie uns die Erfahrungen aus der AIDS-Prävention gelehrt haben – eine

notwendige Bedingung für landesweite, nachhaltige und wirksame Prävention und Gesundheitsförderung. Von der Politikebene zur Maßnahmenebene absteigend nimmt in der Regel der Konkretisierungsgrad der Vernetzung und die Anzahl der beteiligten Partner zu.

Außer der Arbeits- und Kostenteilung lassen sich im Falle der AIDS-Prävention die Synergien auch in der Form einer sehr hohen Akzeptanz der Maßnahmen und Botschaften bei Multiplikatoren und Zielgruppen erfassen.



Die inhaltliche Vielfalt der Gesundheitsförderung ist einerseits beeindruckend, andererseits aber auch erschlagend. Die zu bearbeitenden Themenfelder sind zahlreich und an unterschiedlichen Orten verschieden ausgeprägt. Dieser Vielfalt und Differenzierung stehen begrenzte Ressourcen gegenüber. Damit wird die Gefahr sehr groß, die knappen Ressourcen auf zu viele Felder zu verteilen und somit die Wirksamkeit zu verlieren. Neben der Ressourcenerweiterung ist die Bündelung der vorhandenen Ressourcen auf prioritäre Ziele ein adäquater Weg, Maßnahmen mit der nötigen Interventionsstärke und -dauer durchzuführen, damit Wirkungen entstehen können.

Prioritäre Ziele sind eine zentrale Orientierungsgröße für die angestrebten Vernetzungen. Aus diesem Grund erscheint es unabdingbar, die Diskussion um Allianzen zur Gesundheitsförderung mit der vom BMG angestoßenen Diskussion um Gesundheitsziele für Deutschland eng zu verknüpfen. Die Formulierung von Gesundheitszielen wird auch in den Deklarationen der 5. Weltkonferenz zur Gesundheitsförderung (Mexiko 5. - 9.6.2000) als notwendige Voraussetzung betrachtet, nationale Aktionspläne für Gesundheit zu entwickeln.

*Harald Lehmann
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
Oetmerheimer Str. 220, 51109 Köln*

Tel. 0221 - 8992240, Fax 0221 - 8992201, EMail: h.lehmann@bzga.de

Krankenkassen und Gesundheitsförderung

Reanimation der Gesundheitsförderung

Die Aktivitäten der Krankenkassen in der Prävention wurden durch den Seehoferschen Kahlschlag im Rahmen des Beitragsentlastungsgesetzes radikal zurückgefahren. Durch die Gesundheitsreform 2000 wurde dieses Handlungsfeld reanimiert: Die GKV ist entschlossen, die ihr zur Verfügung stehenden Handlungsmöglichkeiten auf diesem Feld konsequent zu nutzen.

Ökonomische Grenzen und gesundheitspolitische Notwendigkeit

Dabei ist klar: Das Engagement der Krankenkassen in der Primärprävention und betrieblichen Gesundheitsförderung muss sich an diesen gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen sowie an den objektiven Möglichkeiten der Krankenkassen, die insbesondere durch den Richtwert von 5 DM je Versicherten je Kalenderjahr geprägt sind, orientieren (selbst unter Berücksichtigung der vom Gesetzgeber zugelassenen Ausgabensteigerungen sind dies ca. 400 Mio DM im Jahr 2001 und damit ca. 1,5 Promille der Leistungsausgaben der GKV).

Unstrittig in der Fachwelt ist, dass diese finanzielle Ausstattung des Handlungsbereichs in Anbetracht der zunehmenden Überalterung der Bevölkerung unzureichend ist. Ist heute jeder 4. Versicherte 60 Jahre und älter, so wird es in vierzig Jahren bereits jeder dritte sein. Nur durch eine erhebliche Verstärkung primärpräventiver Anstrengungen in allen Altersgruppen lassen sich die durch den demographischen Wandel zu erwartenden Kosten- und Beitragsanstiege teilweise neutralisieren.

Nach vorsichtigen Schätzungen lässt sich ca. ein Drittel der Ausgaben zur Behandlung der verbreitetsten chronischen Krankheiten durch zielgerichtete Prävention im Vorfeld vermeiden. Dies erfordert jedoch einen forcierten Ausbau der Primärprävention.

Logik des Kassenhandelns

Die Krankenkassen gewähren ihren Versicherten die medizinisch notwendigen Leistungen auf Basis eines individuellen Rechtsanspruchs, der durch die Inanspruchnahme aktiviert wird. Daher ist es nicht weiter überraschend, dass auch die Präventionsleistungen lange Zeit nach dieser Logik gewährt wurden (Kurse, die sich an die individuellen Versicherten richten, mit „Komm-Struktur“).

Eine bemerkenswerte Ausnahme von dieser Struktur stellte die Betriebliche Gesundheitsförderung dar, bei der die Leistungen aktiv an die Versicherten herangetragen wurden. Aber nicht nur dies: neben verhaltensorientierten Kursangeboten wurden im Rahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung auch arbeitsorganisatorische und ergonomische Veränderungen integriert, die es den Versicherten erleichtern sollten, ihre Gesundheit zu erhalten und zu stärken (Verhältnisprävention). Strategisches Ziel war und ist hier die Implementierung von Gesundheit als zusätzlichem Produktionsfaktor.

Die Krankenkassen tun sich derzeit schwer, die Ausrichtung auf den individuellen Versicherten zu überwinden. Ein wesentlicher Grund hierfür ist auch die vom Gesetzgeber geschaffene Wettbewerbssituation, die das strategische Kalkül jeder Krankenkasse neben der Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustandes ihrer Versicherten immer auch auf die Gewinnung und Haltung „guter Risiken“ orientiert. Der vom Gesetzgeber geforderte Beitrag zum Abbau ungleicher Gesundheitschancen steht mit den strukturbedingten Anreizen des Wettbewerbs in einem Zielkonflikt.

Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien

Um wettbewerbsbedingten Fehlentwicklungen, wie sie in den Jahren vor 1997 verschiedentlich festgestellt wurden, vorzubeugen, wurden die Krankenkassen-Spitzenverbände gesetzlich beauftragt, „gemeinsam und einheitlich unter Einbeziehung unabhängigen Sachverständigen prioritäre Handlungsfelder und Kriterien für Leistungen (der primären Prävention zu beschließen, d. Verf.), insbesondere hinsichtlich Bedarf, Zielgruppen, Zugangswegen und Methodik“.

Unter Berücksichtigung der bestehenden präventiven Bedarfe, wie sie sich in den Hauptursachen für vorzeitigen Tod, Arbeitsunfähigkeit und Frühberentung widerspiegeln, haben die Krankenkassen-Spitzenverbände einen Leitfaden erarbeitet, der prioritäre Handlungsfelder und Kriterien festlegt, die für Maßnahmen der Primärprävention und den Arbeitsschutz ergänzende Maßnahmen der betrieblichen Grundgesundheitsförderung durch die Krankenkassen verbindlich gelten.

Diese Handlungsfelder sind im Bereich der Primärprävention:

- Bewegungsgewohnheiten zur Förderung der Herz-Kreislauf-Funktion und / oder des Muskel-Skelett-Systems
- Ernährung (Vermeidung von Mangel- und Fehlernährung, Vermeidung und Reduktion von Übergewicht)
- Stressreduktion / Entspannung
- Genuss- und Suchtmittelkonsum

Für den Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung sind die vorgesehenen Handlungsfelder:

- Arbeitsbedingte körperliche Belastungen
- Betriebsverpflegung
- Psychosozialer Stress
- Genuss- und Suchtmittelkonsum

*Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder
und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur
Umsetzung von § 20 Abs. 1 und 2 SGB V vom 21. Juni 2000,
im Internet unter www.g-k-v.com/download/leitfaden2106.doc*

Zu jedem dieser Handlungsfelder geben die Spitzenverbände Hinweise auf Gruppen, bei denen der Bedarf für Interventionen im jeweiligen Handlungsfeld besonders ausgeprägt ist. Schließlich definieren sie die Inhalte förderungsfähiger Maßnahmen, die dabei zu beachtenden Methoden und die Qualifikation der Anbieter entsprechender Leistungen.

Um eine effektive Umsetzung der ausgewählten Maßnahmen zu gewährleisten, werden geeignete Dokumentations- sowie Evaluationsmaterialien erarbeitet.

Ein besonderer Schwerpunkt der Kassenaktivitäten liegt auf der Entwicklung von innovativen Konzepten, welche auf spezifische Zielgruppen (Schwerpunkt: Kinder und Jugendliche, Ältere) ausgerichtet sind. Ein weiterer Schwerpunkt ist die Entwicklung von Maßnahmen nach dem sogenannten „Setting-Ansatz“, insbesondere zur Erreichung von sozial Benachteiligten.

Gesundheitsförderung in Settings setzt die aktive Einbeziehung der Zielgruppen voraus. Ohne dass die Betroffenen in der Lage und motiviert sind, sich selbst für ihre gesundheitlichen Belange zu engagieren und aktiv zu werden, lassen sich keine auf ihre Bedürfnisse zugeschnittenen Maßnahmen entwickeln und verstetigen. Im Setting „Betrieb“ haben die Krankenkassen hierzu Instrumente wie Mitarbeiterbefragungen und Gesundheitszirkel entwickelt. Eine Übertragung dieser Aktivierungsstrukturen auch auf andere Felder gesundheitsförderlichen Handelns ist zur Erhöhung der Effektivität anzustreben.

Aufbau kooperativer Strukturen

Der Königsweg zur praktischen Umsetzung dieser Schwerpunkte ist das Zusammenführen der Akteure in dem bisher hauptsächlich vertikal „versäulten“ Feld der Prävention durch vermehrte horizontale Vernetzung. Die

Arbeit der Krankenkassen bedarf der kritischen Reflexion – sowohl intern als auch durch Anstöße von Außen. Motor der Weiterentwicklung sind dabei unstrittig auch die Stellungnahmen des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen und der Beratenden Kommission der Spitzenverbände der Krankenkassen für Primärprävention und Betriebliche Gesundheitsförderung.

Notwendig ist eine Trendwende hin zu einem konzertierten Vorgehen aller im Bereich Prävention Verantwortung Tragenden, da ein gemeinsames, koordiniertes Vorgehen auf dem Feld der Prävention derzeit nicht zu erkennen ist. Ähnlich wie bei der Zusammenarbeit zwischen Berufsgenossenschaften und gesetzlichen Krankenkassen – welche in einer Rahmenvereinbarung geregelt ist – müssen auch zwischen den anderen Akteuren Schnittstellen identifiziert, Reibungspunkte minimiert sowie die unterschiedlichen Kompetenzen gebündelt werden. Auf der Basis dieser Analyse wäre es auch hier sinnvoll, eine Rahmenvereinbarung mit klaren Festlegungen bezüglich der jeweiligen Verantwortlichkeiten sowie der Formen der Zusammenarbeit zu formulieren.

Ein besonderes Gewicht kommt dabei der Einbindung des öffentlichen Gesundheitsdienstes zu. Aufgrund der föderalen Zuständigkeiten sind hier insbesondere die Länder gefordert, welche im Rahmen der GMK unter Einbindung des Bundesministeriums für Gesundheit initiativ werden sollten. Flankierend scheint hier als Koordinatoren die Einbindung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) sowie der Bundesvereinigung für Gesundheit (BfGe) sinnvoll.

Als thematischer Schwerpunkt einer zukünftigen gesundheitspolitischen Ausrichtung kann die verstärkte Einbindung gesundheitlicher Aspekte bei städtebaulichen Maßnahmen (Lärmbelastungen, Schadstoffemissionen etc.) unter Einbindung der gesetzlichen Krankenkassen gesehen werden.

Bezüglich der Aufklärung und Information zu gesundheitlichen Themenstellungen ist verstärkt die BZgA heranzuziehen. Krankenkassen bieten hierfür ihre fachliche und flankierende Unterstützung an.

Des weiteren ist ein besonderer Augenmerk auf eine engere Vernetzung auf dem Feld der Prävention innerhalb der ärztlichen Versorgung zu legen. Beispielhaft sei hier ein praxisbezogenes Modellvorhaben in Brandenburg und Berlin erwähnt, in welchem modellhaft eine Vernetzung von hausärztlicher / dermatologischer Versorgung mit arbeitsmedizinischer Kompetenz erprobt wird (Projekt „IKK hautnah“).

Bei der Finanzierung von gesundheitsförderlichen Maßnahmen insbesondere in Settingansätzen (z.B. Schule, Stadtteil) ist bei konzertierter Vorge-

hensweise vermehrt auf eine anteilige Finanzierung aller Beteiligten (z.B. Krankenkassen, Berufsgenossenschaften, Jugendämter, Schulverwaltung etc.) zu setzen. Die Kostenübernahme hat im Rahmen der jeweiligen Möglichkeiten bzw. des GKV-Mitgliederanteils zu erfolgen.

Die „Allianz für Gesundheitsförderung“ kann durch die Bündelung von Kompetenzen und Erfahrungen auf diesem Feld einen wertvollen Beitrag zu einem Aufbau gesundheitsförderlicher Strukturen sowie einer Optimierung und Verstetigung gesundheitsförderlicher Maßnahmen leisten. Hieraus ergäben sich folgende Chancen:

- Informationsdefizite über gesundheitsförderndes sowie gesundheitsriskantes und –schädigendes Verhalten der Versicherten auf breiter Basis zu beseitigen (Informationsfunktion);
- die Defizite der Kurativmedizin bei chronischen Erkrankungen nach Möglichkeit auszugleichen (Erweiterungs- und Kompensationsfunktion);
- auf krankmachende Arbeits- und Lebensbedingungen einzuwirken (Interventionsfunktion);
- die Lebensqualität der Versicherten zu steigern;
- Leiden zu mindern.

Siegfried Heinrich
Ikk-Bundesverband
Postfach 100151
51401 Bergisch-Gladbach
Tel. 02204 - 44160
E-Mail: siegfried.heinrich@bv.ikk.de

Gesundheitsförderung in und mit Schulen

Wissens- und Bildungsdimension der Gesundheitsförderung

Der Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Gesundheitsfördernde Schulen (DGGS) begrüßt den Handlungsimpuls der Initiatoren sowie den mit der Unterschrift der Erklärung von Mexiko City bekundeten politischen Willen der Bundesregierung, für das Konzept der Gesundheitsförderung eine politisch-fachliche Lobby zu aktivieren und für die vielfältigen Ansätze seiner Umsetzung nachhaltige Strukturen – von der Bundesebene bis in die Regionen – zu ermutigen und zu verankern.

DGGS: NGO im „Setting Schule“ stärken

Als Nichtregierungsorganisation (NGO) versteht die DGGS ihr Engagement vor allem als Qualifikations-, Netzwerk- und Lobbyarbeit für einen strukturbildenden Ansatz der Gesundheitsförderung im „Setting Schule“. Seit 1993 wirkt sie als Zusammenschluss von Fachleuten und VertreterInnen von Fachorganisationen aus dem Spektrum Schule, Gesundheit und (Weiter-)Bildung.

Für die Entwicklung und Stärkung Gesundheitsfördernder Schulen will die DGGS einen integrierenden Verständigungsrahmen schaffen, der

- **statusübergreifend** die Aufsplitterung in Fach (und Laien-)Rollen überwindet und kooperatives Handeln im schulischen Kontext anregt;
- **problemübergreifend** die isolierte Betrachtung und Behandlung von Einzelthemen überwindet und für gesundheitsfördernde Bildungskontexte eintritt;
- **berufsübergreifend** die Vereinzelung und Abgrenzung der Professionen überwindet und – vor Ort wie überregional – interdisziplinäre Zusammenarbeit stiftet;
- **organisationsübergreifend** trennende Zuständigkeiten überwinden hilft und eine Kooperation von und mit unterschiedlichen Partnern initiiert; und der schließlich auch
- **länderübergreifend** die föderativen Grenzen im Bildungswesen immer wieder überwindet und nationale wie internationale Fachkontakte nutzt.

Bezüge auf die Ottawa-Charta weiterentwickeln

Das Selbstverständnis der DGGS (und das gilt für alle in gesundheitsfördernden Settings wirksamen Handlungsansätze) gründet gewissermaßen auf drei „Eckpunkten“ der Ottawa-Charta von 1986, mit der die Weltgesundheitsorganisation uns jenes Leitdokument geliefert hat, an dem auch die hier zur Rede stehende Erklärung von Mexiko City 2000 anknüpft. Ein vierter Eckpunkt sichert die Lebendigkeit von Prozessen und Ergebnissen.

- 1. Befähigen und qualifizieren:** Für die Beratung von Schulen bedeutet dies, das gesamte Schulleben und seine Beteiligten mit der Zielsetzung einzubeziehen, gesund zu lernen und zu lehren, Prozesse und Strukturen gesundheitsfördernd zu gestalten, Schlüsselpersonen und Multiplikatoren zu qualifizieren und die damit verbundenen Schritte aufmerksam zu moderieren. – Es gilt, Informationen zugänglich zu machen und Qualität zu sichern.
- 2. Vermitteln und vernetzen:** Vorhandene Kompetenzen aufspüren und nutzen sowie Ressourcen stärken – mit der Vernetzung von Schnitt- und Servicestellen will die DGGS die Entwicklung von Teams und Partnerschaften sowohl im Innern von Schule wie auch in ihrem Umfeld nachhaltig unterstützen. Dazu zählt der Aufbau eines Netzwerkes von „Praxisbüros Gesunde Schule“.
- 3. Interessen vertreten:** Beiträge zu einer Lobbyarbeit für Gesundheitsfördernde Schulen verbinden sich mit der Unterstützung von Impulsen zur Profilbildung in Schulen (und schulbezogenen Organisationen) sowie der Sicherstellung von Prozessen der Partizipation. Mit Fachtagungen, Dokumentationen und einer innovativen Gesprächskultur quer zu den Disziplinen will die DGGS dazu Anregungen geben.
- 4. Erfinden und gestalten:** In kreativer Ergänzung der Handlungsdimensionen aus der Ottawa-Charta will die DGGS „soziale Erfindungen anstiften“ und Raum für ihre Umsetzung schaffen. Im Sinne eines Leitgedanken Hartmut von Hentig's: „Wenn die Gedanken groß sind, können die Schritte klein sein“, sollen soziale und gestalterische Innovationen angeregt sowie Methodenkompetenzen erweitert und verbreitet werden.

Zehn Jahre Netzwerk-Erfahrungen nutzen

Die Akteure der Gesundheitsförderung im Setting Schule können in Deutschland – wie auch im deutschsprachigen Ausland – die Erfahrungen und Ressourcen aus fast zehn Jahren Modellpraxis nutzen. Anfang der 90er Jahre wurde im europäischen Rahmen, koordiniert durch das WHO-Europa-Büro in Kopenhagen, das Europäische Netzwerk Gesund-

heitsfördernder Schulen (ENGS) initiiert. Ein wesentliches Leitmotiv dieses mehrdimensionalen Ansatzes findet sich in dem Slogan wieder: „Die Gesundheitsfördernde Schule – eine Investition in *Bildung, Gesundheit und Demokratie*“.

In Deutschland war es – nach einem ersten Modellversuch im Norden der Republik – vor allem das zweistufige Projekt der Bund-Länder-Kommission („BLK-Modellversuch“), das eine Fülle von Impulsen gegeben hat: Zunächst im „Netzwerk Gesundheitsfördernder Schulen“, das von 1993 bis 1997 für 29 Schulen aus 15 Bundesländern die Chance eröffnete, mit einer gezielten Förderung und Begleitung den Weg von einer Projektorientierung an Themen der Gesundheitsförderung hin zum Leitbild einer Gesundheitsfördernden Schule zu gehen. In einem zweiten, sich anschließenden Modellversuch ging es bei „OPUS – Offenes Partizipationsnetz und Schulgesundheit“ – von 1997 bis 2000 um das Ziel, eine vernetzte Infrastruktur zu entwickeln, die interessierten Schulen Möglichkeiten zu einer offenen Beteiligung bereitstellt.

Nachhaltigkeit schaffen: Allianzen brauchen Ressourcen!

Wer Gesundheitsförderung zu einem nachhaltigen Faktor in Gesundheitspolitik und Gesundheitswesen machen will, muss sich einer widersprüchlichen Arbeitsgrundlage stellen, die auch den Handlungsspielraum der DGGS markiert und begrenzt:

Als Fachgesellschaft im komplexen Wirkungsfeld von Schule lebt die DGGS – wie viele andere Organisationsstrukturen auch – zum einen vom zusätzlichen Engagement ganz unterschiedlich eingebundener und mit differierenden Zuständigkeiten ausgestatteter Fachkräfte. Zum anderen hängt die Wirksamkeit eines solchen Engagements entscheidend ab von der Öffnung von Partner-Organisationen sowie dem wechselseitig befruchtenden Zugang zu deren „institutioneller Weisheit“ und Infrastruktur.

So arbeitet die DGGS etwa im „Energiefeld“ von Landesvereinigungen für Gesundheitsförderung oder Lehrerfortbildungs-Einrichtungen, profitiert von innovativen Entwicklungen im Öffentlichen Gesundheitsdienst und macht die Erfahrungen und die Kompetenzen von regionalen Servicestellen, etwa im Netzwerk von „Praxisbüros Gesunde Schule“, für die Entwicklung von Lobbyarbeit, Strukturentwicklung und neuen Partnerschaften fruchtbar.

Aber: Solche Allianzen brauchen Ressourcen – ohne sie bricht das „Energiefeld“ über kurz oder lang zusammen!

Kohärenz-Sinn und „Lernende Schule“ verknüpfen

Konzepte und Strategien der Gesundheitsförderung unterliegen immer der Schwierigkeit, individuelle, lebensstil-orientierte Zielsetzungen in eine lebendige und tragbare Beziehung zu bringen mit strukturellen, organisations-bezogenen Gestaltungsimpulsen. Die Notwendigkeit – und Möglichkeit – einer solchen dynamischen Vorgehensweise wird im schulischen Kontext besonders sinnfällige: Zielen Lehrplan und Unterricht, ebenso wie der Erziehungsauftrag der Schulgesetze, vor allem auf die individuelle bzw. gruppenspezifische Entwicklung von (Gesundheits-)Kompetenzen und Ressourcen, erweist sich die Einbeziehung struktureller Aspekte des Schullebens, der Gestaltung von Räumen und Abläufen sowie der organisatorischen Rahmenbedingungen nach innen und außen als unverzichtbar, wenn Schulentwicklung gelingen soll.

Gesundheitsfördernde Schulen machen Gesundheit zum Thema der gesamten Schule. Lebensstil-Ansatz und Setting-Ansatz (s. Abb. 1) gehen eine dynamische Beziehung ein, die für die einzelne Schule das Spannungsfeld zwischen „Ich“ und „Wir“ auslotet und zwei konzeptionelle Leitideen zusammenführt: Den Kohärenz-Sinn (SOC: sense of coherence; aus dem Salutogenese-Konzept von Aaron Antonovsky) als individuelle Gesundheits-Ressource und den Ansatz der Organisationsentwicklung (OE), der sich im schulischen Kontext plakativ als „Gesundheitsförderung durch Schulentwicklung“ charakterisieren lässt.

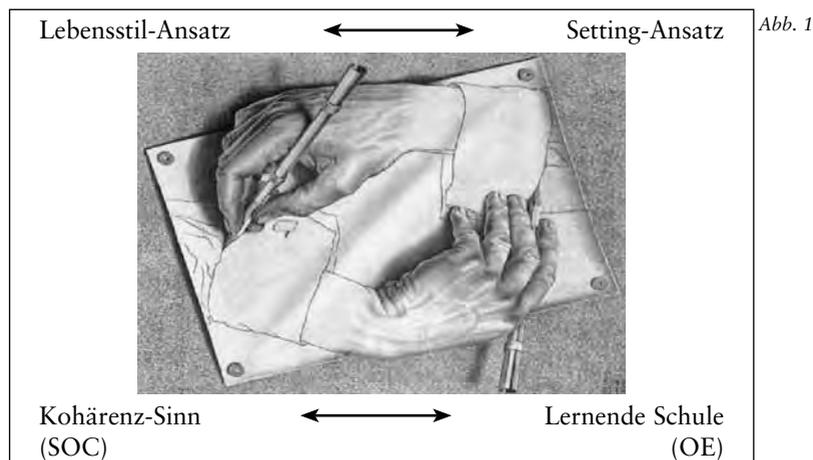


Abb. 1

Die „Gesundheitsfördernde Schule“ als „Lernende Schule“ unter den Vorzeichen von Gesundheitsförderung und Nachhaltigkeit – auch von den Spitzenverbänden der Krankenkassen mit ihren Leitlinien zur Umsetzung des geänderten § 20 SGB V vom Juni 2000 grundsätzlich als favorisiertes Handlungsfeld im Rahmen des Setting-Ansatzes definiert – bietet aus

Sicht der DGGS für die nächsten Jahre einen besonders aussichtsreichen Anknüpfungspunkt für ein Allianzkonzept in der Gesundheitsförderung.

Deshalb regt die DGGS an, die Synergien vorhandener Ansätze zu nutzen und in drei Handlungsdimensionen die bisherigen Modellstadien zu überwinden und „Neue Allianzen für Gesundheitsfördernde Schulen“ zu gestalten!

Neue Allianzen für Gesundheitsfördernde Schulen

Ein gemeinsames Aktionsprogramm zur Gesundheitsförderung in Deutschland kommt am zentralen „Setting-Ansatz“ der Ottawa-Charta nicht vorbei. Für das Setting Schule schlägt die DGGS beispielhaft eine dreidimensionale Strukturbildung vor (s. Abb. 2).

1. Fach-Allianz

Aufbau einer partnerschaftlichen Zusammenarbeit mit Fachstellen, Organisationen und Anbietern, die über inhaltliches und/oder methodisches KnowHow zu wesentlichen Themenfeldern gesundheitsfördernder Schulen verfügen (etwa: Ernährungsökologie, Mediation, Zeit-Kompetenz, Erlebnispädagogik, Bewegte Schule, Raumgestaltung/Ergonomie u.v.a.m.). Angestrebt werden Arbeitsbündnisse, die zugleich die drei inhaltlichen Zugänge Gesundheitsförderung, Bildungsarbeit und Organisationsentwicklung einbeziehen und wechselseitig – etwa bei der Entwicklung gesundheitsförderlicher Schulprofile – stärken.

Fachallianzen unterstützen vor allem das Ziel, Multiplikatoren zu qualifizieren und Schlüsselpersonen zu gewinnen.

2. Netzwerk regionaler Service-Agenturen

Eine funktionierende Allianz für Gesundheitsfördernde Schulen bedarf eines Verbundes kompetenter Brückeninstanzen, die eine möglichst große Nähe zu und für Schulen herstellen können. Solche Service-Stellen können beispielsweise „Praxisbüros Gesunde Schule“ sein, die im Sinne einer Prozessbegleitung zum einen Schlüsselpersonen vor Ort stärken und stützen, zum anderen zur Qualitätssicherung regionaler Schulentwicklungsprozesse beitragen können.

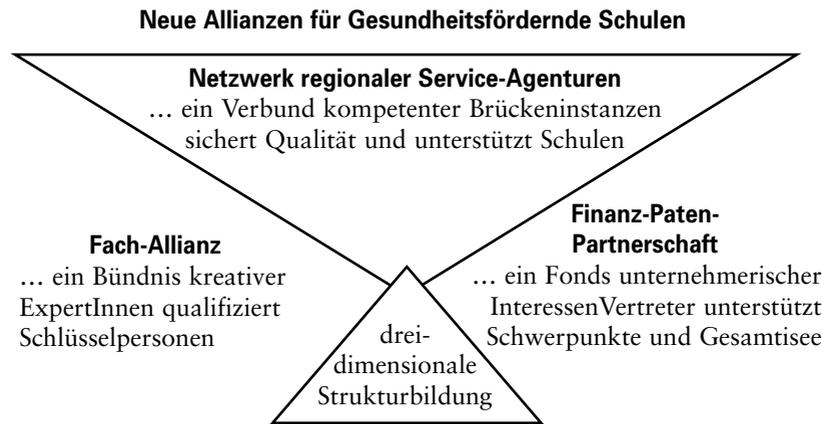
Die Anbindung dieser Service-Agenturen an Träger-Strukturen – das zeigen die ersten praktischen Erfahrungen – kann sehr ausdifferenziert sein (Beispiele: Landesvereinigungen für Gesundheitsförderung, Öffentlicher Gesundheitsdienst, Lehrerfortbildung, selbstverwaltete Einrichtungen etc). Auch die Vielfalt gilt es nutzbar zu machen.

3. Finanz-Paten – neue Partnerschaften

Zur langfristigen und nachhaltigen Finanzierung eines Kompetenz-Netz-

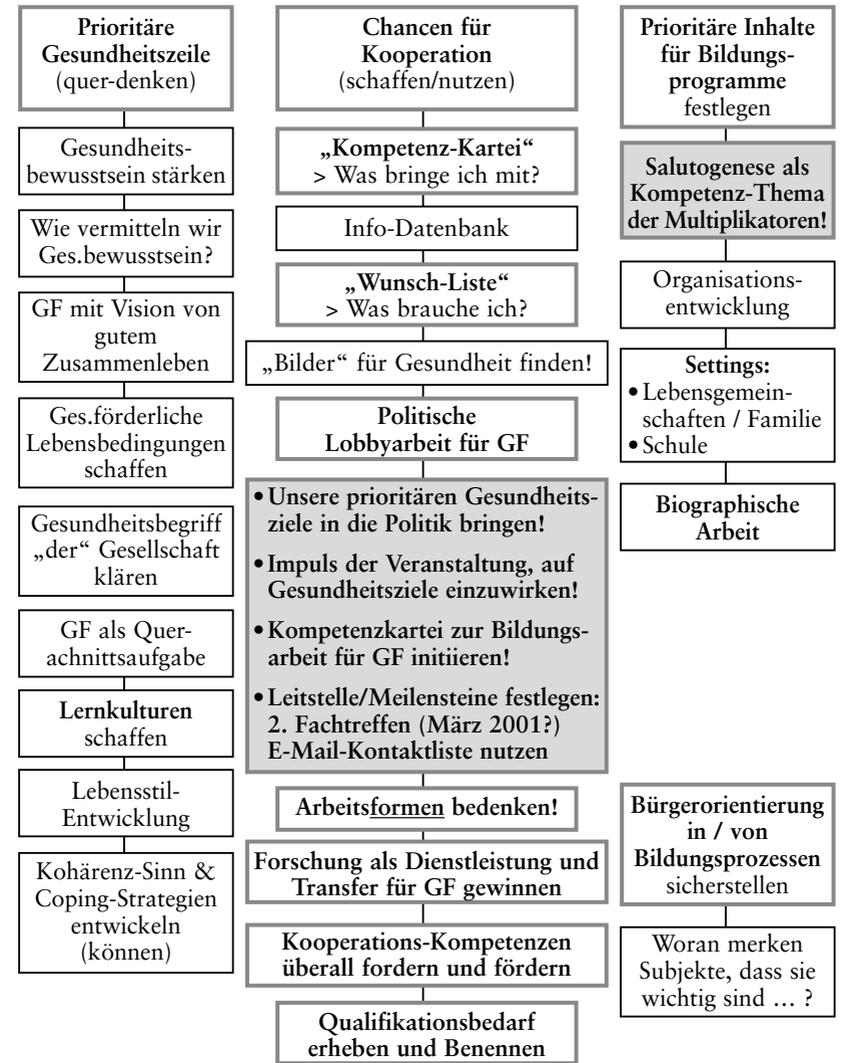
werkes für Gesundheitsfördernde Schulen genügen die Modell- und Mangelkonzepte der Vergangenheit nicht mehr. Wer die Professionalisierung des Settings Schule will, muss Fachrepräsentanten und Unternehmungen gewinnen, die selbst Interessen im Kontext von Gesundheit, Bildung und Schule verfolgen und in einen Handlungsrahmen investieren, der eine breite fachliche Repräsentanz sichert und zugleich eine Servicestruktur von der Bundes- bis zur lokalen (Schul-)Ebene bereitstellt.

Mit der Änderung des Paragraph 20 SGB V und den vorgesehenen Ausführungsbestimmungen auf Seiten der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) wird ein Beitrag der GKV im Sinne einer Finanzpartnerschaft für das Setting Schule zu einer realistischen Perspektive. Darauf allein freilich kann ein vernetzter Ansatz wie das Allianz-Konzept kaum gründen. Es bleibt daher anzustreben, zunächst für Schwerpunktthemen – und langfristig für eine Regelbeteiligung auch Firmen, Versicherungen, Verlage, Hersteller (Beispiel: Schulmöbel), Stiftungen u.a. zu interessieren.



Für das umrissene Konzept einer dreidimensionalen Strukturbildung für Gesundheitsfördernde Schulen wird die Deutsche Gesellschaft für Gesundheitsfördernde Schulen sich auch im Rahmen eines Aktionsprogramms zur Gesundheitsförderung in Deutschland nach Kräften einsetzen und wirksame Bündnispartner suchen. Wie hieß es doch: „Die Gesundheitsfördernde Schule – eine Investition in Gesundheit, Bildung und Demokratie“!

Ergebnis-Poster des Workshops „Bildung“



Mittlere Leiste und Kästen umschreiben die gewichteten Ergebnisse und Zieldimensionen der AG

Rainer Steen
Gesundheitsamt RNK und DGGS
Kurfürstenanlage 38, 69115 Heidelberg
Tel. 06221 - 522827, Fax 06221 - 522840
E-Mail: rainer.steen@rhein-neckar-kreis.de

Gesundheitsfördernde Krankenhäuser

Im Deutschen Netz Gesundheitsfördernder Krankenhäuser (DNGfK) sind gegenwärtig 57 Krankenhäuser und Reha – Kliniken sowie weitere 5 assoziierte Mitglieder (darunter ein Landesverband einer großen Krankenkasse) vereint. Das Deutsche Netz deckt das breite Spektrum der Krankenhäuser in Deutschland ab, vom kleinen Regionalkrankenhaus über Fachkrankenhäuser und große städtische Krankenhäuser bis zu Universitäts- Kliniken. Das Deutsche Netz ist Teil des International Network Health Promoting Hospitals (HPH) der WHO, das über 400 Krankenhäuser in Europa umfasst, die sich in 20 nationalen und 10 regionalen Netzen zusammengeschlossen haben. Es gibt 29 nationale Koordinationsinstitutionen in 21 europäischen Ländern.

Diese Krankenhäuser, in denen vielfältige innovative Projekte zur Gesundheitsförderung der Patienten, der Mitarbeiter und der Bevölkerung der Region durchgeführt werden, entwickeln sich als lernende Organisationen immer mehr zu „Vorreitern“ einer modernen Krankenhausentwicklung. Die Vision dieser Krankenhäuser ist im Strategiepapier der WHO zur Gesundheitsförderung (Ottawa-Charta 1986) begründet. Die Budapest- Deklaration (1991) und die Wiener Empfehlungen zu Gesundheitsfördernden Krankenhäusern (1997) sind Umsetzungen der Ottawa-Charta auf die Rahmenbedingungen der Krankenhäuser. Das Deutsche Netz gab sich auf seiner Gründungsversammlung 1996 mit der Chiemsee-Erklärung eine ergänzende Orientierung.

Ziele Gesundheitsfördernder Krankenhäuser

Als Mitglieder des Internationalen HPH- Netzes der WHO und durch den damit verbundenen Informations- und Erfahrungsaustausch zu innovativen Krankenhaus- Projekten und -konzepten orientieren sich Gesundheitsfördernde Krankenhäuser an internationalen Normen und Standards der Patientenversorgung (und -behandlung) sowie der Gesundheitsförderung der Bevölkerung.

Das DNGfK und jedes seiner Mitglieder sehen eine wichtige Aufgabe darin, in stärkerem Maße andere Krankenhäuser sowie die Öffentlichkeit und Politik über das HPH-Konzept zu informieren. Dabei sollten vor allem folgende allgemeine Qualitätsziele für Gesundheitsfördernde Krankenhäuser überzeugend erläutert werden:

1. Gesundheitsgewinn

Gesundheitsfördernde Krankenhäuser sind stationäre Einrichtungen, in denen das Handeln der medizinischen, pflegerischen und administrativen Führungskräfte und Mitarbeiter aller Ebenen auf die Erzielung höchst-

möglichen Gesundheitsgewinns für die Patienten gerichtet ist. Auf der Grundlage anerkannter medizinischer Leitlinien für die Diagnostik und Therapie sowie einer Evidence based medicine und von Pflegestandards wird nicht nur ein gutes klinisches Ergebnis angestrebt, sondern durch ganzheitliche Betrachtungsweise und verstärkte Einbeziehung psychischer und sozialer Aspekte die gesundheitsbezogene Lebensqualität bestmöglich gefördert. Außerdem wird der Patient befähigt und ermächtigt, sein Handeln selbst zu bestimmen (Empowerment). Dazu gehört nicht nur, dass er ausreichend informiert wird und ein partnerschaftliches Verhältnis zu ihm und seinen Angehörigen aufgebaut wird, sondern auch dass der Patient das Ergebnis seiner Behandlung selbst beurteilen kann und soll.

2. Patientenorientierung

Gesundheitsfördernde Krankenhäuser (GfK) haben den Anspruch, vorbildlich den Grundsatz einer absoluten Patientenorientierung zu verwirklichen. Der Umgang der Mitarbeiter mit den Patienten und seinen Angehörigen ist nicht nur durch Mitgefühl und Freundlichkeit, sondern auch durch Achtung der Menschenwürde und hohe menschliche Zuwendung beim gesamten Behandlungsprozess gekennzeichnet bei Respektierung der Selbstbestimmung des Patienten, seines Lebensstils und der Stärkung seiner Eigenkompetenz. Ein holistisches Behandlungskonzept auf bio-psycho-sozialer Grundlage orientiert sich nicht nur an der akuten Krankheitsepisode, sondern an der gesamten Patientenkarriere und damit an der Einbeziehung vergangener und zukünftiger Aspekte der Krankheit bzw. der Krankheiten bei Multimorbidität. Einen wichtigen Platz nimmt die Patientenperspektive unter Beachtung der gesundheitlichen Situation des Patienten ein. Alle Arbeitsabläufe sollten auch aus dieser Sicht mit beurteilt und gestaltet werden. Dem Wandel der Patienten-Rolle vom Erfüllungsgehilfen und Konsumenten medizinischer Dienstleistungen zu einem Partner und Koproduzenten seiner Gesundheit wird große Aufmerksamkeit geschenkt. Das betrifft auch die Beachtung und Stärkung der Patientenrechte und des Patientenschutzes. Bei der Behandlung kranker Kinder wird einem partnerschaftlichen Verhältnis zu den Eltern größte Bedeutung beigemessen. Als ein wirksames Instrument hat sich in Gesundheitsfördernden Krankenhäusern eine Patienten-Charta erwiesen, in der in geeigneter Form auch auf die Pflichten der Patienten im Krankenhaus eingegangen wird.

3. Mitarbeiterorientierung

GfK haben nicht nur den Gesundheitsgewinn der Patienten im Blick, sondern auch die Gesundheit und das Wohlbefinden (den Gesundheitsgewinn) der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Das GfK soll auch eine Lebens- und Arbeitswelt sein, in der man als Mitarbeiter gesund arbeiten und gesund bleiben kann. In diesem Sinne kümmern sich GfK um ausreichende Informiertheit ihrer Mitarbeiter, ihre Befähigung und Ermächtigung zu selbstbestimmtem Handeln, um die Optimierung der Kommunikation

und Kooperation der verschiedenen Professionen im Krankenhaus, die Unterstützung und Selbstbestimmung von Teams und Gruppen innerhalb des Krankenhauses, sowie um die direkte Gesundheitsfürsorge der Mitarbeiter. Bei Investitionen wird auf ergonomische Arbeitsgeräte (Hubbetten, Hubtische) und ergonomische Arbeitsbedingungen (z.B. Computerarbeitsplätze etc.) geachtet. Bei der im Durchschnitt hohen und zunehmenden psychischen und physischen Belastung der Mitarbeiter in Krankenhäusern hat deren Gesunderhaltung bzw. Gesundheitsförderung eine wachsende Bedeutung, nicht zuletzt, weil sie sich unmittelbar auf die Qualität der Patientenbehandlung auswirkt.

Personalentwicklung und Gesundheitsfürsorge der Mitarbeiter tragen den spezifischen Anforderungen Rechnung, die sich aus der Dienstleistung an kranken, leidenden und sterbenden Menschen ergeben. Dabei müssen auch die Konsequenzen beachtet werden, die aus der Zunahme älterer Patienten mit Multimorbidität und erhöhtem Pflegeaufwand für die Mitarbeiter resultieren.

4. Partnerschaften und Gemeindeorientierung

GfK bemühen sich systematisch um Partnerschaften in der Region und nehmen gesundheitsfördernden Einfluss auf die Bevölkerung des Versorgungsgebietes. Sie entwickeln „Partnerschaften für Gesundheit“ mit dem Ziel maximalen Gesundheitsgewinns für die Bevölkerung. Sie verbessern die Kooperation des Krankenhauses mit seiner Umwelt zu einem „Krankenhaus ohne Mauern“ und werden zum Anwalt für eine gesunde Region. Dem dient eine Gesundheitsberichterstattung, die auch praktischen Nutzen für das Einzugsgebiet hat.

5. Ökologie

Nicht zuletzt sollten GfK auch besonders umweltbewusste Krankenhäuser sein. Die vorgenannten Kriterien (bestmögliche medizinische und pflegerische Versorgung, höchstmöglicher Gesundheitsgewinn, holistisches Behandlungskonzept) als Leitlinien für GfK bedingen geradezu die Einbeziehung der Ökologie, als die Sorge um die (Gesund)Erhaltung des Lebensraums. Hieraus ergibt sich die besondere Verpflichtung, Vermeidungs- und Verwertungspotentiale zu erschließen.

Umweltschonende Initiativen in krankenhausspezifischen Bereichen haben bewiesen, dass ökologisch sinnvolles Handeln nicht nur die Ressourcen schont und Verschmutzungen von Boden, Wasser und Luft vermeiden, sondern auch zu Kostenersparnissen und ökonomischen Vorteilen führt. Die unterschiedlichen Projekte aus dem Bereich der Ökologie – als dem Grundpfeiler für gesundheitsförderndes Verhalten – implizieren den Anspruch der GfK, sich zukunftsorientiert für eine ganzheitliche Erhaltung des Lebens, der Lebensqualität und des Lebensraumes einzusetzen und auf

diese Weise auch ihrer Vorbildfunktion gerade in dem sensiblen Bereich Ökologie nachzukommen.

6. Wirtschaftlichkeit

Gesundheitsfördernde Krankenhäuser sind mit Ihrem HPH- Konzept zu effizienter und kosteneffektiver Nutzung der Ressourcen in Verbindung mit innovativer Medizin und höchstmöglichem Gesundheitsgewinn angehalten. Unter den neuen finanziellen Rahmenbedingungen sind auch für GfK von existenzieller Bedeutung

- die ständige interne Überprüfung der Angemessenheit, Nützlichkeit und Wirtschaftlichkeit der stationären Leistungen und des Leistungsprofils der Abteilungen;
- die Erreichung konkurrenzfähiger Fallkosten durch Standardbildung und Ablaufoptimierung;
- die qualitätsorientierte Zusammenarbeit und die Entwicklung von Partnerschaften mit niedergelassenen Ärzten auf dem Weg zu einer integrierten Versorgung;
- die Erzielung zusätzlicher Einnahmen durch qualitätsgesicherte Kursangebote zur Gesundheitsförderung (GKV- finanziert sowie durch Eigenfinanzierung der Teilnehmer);
- die Prüfung der Schaffung von Gesundheitszentren auf oder neben dem Krankenhausgelände, wobei Gesundheitsfördernde Krankenhäuser anstreben, sich insgesamt als gesundheitliche Dienstleistungszentren zu Gesundheitszentren in ihrer Region zu entwickeln.

Zudem entwickeln Gesundheitsfördernde Krankenhäuser wirtschaftliches Denken bei allen Mitarbeitern vor allem auch im ärztlichen Dienst und Pflegedienst durch Transparenz der Kosten der Dienstleistungen bis auf Stationsebene. Mit diesen Merkmalen ist gekennzeichnet, was im gesundheitsfördernden Krankenhaus mit Exzellenz (hervorragende Praxis beim Führen einer Einrichtung und beim Erzielen von Ergebnissen) gemeint ist. Es sind dies zugleich die allgemeinen Qualitätsziele gesundheitsfördernder Krankenhäuser, für die praktikable Indikatoren/Messgrößen entwickelt werden müssen.

Aus: Homburger Leitlinien. Das Deutsche Netz Gesundheitsfördernder Krankenhäuser auf dem Weg ins 21. Jahrhundert; S. 4-8 (Zahlen aktualisiert)

*Die aktuelle Liste der Mitglieder und die Kontaktadresse sind erreichbar im Internet unter www.dgnfk.de oder postalisch unter Geschäftsstelle des DNGfK gem. e.V.
Hellweg 102, 45276 Essen
Tel. 0201 - 8052733, Fax 0201 - 8052732*

Gesundheitsfördernde Hochschulen

Wer sind wir? Der Arbeitskreis „Gesundheitsfördernde Hochschule“ besteht seit 1995 und wurde von der Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V. und dem Forschungsverbund Gesundheitswissenschaften Niedersachsen (FGN) gegründet. Der Arbeitskreis ist offen für interessierte Hochschulen. Potentiell unterstützende Institutionen, Träger von Gesundheitsförderung sowie VertreterInnen der verschiedenen Interessengruppen und Entscheidungsträger an Hochschulen sind zur Mitarbeit im Arbeitskreis eingeladen.

Warum gesundheitsfördernde Hochschulen? Die Hochschule ist Lebens- und Arbeitswelt für über 500.000 Bedienstete und rund 1,8 Mio Studierende in Deutschland. Als wichtige bildungspolitische Institution übernimmt die Hochschule die Ausbildung von MultiplikatorInnen, potentiellen Führungskräften und Entscheidungsträgern. Daher kommt der Gesundheitsförderung eine besondere Bedeutung zu, nicht nur an der Hochschule selbst, auch in anderen gesellschaftlichen Bereichen.

Was wollen wir? Der Arbeitskreis verfolgt das Ziel, an den Hochschulen gesundheitsfördernde Lebens- und Arbeitsbedingungen zu initiieren und zu unterstützen. Bestehende Projekte werden miteinander vernetzt. Wichtige Zielsetzung ist die Beteiligung aller Gruppen, die in der Hochschule arbeiten, lernen und lehren. Am salutogenen Paradigma ausgerichtet, beschäftigt sich der Arbeitskreis mit folgenden zentralen Fragestellungen:

- Welches sind die gesundheitsrelevanten Bedingungen an der Hochschule?
- Wie wird Gesundheit im Setting Hochschule hergestellt u. aufrechterhalten?

Unter diesem Blickwinkel werden Veranstaltungen organisiert, um gesundheitsförderliche Entwicklungen an einzelnen Hochschulen und beteiligten Institutionen zu initiieren und zu unterstützen. Dabei sollen Impulse entstehen, die dazu geeignet sind, eine strukturelle, aber auch individuelle Förderung von Gesundheit im Lebensraum Hochschule zu ermöglichen. Der Arbeitskreis orientiert sich an der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung und versteht sich als Setting-Projekt.

Wie arbeiten wir? Mitglieder der im Arbeitskreis zusammengeschlossenen Hochschulen und Einrichtungen treffen sich regelmäßig zu Arbeitstreffen in der Landesvereinigung für Gesundheit in Hannover. Zusätzlich finden themenspezifische Workshops und Tagungen statt, die dem wissenschaftlichen und praktischen Austausch zu Themen der gesundheitsfördernden Hochschule dienen. Der Arbeitskreis will darüber hinaus bestehende Projekte begleiten und Projekte befördern, an denen mehrere Hochschulen beteiligt sind. Die Aktivitäten des Arbeitskreises werden durch die Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V. koordiniert. Dabei kann die Landesvereinigung auf langjährige Erfahrungen auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung und der Koordinierung von Netzwerken zurückgreifen.

aus URL: <http://www.sozialwesen.fh-magdeburg.de/initiativen/akgesundhs>

Handlungsbereiche der Gesundheitsförderung



Ökologische Gesundheitsförderung

Gesundheitsförderung zielt darauf ab, Menschen zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen und zugleich ihre gesundheitsrelevanten Lebens- und Arbeitsbedingungen zu verbessern. In der Theorie von Gesundheitsförderung hat somit „Umwelt“ einen festen Platz. Schon in frühen Zeugnissen europäischer Gesundheitskultur, z.B. in der hippokratischen Schrift „Über Lüfte, Gewässer und Örtlichkeiten“, kommt das Bewußtsein über den Einfluß der Umwelt auf Gesundheit und Wohlergehen zum Ausdruck. So heißt es dort: „Wer der ärztlichen Kunst [man darf gewiß ergänzen: und der Kunst der Gesundheitsförderung] in der richtigen Weise nachgehen will, der muß folgendes tun. Erstens muß er über die Jahreszeiten und ihre Wirkungen nachdenken, die von jeder einzelnen ausgehen können ... Er muß auch über die Wirkungen der Gewässer nachdenken, denn wie sie sich im Geschmack und Gewicht unterscheiden, so ist auch die Wirkung eines jeden sehr verschieden ... Weiter die Beschaffenheit des Bodens, ob er kahl und wasserarm ist oder dichtbewachsen und bewässert, und ob das Gelände in einer Mulde liegt und stickig ist oder hochgelegen und kalt. Und schließlich, wie die Bewohner leben, ob sie gern trinken und frühstücken und sich nichts zumuten, oder ob sie Sport und körperliche Anstrengungen lieben, kräftig essen und wenig trinken“ [Diller 1994, pp.128-9].

Auch wenn manche damaligen Einschätzungen – wie z.B. zur Rolle des Frühstücks! – von heutiger Auffassung abweichen, bleibt dieser Text bemerkenswert, weil er ganz selbstverständlich vom Zusammenwirken persönlicher Verhaltensweisen mit den äußeren Lebensumständen ausgeht.

Gesundheitsförderung ohne Umweltbezüge: ein Fragment

Genauso sieht es, zumindest im Grundsatz, auch die moderne Gesundheitsförderung. Laut Ottawa-Charta [WHO et al. 1986] ist ein stabiles Ökosystem eine wesentliche Voraussetzung für Gesundheit; als wichtige Faktoren erwähnt die Charta u.a. die Erhaltung von Naturressourcen, „sauberere und erholsamere Umgebungen“, Ernährung, Wohnbedingungen und Raumplanung. Nicht zuletzt wurde auch auf der fünften Weltgesundheitskonferenz in Mexiko die Berücksichtigung von Gesundheitsdeterminanten (hierunter auch die Umwelt) betont und eine sektorenübergreifende Zusammenarbeit gefordert. Im „harten Alltag“ der Gesundheitsförderung bleiben jedoch Umweltbezüge oftmals frühzeitig auf der Strecke, und die rein personalen Faktoren rücken in den Mittelpunkt.

Gesundheitsförderung ohne Umweltbezüge bleibt ein Fragment. Der Querschnittsbereich Umwelt & Gesundheit kann zur Gesundheitsförderung wichtige Inhalte beitragen, und zwar – wie schon in der Ottawa-Charta

angedeutet – sowohl bzgl. Risiken als auch mit Blick auf gesundheitsförderliche Ressourcen; Umwelt ist also nicht nur als Risikoquelle zu sehen, sondern vor allem als Lebensgrundlage.

Gesundheit: wertgeschätzt, aber zu wenig beachtet

Erfahrungsgemäß ist es jedoch schwierig, durchgehend gesundheitsgerechte Lebensverhältnisse zu schaffen. Entscheidungen über Gestaltung der Lebensumwelt erfolgen in verschiedensten Ressorts, die sich nicht immer für Gesundheit besonders sensibilisieren lassen. Dem Beobachter entsteht der Eindruck, daß im Wettkampf der Interessen das generell wertgeschätzte Gut „Gesundheit“ sich oftmals nicht angemessen durchsetzen kann. Dabei liegt ein Fundus von Grundlagenwissen über Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge, wie er z.B. aus epidemiologischer Forschung gespeist wird, durchaus vor. Ungeachtet bestehender Wissenslücken scheint es vor allem auch an konsequenter Nutzung vorhandenen Wissens bei der Entscheidungsfindung in Planung und Politik zu mangeln. Es gibt also für Zwecke umfassender Gesundheitsförderung dringenden Anlaß, über die Nahtstelle von Erkenntnisstand einerseits und Handlungspraxis andererseits nachzudenken.

Umwelt & Gesundheit

Wir sehen Grund zur Vermutung, daß „Umwelt & Gesundheit“ hier wichtige Impulse liefern kann. Dieser Bereich ist ja gekennzeichnet durch thematische Vielfalt, einen umfangreichen „Policy-Teppich“ und eine Vielzahl von Akteuren. Die Themenvielfalt läßt sich variabel gliedern, traditionell vor allem nach Krankheitsbildern Umweltmedien oder auch Noxen (chemisch, physikalisch etc.), jedoch auch z.B. nach vulnerablen Subpopulationen. Der sogenannte Policy-Teppich umfaßt hunderte von Rechtsvorschriften, ca. 10.000 Umweltstandards, dazu zahlreiche Leitlinien und Empfehlungen. Zu den Akteuren gehören Gesundheits- und Umweltwissenschaften, Epidemiologie und Toxikologie, (Umwelt-)Medizin, Hygiene, Verbraucherschutz, Planung und Politik. Bestehende Wissenslücken, emotionale Konnotationen vieler Teilthemen und dazu unübersehbare Handlungszwänge sorgen zusätzlich für hohe Komplexität.

Vor diesem Hintergrund sind verschiedene Komponenten entstanden, die sich unter dem Begriff „Ökologische Gesundheitsförderung“ zusammenfassen lassen [Fehr 2001]. Im Sinne der Public-Health-Aufgabentrias kann man hier analytische Aufgaben, Strategieentwicklung und Umsetzungswege unterscheiden. Diese Konzepte und Instrumente bieten sich zur abgestimmten Weiterentwicklung innerhalb und außerhalb des Bereiches Umwelt & Gesundheit an. Gedacht ist vor allem an:

- konsequente Berichterstattung, auch auf der Basis kontinuierlicher Be-

obachtung (Monitoring, Surveillance)

- prospektive Verträglichkeitsprüfung als spezifische Kombination von Verfahren und Methoden, um Fachwissen transparent und wirksam in Entscheidungsprozesse einzubringen
- anspruchsvolles Informationsmanagement, besonders für Raum-(Zeit)-bezogene Daten, u.a. durch Geo-Informationssysteme (GIS)
- Zusammenführung der Teilkomponenten durch ein breit einsetzbares, interdisziplinär akzeptables Strukturmodell.

Entsprechende Forderungen sind u.a. auch im bundesdeutschen Aktionsprogramm Umwelt und Gesundheit [BMG & BMU, 1999] zu finden.

Konzepte und Instrumente ökologischer Gesundheitsförderung

Berichterstattung und Verträglichkeitsprüfung liegen an der Nahtstelle zwischen Grundlagenforschung und Handlungspraxis (Fig. 1); beide bieten gute Einstiegsmöglichkeiten für umfassende Gesundheitsförderung. Für Berichterstattung liegen bereits zahlreiche Beispiele vor. Zu nennen sind z.B. „Concern for Europe’s Tomorrow“ [WHO-ECEH 1995] und „Health and environment in sustainable development“ [WHO 1997]. Der Bericht „Concern for Europe’s Tomorrow“, der in Vorbereitung auf die Zweite Europäische Konferenz über Umwelt und Gesundheit (Helsinki, 1994) entstand, gibt einen Überblick über die wichtigsten gesundheitsrelevanten Umweltprobleme in der Europäischen Region.

Fig. 1 Basismatrix Forschung und Praxis für Gesundheit und Umwelt

	Basisforschung	Bericht-erstellung	Impact Assessment / Verträglichkeitsprüfung	Handlungspraxis
Umwelt	Umweltforschung	Umweltbericht-erstellung	Umwelt-Verträglichkeitsprüfung	Angewandter Umweltschutz
Umwelt & Gesundheit	Forschung Umwelt & Gesundheit	Umweltbezogene Gesundheitsberichterstattung	Gesundheitskomponente in Umwelt-Verträglichkeitsprüfung	Umweltbezogener Gesundheitsschutz
Gesundheit	Gesundheitsforschung	Gesundheitsberichterstattung	Gesundheits-Verträglichkeitsprüfung	Angewandter Gesundheitsschutz, Gesundheitsförderung

Gesundheitliche Verträglichkeitsprüfung ist vor allem im internationalen Raum (als „Health Impact Assessment“, HIA) ein aktuelles Thema. Das Potential für Gesundheitsschutz und Gesundheitsförderung steht außer Frage; in der Praxis setzt sich dieser Ansatz dennoch nur zögernd durch. Stand anfänglich die Verträglichkeitsprüfung einzelner Projekte (Bau-, Ent-

wicklungsvorhaben) im Mittelpunkt, so ist das Interesse inzwischen auch stark auf die prospektive Analyse von Strategien, Programmen und Plänen hin gerichtet (sogen. strategische Verträglichkeitsprüfung), auch mit Bezug auf Regional- und Fachplanungen. Eine Mitwirkung des öffentlichen Gesundheitsdienstes ist z.T. sogar gesetzlich vorgeschrieben, z.B. im nordrhein-westfälischen Gesetz über den ÖGD [ÖGDG NRW 1997]. Insgesamt wurde in Deutschland bezüglich Verträglichkeitsprüfung viel Anlauf genommen, bisher aber zu wenig „gesprungen“. Hier besteht Nachholbedarf.

Auch für Gesundheitsförderung bietet sich die Verwendung von Strukturmodellen an, und zwar sowohl für die Forschung als auch für Planung und Umsetzung von Maßnahmen. Die Auswahl eines implizit oder explizit verwendeten Strukturmodells kann weitreichende Auswirkungen haben. So ist das im Umweltschutz häufig verwendete Modell „Pressure – State – Response“ (PSR) für die Gesundheitsförderung wenig geeignet, während das in der Bundes-Gesundheitsberichterstattung [Statistisches Bundesamt 1998, p.4] verwendete Strukturmodell die Umweltfaktoren kaum erkennen läßt. Vielversprechend wirkt das von der WHO entwickelte DPSEEA-Modell (sprich „dipsie“) welches z.B. zu „Lebensbereichen“ als Handlungsfeldern hinführt. Hierfür wurde das PSR-Modell erweitert, insbesondere um das für gesundheitliche Risiken und Schutzmaßnahmen wichtige Element der Humanexposition zu berücksichtigen.

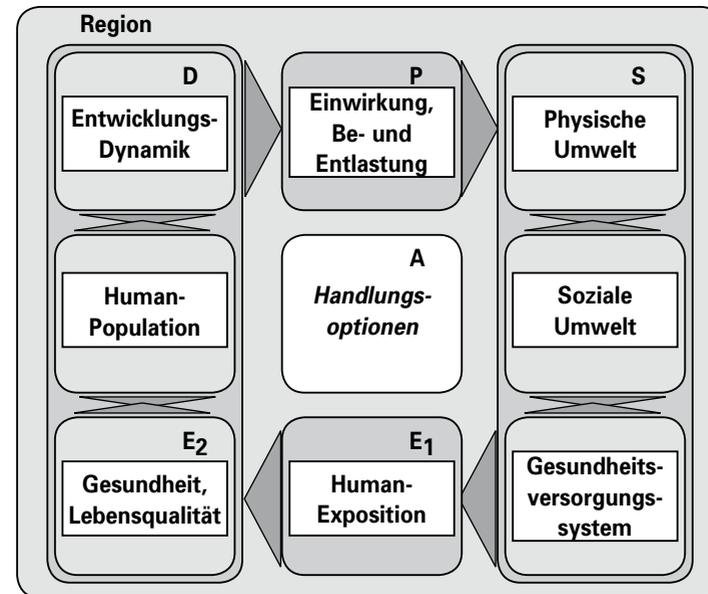


Fig. 2 Erweitertes DPSEEA-Modell

Eingetragen sind auch die Komponenten des originalen Modells, mit D = Driving forces, P = Pressure, S = State of the environment, E1 = Exposure, E2 = Effect, A = Activity.

Dieses DPSEEA-Modell hat inzwischen international Resonanz gefunden. Für hiesige Zwecke war wiederum eine Erweiterung erforderlich, um neben der physischen Umwelt auch die soziale Umwelt sowie das Versorgungssystem aufzunehmen. Außerdem sollten sowohl die jeweilige Humanpopulation als auch der Regionalbezug ausdrücklich im Strukturmodell repräsentiert werden. Dieses von uns erweiterte DPSEEA-Modell ist in Fig. 2 wiedergegeben.

Integrierte Programme

Nur Programme, die Themen mit Ansätzen übergreifender Betrachtung behandeln („integrierte Programme“), bieten die Chance, lang bestehende Zielkonflikte und Interessengegensätze konsequent und konstruktiv anzugehen. In der Politik gegenwärtig wichtigster Rahmenprozeß überhaupt ist Agenda 21. Dieses auf der Rio-Konferenz 1992 entstandene Dokument weist an über 200 Stellen explizite Bezüge zu Gesundheit auf, aber bei der Umsetzung in die Praxis ist Gesundheit bisher deutlich unterrepräsentiert. Konkreter und zumindest für das Aufgabengebiet Umwelt & Gesundheit kurz- und mittelfristig wohl noch bedeutsamer sind Aktionsprogramme Umwelt & Gesundheit. Diese Programme weisen deutliche Berührungspunkte zur Gesundheitsförderung auf.

Zur Illustrierung des Stellenwertes solcher Programme sei erwähnt, daß Agenda 21 sich inzwischen in Nordrhein-Westfalen zu einem zentralen Rahmenkonzept der Landespolitik entwickelt hat. Im Koalitionsvertrag 2000-2005 wird hierzu ausgeführt: „Aufbauend auf bereits geleisteten Vorarbeiten soll die Agenda 21 NRW gemeinsam mit den Kooperationspartnern aus der Wirtschaft, der Politik, der Wissenschaft, aus den Gewerkschaften, den Umwelt- und Verbraucherorganisationen, den Kirchen und anderen gesellschaftlichen Organisationen zeitnah entwickelt und umgesetzt werden“ [NRWSPD und Bündnis 90/Die Grünen NRW 2000, p.29-30].

Für eine Agenda 21 NRW sind folgende Handlungsfelder benannt: Schutz der Erdatmosphäre, Schutz des Naturhaushalts, Ressourcenschonung, Schutz der menschlichen Gesundheit, umweltschonende Mobilität, nachhaltiges Umweltbewußtsein sowie Eine-Welt-Verträglichkeit. Für die wichtige, inzwischen weithin bekannte Umsetzung von Agenda 21 auf lokaler Ebene hat der Landkreistag NRW zum Politikfeld Gesundheit ein knappes Dutzend von Handlungsmöglichkeiten zusammengestellt, darunter Prävention, gesundheitlichen Umweltschutz, bürgernahe Gesundheitsförderung durch Gesundheitshäuser, Förderung von Selbsthilfepotentialen, betriebliche Gesundheitsförderung, ortsnahe Koordinierung der gesundheitlichen und sozialen Versorgung und Stellungnahmen im Rahmen von Planungsverfahren [LKT 1998].

Ein weiteres Beispiel für Integrationsversuche sind die Aktionspläne Umwelt und Gesundheit, wie sie auf der zweiten Europäischen Ministerkonferenz 1994 in Helsinki unter den 51 Mitgliedsstaaten der europäischen WHO-Region vereinbart wurden. Inzwischen liegen für 44 Staaten solche Pläne vor oder werden erarbeitet. Einige Länder sind inzwischen sogar dabei, diese umzusetzen [Wolf u. Fehr, 2001].

Vorschläge

1. Die weitere Entwicklung von Gesundheitsförderung sollte ausdrücklich eine ökologische Komponente herausbilden und pflegen. Hierzu gehören auch geeignete Kooperationsstrukturen sowie eine sektoren- und ressortübergreifende Zusammenarbeit, insbesondere zwischen Gesundheits- und Umweltsektor.
2. Existierende Instrumente, insbesondere auch Verträglichkeitsprüfung und handlungsorientierte Berichterstattung, sollten intensiv erprobt, evaluiert und verbessert werden.
3. In jedem Berichterstattungssystem sollten – in geeigneter Intensität und Frequenz - auch umweltbezogene Themen behandelt werden, vorzugsweise für Lebensbereiche wie Mobilität und Wohnen.
4. Gesundheitsförderung sollte sich mit den (lokal bis international) bestehenden Agenda 21-Aktivitäten sowie mit den Aktionsprogrammen Umwelt und Gesundheit verbünden und verbinden.

Daß zur Gesundheitsförderung auch das Bemühen um eine gesunde Lebensumwelt gehört, steht weithin außer Frage. Um dieses Ziel in die Praxis umzusetzen, sollte der Ansatz einer ökologischen Gesundheitsförderung hilfreich sein. Die skizzierten Konzepte und Methoden können das übliche Spektrum der Gesundheitsförderung ergänzen.

Literatur

1. BMG & BMU / Bundesministerium für Gesundheit und Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz und Reaktorsicherheit (1999a): Aktionsprogramm Umwelt und Gesundheit. Juni 1999, Bonn.
2. Diller, H. (Hrsg.) (1994): Hippokrates. Ausgewählte Schriften. Philipp Reclam jun., Stuttgart.
3. Fehr, R. (2001): Ökologische Gesundheitsförderung. Analysen - Strategien - Umsetzungswege. Verlag Hans Huber, Bern/Göttingen.
4. NRWSPD und Bündnis 90/Die Grünen NRW (2000): 2000-2005 Eine Allianz für Nordrhein-Westfalen – Koalitionsvertrag.
5. LKT/ Landkreistag NRW (1998): Leitfaden des Landkreistages NW zur lokalen Agenda 21. Eildienst LKT NW 4-5/98: 113-118, 6/98: 143-147.
6. ÖGDG / Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG),

- Gesetz- und Verordnungsblatt für das Land Nordrhein-Westfalen, Nr. 58 vom 17.12.1997: 431-436.
7. Statistisches Bundesamt (1998): Gesundheitsbericht für Deutschland. Metzler-Poeschel, Stuttgart.
 8. WHO et al. / World Health Organization, Health and Welfare Canada, Canadian Public Health Association (1986): Ottawa Charter for Health Promotion. Ottawa, Ontario, Canada, 17.-21.11.1986.
 9. WHO-ECEH/ World Health Organization, European Centre for Environment and Health (1995): Concern for Europe's Tomorrow. Health and the Environment in the WHO European Region. Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Stuttgart.
 10. WHO / World Health Organization (1997): Health and environment in sustainable development. Five years after the Earth Summit. WHO/EHG/97.8, Geneva.
 11. Wolf, U., Fehr, R. (2001): Aktionspläne Umwelt und Gesundheit (NEHAPs) in Europa: Aktueller Stand und Übertragbarkeit der Erfahrungen. Eingereicht für Jahrestagung der Gesellschaft für Hygiene und Umweltmedizin, 6.-8. September 2001, Garmisch-Partenkirchen. Abstract in: Umweltmedizin in Forschung und Praxis.

Rainer Fehr (1,2), Ulrike Wolf (2), Dirk Philippsen (2)

*(1) Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (lögD) NRW
Westerfeldstr. 35-37, 33611 Bielefeld
Tel. 0521 - 8007253, Fax 0521 - 8007299
EMail: rainer.fehr@loegd.nrw.de*

*(2) Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften
Postfach 100131, 33501 Bielefeld
Tel. 0521 - 1063194, Fax 0521 - 1062968
EMail: ulrike.wolf@uni-bielefeld.de*

Soziale Chancengleichheit und nachhaltige Lebensweisen

Dieser Beitrag stellt vor dem Erfahrungshintergrund von Umweltkommunikation heraus, welche historische Chance die derzeitigen Entwicklungen um die Schlagwörter „Nachhaltigkeit“ und „Geschlechtergerechtigkeit“ für die Gesundheitsförderung darstellen. Soziale Chancengleichheit ist unter anderem durch die Veränderung eingefahrener Arbeitsteilungen zwischen Frauen und Männern beziehungsweise zwischen Erwerbs- und Versorgungsarbeit zu leisten. Damit es zu solchen Entwicklungen kommt, müssen - über bisherige Maßnahmen der Frauenförderung hinaus - weibliche Sichtweisen stärker in die Umwelt- und Gesundheitspolitik einfließen. Und: die Arbeits- und Lebenswelten der Männer sollten Ansatzpunkte für strukturelle Umsteuerungsprozesse sein.

1. Nachhaltigkeit als Motor für Gesundheitsförderung

Der Umweltdiskurs ist in der zweiten Hälfte der 90er Jahre geprägt von den Erkenntnissen und Beschlüssen der UNO-Konferenz für Umwelt und Entwicklung in Rio de Janeiro 1992. Zentral ist dabei die Auseinandersetzung mit dem Begriff „Nachhaltigkeit“ (sustainable development), der das Wohlergehen heutiger und zukünftiger Generationen als ein Ziel definiert, dessen Realisation sich unter Berücksichtigung der Triade „Ökologie - Ökonomie - Soziales“ vollziehen muss. Die Tauglichkeit des Begriffs Nachhaltigkeit als Leitbild wurde zunächst von vielen Umweltakteuren angezweifelt, bis Ende der 90er Jahre war die auch in Deutschland sehr intensiv geführte Nachhaltigkeitsdebatte eher ein Verwirrspiel als ein Klärungsprozess. Auf die erste Euphorie folgten Jahre der Irritation - zumindest bei Gemütern, die ungern visionär denken und handeln. Diese Zweifler wurden inzwischen von der Realität überholt: Inzwischen gilt das Nachhaltigkeitskonzept schon fast als Erfolgsrezept. Es hat ein großes integrierendes Potential bewiesen, denn eine Vielzahl gesellschaftlicher Bereiche fühlen sich vom Leitbild herausgefordert und können sich mit seinen Zielsetzungen identifizieren. Brückenschläge im Sinne von Kommunikation und Kooperation wurden möglich, die vorher einfach nicht zustande kamen: zwischen Wirtschafts- und Umweltakteuren, zwischen Frauen- und Umweltszene, zwischen den seit Jahrzehnten ganz sinnigerweise getrennten Bereichen Gesundheit und Umwelt.

Die zwei entscheidenden Dokumente der jeweils für die Bereiche wichtigsten UN-Konferenzen, die Ottawa Charta und die Agenda 21, haben Ziele,

die sich stark ähneln. Diese Schnittstellen sind in den vergangenen Jahren immer wieder herausgestellt worden (u.a. Franz-Balsen 1997). Vor allem in Hinsicht auf die Zielsetzung „Befähigung der Individuen zur Partizipation an der Umwelt- und Gesundheitspolitik“ erweist sich die Agenda 21 als das derzeit politisch wirksamere Aktionsprogramm, ihre Forderungen werden auf allen Politikebenen aufgegriffen. Hervorzuheben ist dabei vor allem die Rolle der Kommunen. Diesen politischen Rückenwind sollten auch Gesundheitsakteure als historische Chance erkennen und nutzen.

Aber noch eine weitere UN-Konferenz mit ihrem politischen Folgeprozess gilt es zu berücksichtigen, um zu einem abgerundeten Spektrum politischer Initiativen für den notwendigen Wandel gesellschaftlicher Strukturen zu kommen: die UN-Frauenkonferenz von Peking 1996. Diese entfaltet zu Beginn des neuen Millenniums auch hier in Westeuropa (die Länder des Südens sind uns hier voraus) ein gewaltiges Veränderungspotential, das im folgenden kurz umrissen wird.

2. Die UN-Frauenkonferenz, der Genderdiskurs und seine Umsetzung per „Gender-Mainstreaming“

Im Vergleich zu Ottawa Charta und Agenda 21 scheint das Schlussdokument der Vierten Welt-Frauen-Konferenz, die sog. Plattform, in Westeuropa zunächst keine bemerkenswerten Folgeaktivitäten auszulösen. Das ändert sich Ende der 90er Jahre, als allgemeine Strategien zur Gleichstellung der Geschlechter umgesetzt werden. Dazu gehört das „Gender-Mainstreaming“, das zum Schlüsselbegriff der europäischen Gleichstellungspolitik im neuen Jahrtausend geworden ist.

Bevor dargestellt werden kann, was „Gender Mainstreaming“ bedeutet, muss zunächst der Begriff „Gender“ vorgestellt werden:

„Gender“ (dt. das soziale Geschlecht) wird als differenzierende wissenschaftliche Kategorie in den 70er Jahren in den Sozialwissenschaften eingeführt, um die sozialen, kulturellen und symbolischen Geschlechtergrenzen von biologischen Aspekten der Geschlechterdifferenz abgrenzen zu können. Mit dem Gender-Konzept wird die Grundstruktur der Zweigeschlechtlichkeit als soziale Konstruktion begriffen:

sex	vs.	gender
biologisches	vs.	soziales Geschlecht

Gender gilt als Strukturkategorie des alltäglichen Handelns. Als kulturel-

les Muster wird Geschlecht in der Interaktion von Menschen zur Herstellung sozialer Ordnung reproduziert oder auch modifiziert. Dies kommt zum Ausdruck in der Formel

„DOING GENDER“

Da alle Menschen in sozial bestimmten Geschlechtsrollen agieren, hat der Gender-Ansatz dazu geführt, dass die Geschlechterforschung weniger stark auf Frauenfragen konzentriert ist, sondern zunehmend Interaktionen und Relationen zwischen den Geschlechtern untersucht.

Inzwischen müssen sich in der Tat mehr und mehr Männer mit Geschlechterfragen auseinandersetzen, und zwar wesentlich profunder als im Rahmen von Frauenförderpolitik. Worum geht es beim Gender-Mainstreaming?

Gender-Mainstreaming

Durch Inkrafttreten des Amsterdamer Vertrages zum 1. Mai 1999 erhält die Gleichstellung von Mann und Frau eine neue Dimension: Der Vertrag verpflichtet die Mitgliedstaaten der Europäischen Union zu einer aktiven Gleichstellungspolitik, die mit dem Begriff „Gender Mainstreaming“ (GM) umschrieben wird. „Entscheidend ist die Idee, die das Mainstreaming trägt: Die Geschlechterfrage wird als ein wesentliches Kriterium bei der Lösung sozialer, wirtschaftlicher und umweltpolitischer Probleme angesehen. Die scheinbare Geschlechtsneutralität vieler Problemstellungen wird als solche erkannt und die Geschlechterbezüge werden deutlich gemacht bzw. erarbeitet. . . .“

Im Idealfall

- sind vielfältige Methoden zur spezifischen Analyse des Geschlechterverhältnisses in allen Sachfragen vorhanden,
- sind politische Akteure gendersensibel, und zwar sowohl im persönlichen Verhalten als auch in ihrer Problemsicht,
- werden die Geschlechterverhältnisse als selbstverständliche Elemente komplexer Problemlösungen betrachtet und bereits im Planungsstadium berücksichtigt, werden Effekte politischer Maßnahmen in ihren Auswirkungen auf das Geschlechterverhältnis evaluiert und Maßnahmen, die es nicht enthierarchisieren, ausgeschieden,
- erübrigt sich die Kontrolle, ob die Gender-Perspektive integrierter Bestandteil aller politischen Aktivitäten ist.“ (Stiegler 1989)

Was hier für die Politik formuliert ist, gilt genauso für viele andere Ebenen gesellschaftlicher Strukturen. Mainstreaming ist eine Strategie, die auf Veränderungen in Institutionen abzielt. Aus der politischen Obligation könnte

hier ein Weg entstehen, der den Zielen Nachhaltigkeit und Geschlechtergerechtigkeit in gleicher Weise dient. Zudem werden gesellschaftliche Trends wie die Wandlung der Arbeitsgesellschaft zu einer Dienstleistungsgesellschaft die Rezeption gendersensibler Nachhaltigkeitskonzepte beeinflussen. Das Verhältnis von Produktion und Reproduktion verändert sich, die Lebens- und Arbeitswelten von Frauen und Männern bewegen sich aufeinander zu. Jüngere Ergebnisse der Männerforschung lassen vermuten, dass eine wachsende Zahl „neuer Männer“ oder „neuer Väter“ sich den Zwängen der Leistungsgesellschaft nicht mehr in dem Maß aussetzen möchten wie ihre Väter es noch taten (Zulehner/Volz 1999).

Zudem hat sich Entscheidendes in der Konflikt- und Kommunikationskultur verändert: Auf Kampf und Konfrontation folgt die Ära von Kommunikation und Kooperation. Auch wenn die „Konsensorientierung“ von vielen kritisch gesehen wird, führt sie doch zum Aufweichen von Verkrustungen und Verhärtungen. Sind wir auch von einem vorurteilsfreien Dialog der Geschlechter noch weit entfernt sind, die weiblichen Stimmen dürften auf größere Offenheit treffen als früher.

3. Geschlechtergerechtigkeit und Gesundheitsfürsorge gestalten nachhaltige Lebensweisen

Nachhaltige Entwicklung würde durch eine stärkere Berücksichtigung der Dimension „Gender“ zügiger realisierbar, das betont die Agenda 21 an vielen Stellen. Der Alltagsvergessenheit und Geschlechtsblindheit derzeitiger Entscheidungsprozesse kann durch gendersensible Planungen entgegen gewirkt werden, von Frauen wie von Männern. „Nicht besser, aber anders“, so lassen sich ohne Wertung die beachtlichen Unterschiede zwischen Frauen und Männern im Denken und Handeln bezüglich Umwelt Risiken und Nachhaltigkeitskonzepten beschreiben.

Die Umweltbewusstseinsforschung fand in den ersten Jahren ihrer Existenz eher geschlechtsneutral statt, denn die Aufschlüsselungen nach den demographischen Variablen Alter/Geschlecht waren rein statistische Routinehandlungen und nicht von einer Arbeitshypothese geleitet, die nach Geschlechtsspezifität im Umweltkontext fragte. Doch dann häuften sich die Befunde der Umfrageforschung zur unterschiedlichen Wahrnehmung und Verarbeitung von Umweltproblemen, zu differierenden Wertvorstellungen und Verhaltensabsichten sowie zum Handeln derart, dass man den Faktor Geschlechtsspezifität aus der Umweltdebatte nicht länger ausblenden konnte. Hier die wichtigsten reproduzierbaren Forschungsergebnisse im Überblick:

Wissen:

Das Umweltwissen von Männern ist größer als das von Frauen. Schon

bei Jugendlichen zeigen sich die Unterschiede beim Abfragen von Umweltkenngrößen.¹

Wahrnehmung/Risikobewusstsein:

Die Sensibilität in der Wahrnehmung von Umweltrisiken ist bei Frauen größer als bei den Männern. Frauen schätzen die Zukunftsaussichten demnach skeptischer ein als Männer. Unter den Angstbelasteten ist der Frauenanteil hoch, wobei bei Frauen wie bei Männern die Verantwortung für Kinder eine angstverstärkende Rolle spielt (vgl. Schluchter/Dahm 1996, S. 23-35). Frauen scheuen sich jedoch weniger, ihre Besorgnis zu artikulieren.

Wertvorstellungen:

Frauen legen in ihrer Werteskala gesteigerten Wert auf Gesundheit und familiäres Wohlergehen. Schon junge Mädchen unterscheiden sich in dieser Hinsicht von den gleichaltrigen Kameraden. Fazit: „Die Pro-Umwelteinstellungen und die persönliche Betroffenheit sind bei Frauen größer“ (de Haan/Kuckartz 1996, S. 70)

Handeln:

Konkretes Handeln lässt sich nur in wenigen Bereichen abfragen, etwa in Verhaltensbereichen wie Energiesparen, Müllvermeiden und -sortieren, Teilnahme am Verkehr. Frauen verhalten sich in allen diesen Bereichen umweltfreundlicher als Männer. Eklatant sind die Unterschiede beim Thema Autoverkehr: Frauen besitzen weniger große Autos und sie benutzen das Fahrzeug weniger, benutzen eher die öffentlichen Verkehrsmittel.

Umwelttypen:

Hier gibt es signifikante Unterschiede: überdurchschnittlich viele Männer sind „Umweltignoranten“ und „Umweltrhetoriker“, Frauen sind überdurchschnittlich häufig einstellungsungebundene und konsequente Umweltschützer (vgl. Preisendörfer 1999).

Zum Thema Mobilitätsverhalten ist zu ergänzen, dass selbst männliche Verkehrswissenschaftler den Individualverkehr mit seinen vielfältigen negativen Auswirkungen (von den Emissionen bis zu den Unfallopfern und Verkehrstoten) als Männerproblem bezeichnen (vgl. Socialdata 1991; Schallaböck 1995).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Befunde zur Geschlechtsspezifität so gefestigt und so eindeutig sind, dass kein Zweifel daran besteht, dass die Variable Geschlecht in der Umweltbewusstseinsforschung einen bedeutenden Platz einnimmt (vgl. Preisendörfer 1999) und einen solchen auch bei zukunfts gestaltenden Konzepten einnehmen sollte.

Um nachhaltige Lebensweisen im Sinne eines „guten Lebens“, das dem physischen und psychischen Wohlbefinden des Menschen genau so förder-

lich wäre wie dem Schutz der natürlichen Ressourcen, zum Durchbruch zu verhelfen, erscheint die Initiative für ein kooperatives Aktionsprogramm Gesundheitsförderung in Deutschland als ein äußerst wünschenswerter Schritt. Aus der Sicht einer gendersensiblen Umweltkommunikation dazu folgende Empfehlung: Im oben beschriebenen Sinn sollten bei konzeptionellen Überlegungen aktuelle Ergebnisse aus folgenden Forschungsfeldern berücksichtigt werden:

- Umweltbewusstseinsforschung
- Lebensstilforschung
- Marktforschung
- Geschlechterforschung
- Frauen- bzw. Männerforschung
- Wohlbefindensforschung.

Und es sollte der schwierige, aber überfällige Schritt vom Geschlechterkampf zum Geschlechterdialog getan werden. Frauen wie Männer, vor allem aber die Kinder, würden davon profitieren.

Literatur

- Franz-Balsen, A. (1997): Umweltkommunikation in den 90er Jahren. In: Hazard, B.P. (Hrsg.), Humanökologische Perspektiven in der Gesundheitsförderung. Opladen
- de Haan, G./Kuckartz, U. (1996): Umweltbewusstsein. Opladen
- Preisendörfer, P. (1999): Umwelteinstellungen und Umweltverhalten in Deutschland. Opladen
- Schallaböck, K.O. (1995). Vortrag auf dem Kongress „Ökologie – Gesundheit - Risiko“, Dresden (unveröffl.)
- Socialdata (1991): Verhalten beginnt im Kopf – Möglichkeiten und Grenzen von Marketing-Aktivitäten für den ÖPNV. München
- Stiegler, B. (1999): Frauen im Mainstreaming – politische Strategien und Theorien zur Geschlechterfrage. Friedrich-Ebert-Stiftung, Bonn
- Zulehner, P.M./Volz, R. (1999): Männer im Aufbruch. Wie Deutschlands Männer sich selbst und wie Frauen sie sehen. Ostfildern

¹ *Allerdings ist die Vorgehensweise der Umfrageforscher kritisch zu betrachten, denn sie ist Ausdruck einer einseitigen Orientierung am naturwissenschaftlich-technischen Bereich. So werden häufig Größenangaben, Schätzwerte von Energieverbräuchen oder Ähnliches abgefragt*

Dr. Angela Franz-Balsen
Im Sauern 2a, 60437 Frankfurt/M.
Tel. 06101 - 49494, EMail: franzbals@aol.com

Gesundheitschancen armer Menschen verbessern

– Eine neue und zentrale Aufgabe für die Gesundheitsförderung!

Seit 1995 finden in Berlin alljährlich im Dezember bundesweite Kongresse statt zum Thema „Armut und Gesundheit“. Standen die Kongresse zunächst im Zeichen der Selbstorganisation von Betroffenen und ihren sozialarbeiterischen und ärztlichen Unterstützern und im Schatten der Politik, erfuhren sie in den vergangenen Jahren verstärkte Aufmerksamkeit und Beachtung von Politik und Wissenschaft, Kammern und Kassen. Der 6. Kongress im Dezember 2000 stand nun unter dem Motto „Armut macht krank!“ – und das ohne Fragezeichen. Dies sollte zum Ausdruck bringen, dass nicht mehr die Beschreibung der Zusammenhänge zwischen Armut oder sozialer Ungleichheit und Gesundheit und Krankheit im Vordergrund steht, auch nicht die dazugehörigen Erklärungsversuche. Gefragt sind Konzepte, die ausgehend von diesem Fakt Strategien oder wenigstens Projekte entwickeln und sie erproben.

Diese vergleichsweise selbstbewusste Herangehensweise ist möglich geworden durch die veränderten Rahmenbedingung in der Bundesrepublik. Vertreter von Politik, Krankenkassen und in Teilen sogar ärztlicher Verbände haben einen Konsens über das Krankheitsrisiko Armut hergestellt und den Abbau gesundheitlicher Ungleichheit auf die Tagesordnung gesetzt. Im neu formulierten § 20 SGB V wird dies handlungsleitend für die Entwicklung von Prävention und Gesundheitsförderung festgeschrieben. Bisher hatte Gesundheitsförderung oftmals die Gesundheit derer gezielt gefördert, deren Bedarf geringer ist, da sie als Mittelschichtangehörige einen Vorsprung in gesundheitlichen Angelegenheiten haben, vom besseren Gesundheitswissen bis hin zur Fähigkeit, soziale Netzwerke zu knüpfen und zu nutzen. Mit dem neuen „sozialkompensatorischen“ Ansatz soll Gesundheitsförderung diesen durch soziale Stellung bedingten Vorsprung ausgleichen und die Benachteiligten gezielt fördern.

Wie ist es gelungen, diese neuen, von allen bei den jährlich stattfindenden Kongressen zu „Armut und Gesundheit“ als verbessert beschriebenen Rahmenbedingungen zu nutzen? Dieser Beitrag versucht, die eher karge Bestandsaufnahme zusammenzutragen und aufzulisten, wo Veränderungsbedarf ist, wenn denn dieser Teil sozialer Reform gelingen soll.

Das Individuum kompensiert seine soziale Lage: Der sozialkompensatorische § 20 SGB V

Von den Kritikpunkten am alten § 20 SGB V und seiner Umsetzung seien drei in Erinnerung gebracht: Die fehlende **Evaluationsroutine**, das überwiegen des **Kursangebots** und damit verbunden die **schicht- und geschlechtsspezifische Akzeptanz**, die dazu führte, dass über 20 % der Mittelschichtfrauen, aber unter 5 % der Gesamtbevölkerung die Angebote für ihre Gesundheit nutzten. Dass gesundheitsfördernde Maßnahmen evaluiert werden müssen, ist sicherlich weiterhin unbestritten – erst im Detail machen sich die Probleme bei der Umsetzung bemerkbar. Unbestritten ist, dass die Woge der evidenz-basierten Medizin auch die Gesundheitsförderung erreichen wird und auch in diesem Bereich geeignete Indikatoren zu finden sind, um den Erfolg der Interventionen zu belegen. Sorgen macht hier eine rigide Anwendung der Messlatten der Cochrane Collaboration in einem Gebiet, welches eher mit sozialwissenschaftlichen denn mit naturwissenschaftlichen Methoden operationalisiert und verfolgt werden kann. Im enger und härter werdenden Verteilungskampf um knappe Mittel im Gesundheitswesen scheint es manchmal, als wenn das zarte Pflänzchen Gesundheitsförderung mit vorbildlicher Genauigkeit seine Sinnhaftigkeit evaluieren und somit unter Beweis stellen soll, während über dreiviertel der medizinischen Maßnahmen diesen Beweis noch nicht erbracht haben, gleichwohl aber von den Krankenkassen finanziert werden. Dennoch: Evaluation kann langfristig nur die Qualität der Gesundheitsförderung verbessern.

Wenden wir uns nun den beiden letzteren Kritikpunkten zu: Es geht um Interventionen, die nicht nur theoretisch allen offenstehen, sondern faktisch auch von allen genutzt werden. Die Evaluation zeigt, dass Gesundheitskurse dies nicht leisten können, seien sie individuenzentriert oder als Gruppenangebot konzipiert. Veränderungen des Umfelds, der Umwelt sind hier besser geeignet. Im deutschen Sprachgebrauch gibt es dazu das Begriffspaar Verhältnisprävention und Verhaltensprävention.

Der Schwerpunkt lag und liegt bei der Neufassung der Regelungen zum neuen § 20 eindeutig auf der Verhaltensprävention. Dies kann nicht ausreichen, wenn es darum geht, sozialkompensatorisch zu wirken. Neben Kursangebote müssen integrierte Konzepte treten, die Umfeldverbesserungen bewirken und somit ein Verhalten nahelegen, welches der Gesundheit dient: „Make the healthy way the easier choice“.

Werden die gesetzlichen Krankenkassen die Träger dieser Sozialreformen in den Kommunen, in den Einrichtungen, in den Betrieben sein? Reicht es, einen Paragraphen in einem umfassenden Gesetzeswerk einzuführen, welches überwiegend den Kostenrahmen für medizinische Dienstleistungen regelt? Skepsis ist angebracht, ob nicht doch wieder der Reformwillen sich

darin erschöpft, die Dienstleistung Gesundheitskurs finanziell abzusichern. Dies ist besonders bedauernswert, da es immer wieder einzelne Gliederungen in einzelnen Krankenkassen gibt, die sich als Akteure verstehen und mit anderen in der Gesundheitsförderung kooperieren. Oftmals betonten sie in den letzten Jahren nach der weitgehenden Streichung des alten § 20, dass ihre Aktivitäten eigentlich über den gesetzlichen Auftrag hinausgehen und lieber nicht so laut darüber gesprochen werden soll. Auch wenn die Orientierung der Gesundheitsförderung nach dem § 20 jetzt explizit auf Abbau sozial ungleicher Gesundheitschancen zielt, bedarf es ergänzender Rahmenbedingungen, mit denen Politik und Gesetzgeber die Umsetzung flankieren. Die Krankenkassen müssen aufgefordert und ermutigt werden, im Bereich der Verhältnisprävention gemeinsam mit anderen Akteuren zu arbeiten und dann natürlich auch darüber zu sprechen.

Die Betonung der Verhältnisprävention sollte aber nicht verdecken, dass es auch im Bereich der Verhaltensprävention weiter entwickelter Konzepte bedarf, in denen vermehrt sozialkompensatorische Aspekte zum Tragen kommen. Während früher soziale Schicht als dauerhafte Lebensbedingung galt, sind aufgrund der gesellschaftlichen Umbrüche, des sich wandelnden Arbeitsmarkts diese dauerhaften Zuordnungen aufgehoben. In der Risikogesellschaft geraten auch gut Gebildete zeitweilig in Armut. Entsprechend können auch Menschen, die vorübergehend in relativer Armut leben, von individuellen Gesundheitskursen profitieren. Dies mag einer von möglichen Ansätzen sein, in denen auch Kurse geeignet sind für manche der Modernisierungsverlierer, die in West und Ost ihre gesicherten Positionen aufgeben mussten und durch diesen Statusverlust bedingt gesundheitliche Einschränkungen erfahren.

Dennoch wird genau zu beobachten sein, ob nicht die alte Falle zuklappt: Krankenkassen machen Kurse für die Frauen und für die Besserverdienenden. Dies muss neben dem Zugewinn an Gesundheit oder zumindest Wohlbefinden, den diese Kurse auslösen sollten, mit evaluiert werden. Bisher (Februar 2001) sind die Formulierungen der entsprechenden Papiere sehr vage. Der Begriff „Gesundheitsförderung“ wird vermieden. Exegetiker sind gefragt: Ist überhaupt Gesundheitsförderung gemeint? Wie wird Prävention verstanden, wie definiert? Tatsächlich ist beides von Nöten: sozialkompensatorische Schwerpunktsetzung bei Prävention und bei Gesundheitsförderung.

Verhältnisprävention und Gesundheitsförderung im Settingansatz

Das Individuum in seinem Umfeld so zu stärken, dass es selbst die Entscheidung für gesündere Lebensweisen übernimmt – es gibt immer mehr Beispiele dafür, dass dieses Ziel nicht nur sozialschwärmerische Prosa

ist. In den unterschiedlichsten Bereichen findet Gesundheitsförderung statt. Oft eher im Kleinen: In Berliner Bezirken koordiniert der öffentliche Dienst die „Kiezdetektive“; Kinder werden angeleitet, ihre Umgebung kritisch zu begutachten und dies zu dokumentieren. Was gut ist für Kinder, die „Schätze“, werden aufgelistet, doch auch was sie stört. Die Lokalpolitiker nehmen sich die Zeit und die Kinder mit ihren Anliegen ernst. Woanders gehen Kinder in die Umgebung ihrer Schulen und der Einrichtungen ihrer kleineren Geschwister und stellen fest, dass die Zigarettenindustrie ihre Selbstverpflichtung nicht einhält: Zigarettenautomaten sind so angebracht, dass Kinder und Jugendliche leichten Zugang haben, die Werbung ist gegenüber von Jugendfreizeiteinrichtungen angebracht und zeigt darüber hinaus Fotos von Personen, die nicht, wie verabredet, über dreißig Jahre alt sind. In Kindergärten werden Bewegungsspiele in die Routinearbeit eingebaut. Kinder können durch Abstimmungen mit „Smilies“ ihre Meinung zur Gestaltung einbringen.

Unter dem Begriff Organisationsentwicklung sind vor allem in Betrieben wesentliche Strukturveränderungen eingesetzt worden. Bisher scheint es, dass im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung am konsequentesten Verhältnisprävention betrieben wird. Befördert wird diese positive Entwicklung nicht nur vom Engagement der Betriebsräte, sondern insbesondere das ökonomische Interesse der Betriebsleitungen steht Pate für umfassende Konzepte der Gesundheitsförderung im Setting Betrieb.

Die Weltgesundheitsorganisation regt Netzwerke dieser Settings an: Gesunde Städte, Krankenhäuser, Schulen. Sie geben den Akteuren vor Ort Gelegenheit, sich mit anderen im In- und Ausland auszutauschen, unter Umgehung von Hierarchien und Dienstwegen. In Deutschland gibt es bisher keine Zuständigkeit für die Finanzierung dieser Koordinationsaufgaben. Obwohl die Arbeit als solche auf unterster Ebene angesiedelt ist, kann nicht eine Schule, ein Krankenhaus, eine Kommune die Koordination leisten. Ist hier nicht der Staat gefragt – zumindest auf Bundesebene? Sollten Krankenkassen diese Aufgaben der Koordination übernehmen, so bedarf es einer Übertragung der Zuständigkeit im Zusammenhang mit der Neuformulierung des § 20 SGB V.

Soziale Stadt, Quartiersmanagement, Lokale Agenda 21, Aktionsprogramm Umwelt und Gesundheit

In den unterschiedlichen Bereichen wächst die Einsicht, dass die Sektoralisierung ein abgestimmtes Handeln verhindert. Allein die oben genannten Initiativen aus dem Sozialbereich, der Stadtplanung und dem Umweltbereich sind in Zielsetzung und Arbeitsweise den Konzepten der Gesunden Stadt ähnlich. Natürlich hat jeder Bereich für sich die Federführung vorge-

sehen. Konzeptionelle Unterschiede sind marginal. Auch hier gilt: Sollten Krankenkassen diese Koordinierungsaufgabe übernehmen, so bedarf es einer Übertragung der Zuständigkeit im Zusammenhang mit der Neuformulierung des § 20.

Koordinierung als staatliche Aufgaben, Sozial- und Gesundheitsberichte und Gesundheitsziele auf Bundes- und Länderebene

Im Vergleich zu anderen Staaten sind Gesundheitsberichterstattung und Ausrichtung auf gemeinsame Zielsetzungen innerhalb der deutschen Gesundheits- und Sozialsysteme nur fragmentarisch ausgebildet. Föderalismus und Sektoralisierung der Strukturen sind in der Vergangenheit nicht gerade förderlich gewesen, wenn es galt, gemeinsame Zielsetzungen aller im Gesundheitswesen beteiligten Akteure zu koordinieren und dann auch umzusetzen. So gibt es seit vielen Jahren Länder- oder auch kommunale Gesundheitsberichterstattung in manchen Ländern (NRW, Hamburg, Sachsen-Anhalt, Berlin), die mit (NRW, Berlin) oder auch ohne eine entsprechende gesetzliche Grundlage (HH, Sachsen-Anhalt) in den jeweiligen Gesundheitsdienstgesetzen der Länder entstanden sind. Trotz überzeugender Dokumentationen der in den entsprechenden organisatorischen Ebenen gefundenen Ziele und entsprechender Zielfindungsprozesse, die meist auch auf sicheren Daten basieren, scheint die Umsetzung der gefundenen Schwerpunktsetzungen nicht immer gesichert. Parteipolitische oder auch nur personelle Diskontinuitäten in Politik, aber auch Verwaltung scheinen diese Prozesse substanziell zu gefährden. Ganz offensichtlich sind diese Vorgehensweisen nicht integriert in das Handlungsrepertoire der deutschen Entscheidungsträger. Dennoch wären dies die Grundlagen, um die Erklärungen der richtungsweisenden Konferenzen der WHO, die selbstverständlich auch von den jeweiligen bundesdeutschen Gesundheitsministerien mit getragen wurden, umzusetzen. Neben Ministerien müssen andere Behörden, Krankenkassen, aber auch Wissenschaft und Berufsverbände und die Arbeitsgemeinschaften für Gesundheitsförderung als gemeinsame Akteure zusammengeführt werden. Sie stellen die Weichen für die Umsetzung geeigneter Lösungen. Ein klarer Auftrag, eine klare Zuständigkeit für Gesundheitsförderung als zu koordinierende Gemeinschaftsaufgabe ist nur in manchen Gesundheitsdienstgesetzen formuliert.

Die Kritik an diesen ungenutzten Chancen, Kräfte zu bündeln, wird verstärkt, wenn die erwähnten und andere Berichte daraufhin untersucht werden, inwieweit sie das zentrale Problem der sozialen Ungleichheit in der Berichterstattung thematisieren und inwieweit politische Ziele für Gesundheitsversorgung und Gesundheitsförderung formuliert werden, der sozialen Ungleichheit entgegenzuwirken.

Die wenigen Bezugnahmen auf soziale Ungleichheit in Gesundheitsbe-

richterstattung und Zielformulierung sind überwiegend implizit und nur selten explizit. Implizit bedeutet in diesem Zusammenhang, dass das Gesundheitsziel als solches ein Gesundheitsproblem aufgreift, welches einen starken sozialen Gradienten enthält. Die Säuglingssterblichkeit gilt weltweit als ein Indikator für die soziale Lage von Müttern, Kindern und Familien. Wenn Sachsen-Anhalt pauschal eine Verminderung der Säuglingssterblichkeit zum Gesundheitsziel erklärt, so profitieren davon Mütter und Säuglinge der sozial Schwachen, denn ihre Kinder sind es eher, die als Säuglinge sterben. Bei der Zielerreichung wird die soziale Situation jedoch weder erfaßt noch berücksichtigt. Noch deutlicher wird diese mangelnde Gezieltheit bei den Zielen, die die Erhöhung der Impfungen anstreben: Von entsprechenden Maßnahmen, wenn sie denn erfolgen, profitieren überproportional Mittelschichtkinder, deren Impfstatus ohnehin besser ist. Wenn die oben genannten Ziele die Verringerung der Schichtunterschiede explizit machen wollten, so wären sie entsprechend zu formulieren: Verbesserung der Säuglingssterblichkeit durch Angleichung der Werte aller regionaler Gliederungen untereinander statt: Angleichung auf das Niveau der Bundesrepublik. Gerade die Ziele zur Verbesserung des Impfstatus sollten differenzieren, welche Impfungen besonders wichtig sind: sind es nur die „klassischen“ Impfungen Tetanus, Polio, Diphtherie und Keuchhusten? Oder orientiert die Impfkampagne auch auf Masern, Mumps, Röteln, Haemophilus influenzae und Hepatitis B? Sollen dabei gezielt die Kinder geimpft werden, deren Krankheitsanfälligkeit größer ist und deren Versorgung im Krankheitsfall weniger gut ist? Welche medizinischen und sozialen Implikationen sind mit einer solchen Orientierung verbunden? Wie können die sozial Belasteten aufsuchend oder zumindest niedrig schwellig und frei von Stigmatisierung erreicht werden? Erst bei Problematisierung dieser praxisrelevanten Fragen könnten wir dann von explizit sozialkompensatorischen Zielen sprechen.

Manche Berichte stellen soziale Unterschiede bei der Datenerhebung hervor und schaffen somit Grundlagen für explizit sozialkompensatorische Ziele. Hierunter fallen Kinder- und Jugendberichte einiger zumeist westdeutscher Großstädte, Köln und Essen seien wegen ihrer Vorreiterrolle hervorgehoben, oder auch einige der Berliner Bezirke, die anlässlich der Einschulungsuntersuchungen durch Gruppenbildung etwa nach Postzustellbezirken soziale Brennpunkte aufzeigen. Sie schaffen damit Grundlagen für entsprechende Handlungsempfehlungen. Dass ein entsprechendes Problembewusstsein vorliegt, zeigt sich in vielen der Gesundheitsberichte, wenn etwa der landesweite Kinder- und Jugendbericht von Baden-Württemberg das Projekt eines Kreises hervorhebt, in dem jungen Sozialhilfeempfängerinnen vermittelt wird, mit den bescheidenen Finanzmitteln der Hilfe zum Lebensunterhalt gesundheitsbewusst einzukaufen und Nahrung zuzubereiten. Eine konsequente Evaluation des Ergebnisses ist dieser Initiative zu wünschen.

Vorbildlich sind in dieser Frage die Einschulungsuntersuchungen des Landes Brandenburg in Durchführung und Auswertung. Hier wird ansatzweise das eingelöst, was generell für diese flächendeckend durchgeführten Jahrgangserhebungen in Anspruch genommen wird: Sie beschreiben die Veränderungen des Gesundheitsstatus des gesamten Jahrgangs und haben dazu ein Verfahren gewählt, welches auf Grundlage freiwilliger Angaben der Eltern zu Familienstand, Erwerbstätigkeit und (Aus)bildungsstand drei soziale Gruppen bildet. Mit der Ausnahme der Allergien zeigt sich der auch anderswo beschriebene Gradient sowohl bei den herkömmlichen Kinderkrankheiten, wie Organstörungen und Unfällen als auch bei den neuen Krankheiten, den Verhaltensauffälligkeiten, den Wahrnehmungs- und Sprachstörungen. Auf dieser Grundlage werden gezielt Frühförderungsmaßnahmen im Vorschulalter geplant, in Brandenburg im Bereich der Kindergartenerziehung. Dieses Beispiel zeigt, dass eine sozial differenzierte Berichterstattung zur Grundlage von Maßnahmen werden kann, die die Angebote im Bereich der Prävention, aber auch Gesundheitsförderung gezielt denjenigen zu Gute kommen lassen, die mehr Bedarf daran haben.

Unser kleiner Überblick versteht sich als Sammlung von Anregungen, die wie die Spitze eines Eisberges nur andeuten, wieviel sich in dieser Hinsicht in der Republik getan hat – aber auch, welche Vielzahl an Handlungsfeldern und Handlungsbedarf noch ansteht. Sowohl die bundesrepublikanische als auch vor allem die internationale Entwicklung zeigt dabei in eine hoffnungsvolle Richtung, wenngleich die konkreten Schritte zu vage bleiben. Im Weiteren bedarf es sowohl konzertierter Anstrengungen von vielen über Gesundheitskonferenzen und bundesweite Aktionspläne, als auch klare Zuständigkeit für einzelne Akteure in ihren jeweiligen Bereichen.

*Prof. Dr. Eva Luber,
Dr. Raimund Geene*

*Gesundheit Berlin e.V.
Tucholskystr. 11, 10117 Berlin
Tel. 030 - 46600147, Fax 030 - 46600146
EMail: geene@gesundheitberlin.de*

Querschnittsaufgabe Familie und Gesundheit

Gesundheitsförderung ist primär eine Aufgabe im Gesundheits- und Sozialbereich und keine medizinische Dienstleistung. Nach dieser WHO-Definition findet Gesundheitsförderung nicht nur im Medizinsystem statt, sondern vor allem in individuellen und gesellschaftlichen Lebens- und Handlungsfeldern. Die Rahmenbedingungen für die Organisation und die Erhaltung von gesundheitsfördernden Lebensräumen im Alltag sollten prioritäres Ziel einer präventiven Gesundheitspolitik sein – und auch der Frauen- und Familienpolitik.

In der Familie werden die persönlichen Kompetenzen gewonnen, die Menschen in der Eigenverantwortung für ihre Gesundheit stärken. Darum muss die Gesundheitspolitik und die Gesundheitsförderung das Thema Familie in das Zentrum ihrer präventiven Konzepte und Maßnahmen stellen. Ein frauen- und familienspezifischer Ansatz sollte unter der Prämisse des gender mainstreaming alle gesellschaftlichen, organisatorischen und strukturellen Maßnahmen bestimmen.

Die Bedeutung der Familie in unserem Gesundheitssystem

Familie hat – trotz heutzutage immer größerer Bedeutung von FreundInnen und KollegInnen – die zentrale Bedeutung in unserer Gesellschaft. Die Familie (definiert als Zusammenleben von Erwachsenen mit Kindern in verschiedenster Zusammensetzung) ist die Basis, die alle zwischenmenschlichen Beziehungen und sozialen Kontakte beeinflusst. Die Familie legt den Grundstein für das emotionale Befinden, sie gibt Rückhalt und Vertrautheit. Sie ist der Ort in der Gesellschaft, in der Alltag und Beziehungsverhalten stattfinden. Hier erfahren Kinder ihre Prägungen, entwickeln ihre Verhaltensweisen und werden insbesondere am Beginn ihres Lebens in ihrer Liebes- und Bindungsfähigkeit elementar geprägt. Hier erlernen Menschen den Umgang mit Problemen und deren Bewältigung, die Einstellung zum Leben, zu Lebensphasen und zu biologischen und sozialen Ereignissen im Leben. Daraus entwickeln sich die individuellen Coping-Strategien, die entscheidend sind für das „Zurechtkommen“ in der Welt und mit den Mitmenschen – somit für die Zufriedenheit und damit sozusagen die besten „Impfungen“, die stärksten Abwehrkräfte gegen Krankheiten.

In der Familie erleben Kinder gesundheitsförderndes oder gesundheitsge-

fährdendes Verhalten. Neben der Beeinflussung durch den Freundeskreis internalisieren Kinder das Verhalten der Eltern. Das Vorbild der Familie ist also ein entscheidender Einflußfaktor. Im Setting Familie werden die Weichen für das Gesundheitsverhalten gelegt und hier ist der Ansatzpunkt für eine positive Beeinflussung des Gesundheitsverhaltens, und zwar sowohl unter dem o. g. Aspekt des Copings, der Bewältigungsstrategien, als auch des direkten gesundheitsförderlichen Verhaltens.

In der Familie entwickelt sich das Gesundheitsbewußtsein und Gesundheitsverhalten. Familiäre Einflußfaktoren sind dementsprechend das emotionale Wohlbefinden und der familienspezifische Umgang mit Gesundheit und Krankheit. Zahlreiche Probleme, die aus der Familie und dem weiteren sozialen Umfeld entstehen, tangieren und belasten unser Gesundheitssystem, z. B.

- Behandlungen und Medikamente überlasteter Mütter mit häufig gesundheitsgefährdenden Bewältigungsstrategien
- Mutter-Kind-Kuren für „ausgelaugte“ Mütter und kranke Kinder
- Herzinfarkt und „Sekudentod“ bei Männern (begründet in der Leistungsgesellschaft und im männlichen Rollenverhalten)
- Verhaltensauffälligkeiten, Aggressionen, somatische Beschwerden, Konzentrationsschwächen u. a. bei überforderten Kindern
- Vorzeitige Wehen bei Schwangeren und andere psychosomatische Schwangerschaftserkrankungen
- Frühgeburtsbestrebungen und Frühgeburten

Vorbild Eltern

Es ist bekannt, dass Eltern mit Kleinkindern sich gesundheits- und umweltbewußter verhalten als in ihrer kinderlosen Zeit. Leider lässt dieses Bewußtsein bei der Mehrheit mit dem Älterwerden der Kinder wieder nach. Gerade deswegen ist es besonders wichtig, in der prägenden Kleinkindzeit das gesundheitsfördernde Verhalten der Eltern zu stärken, um so eine Basis für das spätere Verhalten des Kindes zu legen. Bedeutende Faktoren sind dabei das Stillen, die Vermeidung von Nikotin und Alkohol, aber auch der Umgang mit kleineren und größeren gesundheitlichen Einschränkungen. Eltern sollten z. B. wissen und ihren Kindern vorleben, dass der ständige Aufenthalt in überheizten Räumen Erkältungskrankheiten fördert. Dagegen der Aufenthalt (das Spielen und Toben) im Freien die Abwehr gegen diese und andere Erkrankungen steigert. Gerade die selbstverständliche Bewegung, das Spielen im Freien, sind elementare gesundheitsfördernde Verhaltensweisen, die spätere „Zivilisationserkrankungen“ wie Rückenprobleme, Osteoporose, Adipositas und viele andere verhindern oder reduzieren können.

Schwangerschaft, Geburt und Übergang zur Elternschaft Basis-Gesundheitsförderung durch Empowerment

Die Schwangerschaft, Geburt und die erste Zeit mit einem Kind, insbesondere des ersten Kindes, ist eine einschneidende Phase im Leben, die von der Mutter bzw. dem Paar mit Unterstützung der Gesellschaft – die ja ein immanentes Interesse an nachwachsenden Generationen hat – zu bewältigen ist. Die Unterstützungsstrukturen unserer Gesellschaft haben ihre Priorität im medizinischen System, das diese Übergangsphase fast ausschließlich begleitet. Diese Medikalisierung von Lebensphasen ist symptomatisch für den Umgang unserer Gesellschaft mit biologischen und sozialen Umbruchzeiten im Leben wie Pubertät, Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett sowie Wechseljahre.

Nachdem die in früheren Zeiten selbstverständliche verwandtschaftliche oder nachbarschaftliche Unterstützung weitestgehend weggebrochen ist, finden werdende und junge Eltern kaum Hilfe, Rat und Begleitung in der Bewältigung der sozialen und psychischen Umwälzungen. Viele sogenannte Schwangerschaftserkrankungen sind psychogen und in der nicht bewältigten Belastung, also besonderen Stresssituationen begründet.

Die Basis für die Gesundheit in der Familie wird für jeden Menschen bereits intrauterin gelegt, die Geburt ist ein weiterer Meilenstein ebenso wie die ersten Wochen und Monate des Lebens. Darum müssen wir uns zu allererst die Schwangeren, werdenden Eltern, die Geburtsbedingungen und den (kulturellen) Umgang mit den kindlichen Bedürfnissen und die Unterstützung für fast immer überforderte junge Eltern anschauen. Die folgenden Bereiche sind selten Gegenstand gesundheitspolitischer Diskussionen, obwohl die Spätfolgen für unsere Gesellschaft evident sind.

1. Intrauterin

Geht es den Müttern gut, geht es den Kindern gut (sagte schon der ehemalige Bundesgesundheitsminister Seehofer). Dafür, dass es der Mutter und dem Kind gut geht, ist nicht nur die Mutter verantwortlich, sondern die gesamte Gesellschaft. Das Umfeld der Mutter sollte als „sozialer Uterus“ die Schwangere umsorgen und unterstützen. Diese Verantwortung gegenüber den nachfolgenden Generationen wird gesellschaftlich wahrgenommen, indem wir alle verfügbare Medizindiagnostik und -therapie einsetzen. Nicht immer hilft das der werdenden Mutter, sehr oft benötigt sie „nur“ mehr Verständnis und Hilfsbereitschaft in ihrer Umgebung, vor allem aber „Anlaufstellen“ und Möglichkeiten zum Austausch mit Gleichbetroffenen.

Der Weltkongress „The Health of the Unborn Generations“ 1998 in Japan befasste sich mit Themen wie Drogensucht, Brust- und Prostatakrebs,

Gewaltkriminalität, Autismus, Jugenddiabetes sowie frühen Mehrfachimpfungen und der Korrelationen zwischen der intrauterinen Entwicklung und dem intrauterinen Erleben in bezug auf viele dieser individuellen wie gesellschaftlichen Probleme. Um hier langfristige und nachhaltige Effekte zu verifizieren, sind Longitudinalstudien dringend erforderlich.

2. Geburt

Schwangerschaft und Geburt sind selbstverständlich, gehören zum Leben – und doch sind werdende Eltern in unserer Kultur kaum auf diese entscheidende Lebensphase vorbereitet. Sie hatten in der Regel beim ersten Kind nichts mit dem Leben einer Familie mit Kindern gemeinsam und haben Zusammenleben mit Kindern oftmals bis dahin nicht in ihrem Umfeld erlebt. Die Umbruchphase zum Elternwerden könnte krasser und unvorbereiteter kaum sein. Auch Geburt gehört nicht zum Alltag: Geburten finden in besonderen, abgeschirmten Institutionen – den Krankenhäusern – mit medizinischen Ritualen statt. Die Konditionen für den entscheidenden „Start ins Leben“ bestimmt die jeweils aktuelle medizinische Forschung. Im Namen der Geburtsmedizin

- wurden Frauen zur Geburt ihres Kindes narkotisiert
- werden Frauen immer noch medikalisiert und routinemäßigen unnötigen Eingriffen ausgesetzt
- werden Frauen – oft unnötig - geschnitten (Dammchnitt, Kaiserschnitt)
- wird Frauen die Geburt erschwert durch erzwungene Rückenlage und Passivität und ganz besonders durch die klinische Atmosphäre, die fehlende Geborgenheit in dieser intimen Situation
- werden Kinder routinemäßig nach der Geburt mit Absaugschläuchen traktiert
- wurden Mutter und Kind jahrzehntelang getrennt, ehe sich Eltern rooming-in (das Zusammensein von Mutter und Kind im Krankenhaus) erkämpft haben.

Nicht alle, aber sehr viele erleben die Geburt traumatisch – sowohl die Mutter als auch das Kind. Spätere „nicht diagnostizierbare Unterbauchbeschwerden“ sind nur eine mögliche Auswirkung des traumatischen Geburtserlebens. Selbstbestimmtes, aktives Gebären ist in deutschen Krankenhäusern nach wie vor selten möglich. Die medizinische Dominanz und Sichtweise wirkt oftmals iatrogen auf den Geburtsverlauf, aber auch nachhaltig auf das Gesundheitsverhalten (Stichwort: Medikalisierung).

3. Gesunde Ernährung von Anfang an – Stillen

Besonders eklatant tritt das Gesundheitsverhalten zu Tage in der Fremdheit und Distanziertheit gegenüber einem lebensnotwendigen Vorgang wie

der Ernährung des Kindes mit Muttermilch. Die fehlende Selbstverständlichkeit, die Negation der Körperlichkeit bei dieser natürlichen Art der Ernährung, sind Hauptursache der immer noch mangelnden Stillbereitschaft in Deutschland.

Das Beispiel „Stillen“ verdeutlicht die nachhaltigen Auswirkungen auf das Gesundheitsverhalten künftiger Generationen: Frauen, die selbst nicht gestillt wurden, stillen selbst wesentlich seltener, es sei denn, sie gehen ganz bewußt und mit rationalen Überlegungen und Überzeugung an die Muttermilchernährung heran. Gestillte Frauen haben es da leichter in der Kontinuität des Mutter-Tochter-Verhaltens. Die Konsequenzen des Nicht-Stillens für das Gesundheitssystem sind vielfältig: Problematik von Unverträglichkeiten und Allergien, höhere Atemwegsinfektionen ebenso wie Magen-Darm-Infektionen sowie eine unendliche Anzahl von Krankheiten und Befindlichkeitsstörungen aufgrund nicht „artgerechter“ Ernährung.

4. Kenntnis kindlicher Bedürfnisse und die kulturelle Umsetzung

Im Kulturvergleich unter anthropologischer Betrachtung fällt unmittelbar auf: Die grundlegenden Bedürfnisse eines Neugeborenen werden ihm in unserer Kultur versagt oder reglementiert beantwortet: Das gilt nicht nur für das Stillen, sondern für die ebenfalls elementaren menschlichen Bedürfnisse nach Nähe, Berührung, Hautkontakt und Getragenwerden. Kinder werden in Deutschland in Bettchen gelegt, ruhig und einsam in eigenen Kinderzimmern. Die Folge sind schreiende, unruhige Kinder, denen vertraute Geräusche, Stimmen und Körperkontakt fehlen, die ihnen verwehrt werden. Eltern werden in ihrem Verhalten immer mehr verunsichert, die Eltern-Kind-Beziehung gestört. Stillberaterinnen, Laktationsberaterinnen, GfG-Familienbegleiterinnen, PEKiP-Kursleiterinnen, Therapeutinnen für Schreibabys und zum Festhalten, erst recht natürlich die traditionellen Medizin-Berufe wie Hebammen, KinderärztInnen erleben täglich, dass Eltern und Kinder nicht miteinander klar kommen, weil sie nicht wagen, intuitiv auf die Bedürfnisse ihrer Kinder einzugehen. Gesundheit – definiert im Sinne der WHO als psychisches, soziales und somatisches Wohlbefinden – bedeutet, die Bedürfnisse eines Neugeborenen zu erkennen, sich darauf einzulassen und sie zu erfüllen. Es bedeutet auch, die eigenen Bedürfnisse wahrzunehmen.

Damit eine Familie nicht nur Betreuung und Unterstützung von Ärzten und Werbefilmen und -broschüren bekommt, müssen Strukturen in Deutschland etabliert und gefördert werden mit niedrigschwelligen, zielgruppenspezifischen Angeboten zur Stärkung des selbstverantworteten, kompetenten und nachhaltigen gesundheitsförderlichen Verhaltens.

Vorhandene Strukturen der Gesundheitsförderung für Familien

Zu den vorhandenen nicht im Medizinsystem etablierten, und daher nicht ausreichend geförderten Maßnahmen für Familien gehören beispielsweise in Deutschland:

- Stillförderung, BFHI-Projekt, Still- und Laktationsverbände
- Ganzheitliche Geburtsvorbereitungskurse, die eine Begleitung während der Schwangerschaft bieten und die Elternkompetenz stärken
- sowie Kurse nach der Geburt, die Eltern Unterstützung, Informationen und Austausch bieten: GfG-Familienbegleitung, Eltern-Kind-Kurse, Stillgruppen, PEKiP-Gruppen, Babymassage u. a. Gruppen der Familienbildung

Diese Angebote gibt es in vielen multidisziplinär arbeitenden Einrichtungen wie Zentren rund um Schwangerschaft und Geburt (die aus der Frauengesundheitsbewegung erwachsen sind) in den Familienbildungsstätten, in ganzheitlich arbeitenden Hebammenpraxen u. ä. Diese aufgrund weggefallener familiärer Unterstützungsstrukturen neu entstandenen Begleitungsangebote im Familienbildungs- und Gesundheitsförderungs-Bereich erhalten wenig finanzielle Förderung. Öffentliche Gelder fließen vor allem in die Entwicklung der High-Tech-Medizin, nur minimale Summen dagegen in Unterstützungsangebote für werdende und junge Familien, die durch ihre Isolierung in der Kleinfamilie den Belastungen des Alltags mit Kindern nicht gewachsen sind.

Die Kosten, die sich daraus ergeben, könnten durch präventive allgemein zugängliche Angebote von Elterngruppen und –treffs mit engagierten, kompetenten KursleiterInnen zu einem großen Teil vermieden werden. Eltern zu stärken in ihrem intuitiven, kompetenten Verhalten, sie mit anderen in der gleichen Situation in Austausch zu bringen – das sollte Ziel der familiären Gesundheitspolitik sein, denn hier am Anfang, am Start der Familie manifestiert sich das Gesundheitsverhalten künftiger Generationen. Die Stärkung der elterlichen Kompetenz und die Förderung von adäquaten Bewältigungsstrategien in der Anfangsphase des Lebens mit einem Kind wirkt sich nachhaltig auf das Elternverhalten und eine positive gesundheitsförderliche Eltern-Kind-Beziehung aus.

*Ines Albrecht-Engel
Gesellschaft für Geburtsvorbereitung,
Familienbildung und Frauengesundheit
Burckhardtstr. 32, 34346 Hamm. München
Tel. 05541 - 4661
Email: gfg@gfg-bv.de*

Betriebliche Gesundheitsförderung

1. Betriebliche Gesundheitsförderung als Handlungsfeld des Gesundheitsförderungskonzeptes der Weltgesundheitsorganisation (WHO)

Die Arbeitswelt gehört zu den wichtigsten Faktoren, die den Gesundheitsstatus einer Bevölkerung beeinflussen, und eröffnet zahlreiche Anknüpfungspunkte für Gesundheitsförderungs- und Präventions-Maßnahmen.

Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) umfasst Massnahmen zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz und ergänzt in Deutschland den gesetzlich vorgeschriebenen Arbeitsschutz im Rahmen der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren. Sie geht über den Rahmen der gesetzlichen Anforderungen hinaus und beruht auf dem freiwilligen Engagement aller betrieblichen und ausserbetrieblichen Akteure: Arbeitgeber, Arbeitnehmer und ihre Interessensvertretung sowie Arbeits- und Gesundheitsschutzexperten (innerbetrieblich); Organisationen der Sozialpartner, Sozialversicherungsinstitutionen, Entscheidungsträger aus der Politik, Institutionen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes sowie der öffentlichen Gesundheit (ausserbetrieblich).

Im Unterschied zum Arbeitsschutz, der auf der Grundlage von Gefährdungsanalysen Risiken für Sicherheit und Gesundheit am Arbeitsplatz ermittelt und auf deren Reduktion abzielt (schwachstellenorientiert), nutzt BGF außerdem vorhandene Ressourcen für Gesundheit und Sicherheit (ressourcenorientiert).

BGF verfolgt zwei sich ergänzende Ziele. Zum einen will sie den Gesundheitsstand aller Betriebsangehörigen verbessern: der gesunde Mitarbeiter. Daneben will sie die dafür notwendigen unternehmensbezogenen Voraussetzungen schaffen und diese langfristig sichern: das gesunde Unternehmen. Auf diese Weise trägt sie indirekt zur Erreichung wichtiger wirtschaftlicher Ziele eines Unternehmens bei.

Betriebliche Gesundheitsförderung stellt ein Handlungsfeld im Rahmen des so genannten Setting-Ansatzes des WHO-Gesundheitsförderungskonzeptes dar.

Dieser Setting-Ansatz bildet seit Mitte der 80er Jahre eine Kernstrategie mehrerer WHO-Programme zur Gesundheitsförderung und basiert auf Prinzipien der Organisationsentwicklung. Gesundheitsbezogene Orientierungen, Werte und Verhaltensgewohnheiten sind danach immer aus den spezifischen Bedingungen einzelner Lebensbereiche heraus zu verstehen.

Dazu gehören die Arbeitswelt, der schulische Sektor, das Gesundheitsversorgungssystem, die Familie sowie der Wohnort bzw. die Gemeinde – um nur die wichtigsten Settings zu nennen. Verhaltens- und Einstellungsänderungen sind nur dauerhaft erreichbar, wenn sie mit den Bedingungen des jeweiligen Settings kompatibel sind. Zentrale Kennzeichen dieses Ansatzes sind:

- **Selbstbestimmung und Beteiligung der Betroffenen**

Voraussetzung für individuelle wie kollektive Lernprozesse ist die aktive Beteiligung der und Selbstbestimmung durch die Betroffenen.

- **Methoden- und Strategie-Mix**

Erfolgreiche Ansätze verknüpfen Maßnahmen zur Defizitreduktion mit Maßnahmen zur Ressourcenförderung. Das gleiche gilt für die Verknüpfung von verhaltens- und verhältnisorientierten Maßnahmen, wobei letztere unerlässlich sind. Darauf verweisen auch die jüngeren Studien zu den Ergebnissen der von Krankenkassen finanzierten Verhaltensprävention.

- **Integration gesundheitsbezogener Kriterien auf Entscheiderbene**

Eine gesundheitsförderliche Organisationsgestaltung erfordert eine Verknüpfung von Top-down- und Bottom-up-Prinzipien. Dies bedeutet zum einen, dass Gesundheitsförderung zum Bestandteil der Führungsaufgaben wird (Top-down), und zum anderen, dass die Mitarbeiter auf allen Organisationsebenen möglichst weitgehend bei Entscheidungen einbezogen werden (Bottom-up).

- **Interdisziplinäre und intersektorale Kooperation (Vernetzung)**

Erfolgreiche Ansätze in der Gesundheitsförderung und Prävention beruhen auf der Zusammenarbeit unterschiedlicher Professionen und Akteure. Darüber hinaus ist auch eine Zusammenarbeit zwischen unterschiedlichen Sektoren erforderlich, da Gesundheit und Krankheit nicht alleine durch das Gesundheitsversorgungssystem beeinflusst werden können. Wichtige Rahmenbedingungen für den Gesundheitsstatus einer Bevölkerung werden in anderen Politikfeldern gestaltet (ein Beispiel dafür ist der Einfluss der Agrarpolitik auf das Ernährungsverhalten der Verbraucher).

- **Prinzipien des professionellen Projektmanagements**

Dazu gehören eine systematische Bedarfsanalyse, eine darauf basierende Konzeptentwicklung und Planung, geeignete Steuerungsstrukturen in Organisationen oder organisationsübergreifenden Settings sowie eine kontinuierliche Verbesserung und Ergebnisprüfung.

- **Soziales Marketing und Politikentwicklung**

Die dauerhafte Verankerung gesundheitsgerechter Strukturen erfordert ein wirksames Marketing und eine kontinuierliche Überzeugungsarbeit.

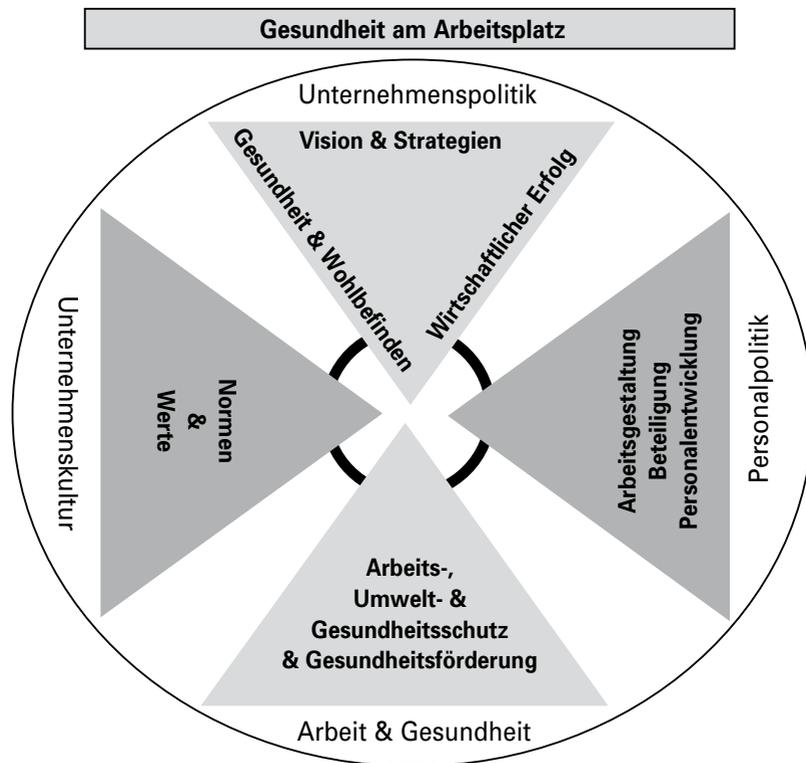
Entscheidern muss der Nutzen von Gesundheitsförderung und Prävention überzeugend dargelegt werden. Gesundheit muss darüber hinaus auch formal in den relevanten Politikfeldern verankert werden.

Die dargestellten Erfolgsfaktoren definieren allgemeine Anforderungen an gute Praxis und bilden eine Leitlinie für die Entwicklung von Strategien und Programmen in Gesundheitsförderung und Prävention und damit auch in der betrieblichen Gesundheitsförderung.

In Deutschland wie auch in anderen europäischen Ländern hat sich ein Konzept betrieblicher Gesundheitsförderung herausgebildet, dessen Eckpunkte in der folgenden Grafik zusammenfassend dargestellt sind:

Eckpunkte des betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM)

Statt betrieblicher Gesundheitsförderung wird mehr und mehr der Begriff



„betriebliches Gesundheitsmanagement“ verwendet, um die systematische und umfassende Vorgehensweise insbesondere in Verknüpfung mit anderen Unternehmensprozessen zum Ausdruck zu bringen.

Eine wesentliche Voraussetzung für den Erfolg betrieblichen Gesundheits-

managements besteht darin, dass Gesundheit als Führungsaufgabe auf der Basis einer entsprechenden Unternehmenspolitik wahrgenommen wird und (wo vorhanden) in bestehende Managementsysteme integriert wird. Kernbereiche für die Umsetzung sind dabei die betriebliche Personalpolitik und die Arbeitsgestaltung.

Die professionellen Gesundheitsdisziplinen am Arbeitsplatz, zu denen mittlerweile die betriebliche Gesundheitsförderung neben Arbeits- und Gesundheitsschutz und betrieblichem Umweltschutz gehört, ordnen sich in einem solchen ganzheitlichen und systemischen Verständnis von Gesundheit am Arbeitsplatz ein und erbringen gewissermaßen spezifische Dienstleistungen, mit deren Hilfe Gesundheit und Wohlbefinden systematisch geplant und gesteuert werden können. Ein derartiges Verständnis ist nur möglich auf der Basis einer partnerschaftlichen Unternehmenskultur, die sich an gesundheitsgerechten Werten und Handlungsmaximen zeigt und im Betriebsalltag sichtbar gelebt wird.

Das Mehrebenen-Konzept des WHO-Gesundheitsförderungskonzeptes ist somit auch auf der Ebene von Organisationen darstellbar.

2. Der Beitrag betrieblicher Gesundheitsförderung zum Abbau sozial und ökonomisch bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen

Nach §20 SGB V haben sich die gesetzlichen Krankenkassen im Bereich von Prävention und Gesundheitsförderung insbesondere am Bedarf sozial benachteiligter Versicherter auszurichten.

Sozialepidemiologische Längsschnittuntersuchungen haben den Einfluss der sozial-ökonomischen Stellung auf das Mortalitäts- und Morbiditätsgeschehen in Bevölkerungen nachgewiesen. Von zentraler Bedeutung sind dabei die Einkommensverteilung und die relative Position auf der Skala der Einkommensverteilung sowie der berufliche Status.

Betriebliche Gesundheitsförderung als Bestandteil einer systematischen Unternehmenspolitik und -kultur kann die Einkommensverteilung nur sehr begrenzt beeinflussen. Bezieht man die überbetrieblichen Akteure mit ein, so lässt sich die Rolle der Einkommensverteilung für die betriebliche Gesundheit als Bestandteil der Bevölkerungsgesundheit als zusätzliches Kriterium in der Tarifpolitik bewerten. Eine Zuständigkeit für gesetzliche Krankenversicherungen ist hier jedoch nicht vorhanden.

Auf betrieblicher Ebene beeinflusst die Personalpolitik den Einflussfaktor Einkommen. Beispielsweise könnten Prämiensysteme im Rahmen von Zielvereinbarungssystemen insbesondere Arbeitsleistungen von Mitarbeitern in Niedriglohngruppen berücksichtigen.

Der zentrale gesundheitsrelevante Einflussbereich betrieblicher Gesundheitsförderung liegt in ihrer Verknüpfung mit der Arbeitsgestaltung und

der Personalführung. Die Arbeitswissenschaft hat umfangreiche Erkenntnisse über die Zusammenhänge zwischen der Gestaltung von Arbeitsaufgaben und der Persönlichkeitsentwicklung von Beschäftigten erarbeitet. Besonders wichtig sind die wahrgenommenen Handlungsspielräume in Bezug auf die Organisation der eigenen Arbeitstätigkeit und Entscheidungen sowie das Ausmaß an sozialer Unterstützung durch Vorgesetzte und Kollegen.

In den Fällen, in denen BGF Bestandteil einer Unternehmenspolitik ist, die Gesundheit und Wohlbefinden als ein Entscheidungskriterium berücksichtigt, können BGF-Massnahmen mittelbar sozial und ökonomisch bedingte relative Ungleichheiten beeinflussen. Hinsichtlich der Wirkungsmöglichkeiten von Krankenkassen ist jedoch auch hier zu beachten, dass die Organisation der Arbeitstätigkeiten kein Zuständigkeitsbereich einer Krankenkasse darstellt, sondern allein Sache des Arbeitgebers ist im Rahmen der geregelten Mitarbeiterbeteiligung.

Betriebliche Gesundheitsförderung wird gegenwärtig ebenso wie der Arbeitsschutz in ihrem Beitrag zur Steigerung der Beschäftigungsfähigkeit betrachtet. Gesunde und gut ausgebildete Mitarbeiter tragen dazu bei, das Risiko einer längeren Arbeitslosigkeit zu verringern, da das Wiederbeschäftigungspotenzial vergrößert wird. Dies hängt jedoch in hohem Maße vom Stand und Profil der beruflichen Qualifikationen der Beschäftigten ab und deren Kompatibilität mit der technologischen Entwicklung. Individuelle Gesundheitskompetenz erlangt dann einen hohen Stellenwert, wenn die Organisation der Arbeitstätigkeit in hohem Maße auf individueller Eigensteuerung basiert.

Ein anderer Bereich, in dem BGF mittelbar einen Beitrag zur Reduzierung von sozial und ökonomisch bedingten Ungleichheiten von Gesundheitschancen leisten kann, ist der Ausbildungssektor. BGF als Bestandteil von Schulpolitik und beruflicher Ausbildung kann zur Reduzierung von ungleichen Gesundheitschancen beitragen. Haupt- und Berufsschulen sind hier als Schlüsselbereiche für Prävention und Gesundheitsförderung besonders zu beachten.

3. Stellenwert des Handlungsfeldes im Rahmen der geplanten „Allianz für Gesundheitsförderung in Deutschland“

Die zunehmende Beachtung, die die betriebliche Gesundheitsförderung in den vergangenen Jahren zum Teil in Fachkreisen, aber auch von Seiten der Sozialpartner und der Politik erfahren hat, sollte nicht über den nach wie vor geringen Verbreitungsgrad in den Unternehmen hinwegtäuschen. Obwohl verlässliche Daten fehlen, mit deren Hilfe der derzeitige Umsetzungsgrad in der Praxis beurteilt werden kann, kann man davon ausge-

hen, dass betriebliche Gesundheitsförderung in dem oben dargestellten ganzheitlichen Verständnis nur in einer Minderheit von Organisationen umgesetzt worden ist. Das gilt in ganz besonderer Weise für die große Zahl kleiner und mittlerer Unternehmen, für die Arbeits- und Gesundheitsschutzbelange keine Priorität darstellen.

Der Stellenwert von Gesundheit am Arbeitsplatz hängt auch davon ab, ob und mit welchen Strategien Organisationen die Entwicklung von Innovationen steuern. Vor dem Hintergrund eines immer intensiveren Wettbewerbes und einer sich beschleunigenden technologischen Entwicklung sind Unternehmen gezwungen, dem Primat der Kostenminimierung zu folgen, und sie müssen daher kontinuierlich die Effizienz ihrer internen Prozesse und Arbeitsabläufe steigern: Outsourcing und Personalkostenreduktion stehen dabei ganz oben auf der Prioritätenliste. Zu den Folgen dieser Prozess-Rationalisierung gehören vor allem eine Zunahme der Arbeitsintensität, ein immer höherer Zeitdruck und generell eine Zunahme stress-bedingter Arbeitsbelastungen.

In den Fällen, in denen unter diesen Rahmenbedingungen BGF-Programme eingeführt werden, geschieht dies in erster Linie mit einer kompensatorischen Funktion in Bezug auf die entstandene Dysbalance zwischen zunehmenden Belastungen und verbliebenen Ressourcen.

Anders stellt sich die Situation in Unternehmen dar, die zwingend auf ein hohes Maß an Engagement und kreativer Arbeitsleistung der Mitarbeiter angewiesen sind, um im Wettbewerb zu bestehen. Nur hier wird der Mitarbeiter tatsächlich zur strategischen Ressource, da von seiner Arbeitsleistung maßgeblich die erfolgreiche Entwicklung neuer Dienstleistungen und Produkte abhängt. Gesundheitsförderung als Bestandteil der Personalpflege geht dann deutlich über eine kompensatorische Funktion hinaus und leistet einen unverzichtbaren Beitrag in der Wertschöpfungskette eines Unternehmens.

Eine nationale Initiative zur Bildung einer Gesundheitsförderungs-Allianz sollte sich dieses komplexen Gefüges von Einflussfaktoren vergewärtigen. Auch ein Blick auf die vielschichtige Akteurslandschaft in Deutschland macht deutlich, dass das Profil und die Verankerung einer solchen Allianz sehr sorgfältig vorbereitet werden müsste, um nicht als ein wirkungsloser Zusammenschluss von im Wesentlichen außerbetrieblichen Akteuren bewertet und dementsprechend behandelt zu werden.

Lehrreich sind in diesem Zusammenhang auch die Erfahrungen, die im Arbeitsschutz mit der Entwicklung von neuen Versorgungsstrukturen für den kleinbetrieblichen Sektor gemacht worden sind. Ein zentrales Ergebnis einer Reihe von Einzelprojekten besteht darin, dass Gesundheitsschutz-Themen nicht über die traditionellen Akteure des gesetzlichen Arbeits- und Gesundheitsschutzes in die Kleinbetriebe vermittelt werden können,

sondern nur in Verbindung mit solchen Institutionen, die auf Grund traditioneller ökonomischer und sozialer Funktionen zum Milieu eines Kleinbetriebes gehören (wie etwa die Innungen, Kreishandwerkerschaften, Handwerkskammern, aber auch Banken im Handwerksbereich).

Die durch verschiedene Gesetzesänderungen in den letzten Jahren etablierten formalen Rahmenbedingungen haben sowohl die Pflichten, die Beteiligungsmöglichkeiten wie auch die prinzipiellen Bereiche für zusätzliches und freiwilliges Engagement aller Akteure – betrieblich wie ausserbetrieblich - in Fragen der Gesundheit am Arbeitsplatz neu geordnet. Das Arbeitsschutzgesetz regelt die primären Zuständigkeiten des Arbeitgebers sowie die Pflichten und Beteiligungsrechte der Beschäftigten. Dieser gesetzliche Rahmen wird von allen Akteuren übereinstimmend als eine ausreichende Plattform für ein modernes Arbeitsschutzhandeln bewertet, die zudem für die Prinzipien der BGF anschlussfähig ist.

Die Institutionen des staatlichen Arbeitsschutzes haben die betriebliche Gesundheitsförderung als prioritäres Handlungsfeld neu definiert und verbinden dies gleichzeitig mit einem gewandelten Selbstverständnis, dass ausdrücklich auch die Dienstleisterfunktion einschließt.

Die zuständigen Sozialversicherungsträger (Kranken- und Unfallversicherung) haben begonnen, gemeinsame Infrastrukturen für Kooperationen aufzubauen und treffen sich dabei an der Schnittstelle der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren.

Die Krankenversicherungen sind verpflichtet, in der Umsetzung des §20 SGB V zusammenzuarbeiten, in einem ersten Schritt haben die Spitzenverbände der GKV sich auf einen gemeinsamen Handlungsleitfaden zur Primärprävention und betrieblichen Gesundheitsförderung verständigt.

Auf der Ebene der zentralen ausserbetrieblichen Akteure sind somit in den neuen gesetzlichen Rahmenvorgaben neue Kooperationsstrukturen aufgebaut wurden, die sich in Zukunft bewähren und fortentwickelt werden müssen.

Als akteursübergreifende Plattform wurde vor kurzem beim BMA ein Arbeitskreis zur BGF eingerichtet, dem alle zentralen Akteure angehören.

Daneben existiert seit 1995 mit dem Europäischen Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung eine informelle Plattform für den Erfahrungsaustausch in Deutschland, die zudem insbesondere die Vernetzung von öffentlicher Gesundheit und Arbeits- und Gesundheitsschutz fördert.

Um eine weitere Verbreitung und Umsetzung betrieblicher Gesundheitsförderung voranzubringen, sollte sich das Handeln der Akteure (insbesondere der ausserbetrieblichen) an folgenden Prioritäten ausrichten:

- Aufbau einer arbeitsweltbezogenen Gesundheitsberichterstattung;

diese Aufgabe ist außerdem mit dem Arbeitsprogramm der Europäischen Kommission unter der neuen Gesundheitsstrategie zu koordinieren.

- Identifizierung von Anreizstrategien für die Umsetzung betrieblicher Gesundheitsförderung.
- Förderung guter Praxis durch Unternehmensnetzwerke, Foren u.ä.
- Entwicklung von BGF-Konzepten im Kontext neuer Arbeits- und Organisationsformen.

4. Rolle und Mitwirkung der nationalen Kontaktstelle des Europäischen Netzwerkes für betriebliche Gesundheitsförderung und WHO-Collaborating Centres für betriebliche Gesundheitsförderung im Rahmen des landesweiten Aktionsprogramms für die Gesundheitsförderung

Die existierenden Plattformen formeller und informeller Art wurden bereits dargestellt. Als nationale Kontaktstelle im Europäischen Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung könnte der BKK Bundesverband die jährlich stattfindende allgemeine Informationsveranstaltung zur BGF für die Diskussion über die Ausrichtung eines koordinierten Vorgehens von Akteuren im Handlungsfeld der BGF öffnen.

Darüber hinaus stellt das Europäische Informationszentrum beim BKK Bundesverband auch Informationen aus anderen internationalen Bezügen zur Verfügung, die sich insbesondere mit Blick auf die genannten Prioritäten auf nationaler Ebene nutzen lassen.

Wir schlagen außerdem vor, eine nationale Konferenz zur BGF durchzuführen, entweder als Bestandteil der durch das BMG in Aussicht gestellten Präventions-Konferenz oder als eigenständige Veranstaltung unter Beteiligung von Institutionen aus Österreich und der Schweiz. Der BKK Bundesverband würde sich im Rahmen der Planung und Durchführung einer solchen Veranstaltung aktiv beteiligen.

*Dr. Gregor Breucker
Leiter des Europäischen Informationszentrums
beim BKK Bundesverband
Nationale Kontaktstelle des Europäischen Netzwerkes
für BGF / WHO-Collaborating Centre für BGF*

*Michael Bellwinkel
Leiter der Referate Gesundheitsförderung und Selbsthilfe sowie IPAG
beim BKK Bundesverband*

*BKK Bundesverband, Kronprinzenstr. 6, 45128 Essen
Tel. 0201 - 1791209, Fax 0201 - 1791032, EMail: eiz@bkk-bv.de*

1. Ausgangssituation

Obwohl körperliche Fitness in unserer Gesellschaft einen hohen Stellenwert zu haben scheint, ist gleichzeitig eine zunehmende Bewegungspassivität zu beobachten. Im Rahmen der zunehmenden Technisierung nehmen Bewegungsanforderungen im Beruf und im Alltag ab. Die Folgen dieser Erscheinung lassen sich unter dem Schlagwort Bewegungsmangel zusammenfassen. Dies betrifft in besonderer Weise Erwachsene und Ältere an Büroarbeitsplätzen und in anderen Berufssparten, aber auch Kinder und Jugendliche. Viele der in Industrieländern besonders verbreiteten chronischen Krankheiten und gesundheitlichen Probleme werden mit modernen Lebensgewohnheiten in Verbindung gebracht. Insbesondere sind hier ein zu niedriges Ausmaß an körperlicher Aktivität, sowie eine zu geringe Ausprägung der körperlichen Fitness zu nennen (vgl. Bös 1996).

Erstrebenswert wäre es, sowohl die körperlich-sportliche Aktivität als auch den Fitnesszustand dieser Menschen zu erhöhen. Gesundheitsorientierte Fitness wird in der aktuellen Forschung meist über die Konstrukte Ausdauer, Kraft, Beweglichkeit und Koordination sowie über die Körperzusammensetzung und psychosoziale Faktoren beschrieben (vgl. Boeck-Behrens & Buskies 1996, Bös 1996, Bouchard 1994, Knoll 1997, Woll 1996, Maud & Foster 1995). Insbesondere die körperliche Leistungsfähigkeit ist dabei ein wesentlicher Bestandteil der Gesamtfitness. Mit einer Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit (physical fitness) geht häufig auch eine Steigerung des psychischen Wohlbefindens (well being) einher (vgl. Bös 1996).

Gezielte Interventionen in dieser Richtung werden unter Zuhilfenahme von Bewegungsprogrammen heute schon oft praktiziert. Die Zahl der Veröffentlichungen und Projekte im Bereich der Gesundheitsförderung ist nahezu unüberschaubar (vgl. Knoll 1997). Hinsichtlich dieser Vielfalt von Bewegungsprogrammen ist, im Rahmen einer Qualitätssicherung dieser Maßnahmen, eine Akzeptanz- und Nutzenprüfung unerlässlich. Eine Optimierung von Programmen im Bereich Sport und Gesundheit ist jedoch nur durch entsprechende Evaluationsschritte zu gewährleisten. So sollte im Rahmen einer Prozessevaluation die Bewertung eingesetzter Maßnahmen sowie im Rahmen einer Endpunktevaluation die Messung von Veränderungen in Zielvariablen zu verschiedenen Zeitpunkten stattfinden (vgl. Woll 1994).

2. Begriffsdefinitionen

In den letzten Jahrzehnten ist eine rapide Zunahme an Informationen über den Zusammenhang von körperlicher Aktivität und Gesundheit zu verzeichnen. Knoll (1997) stellt bei einer Metaanalyse zum Thema „Sport-

treiben und Gesundheit“ fest, dass sich seit 1980 mehr als siebentausend wissenschaftliche Beiträge mit diesem Thema beschäftigten. Die überwiegende Zahl der epidemiologischen Studien zu dieser Problematik basieren auf einer Beurteilung des Zusammenhangs von körperlicher Aktivität und Fitness zu tödlichen oder nicht tödlichen Krankheitsverläufen beziehungsweise in neuerer Zeit zu funktionellen Beeinträchtigungen (Blair 1996). Weitere ausführliche Übersichten zu Untersuchungen zum Thema körperliche Aktivität, Fitness und Gesundheit sind bei Bouchard, Shephard, Stephens, Sutton & McPherson (1988), Bouchard, Shephard & Stephens (1994), Paffenbarger (1996) und Bouchard (1996) zu finden.

2.1 Gesundheit

Gesundheit weist vielfältige Bezüge zu sportlicher Betätigung und deren Beurteilung auf. Eindeutige Wertungen der gesundheitlichen Wirkung von Sport fallen jedoch schwer, weil verschiedene Definitionsansätze des Gesundheitsbegriffes vielfältige – auch widersprüchliche – Bezüge zulassen. Folgende Definitionsansätze können nach Röthig (1992) unterschieden werden:

- Gesundheit als Gegensatz zur Krankheit (der „klassische“ Gesundheitsbegriff),
- Gesundheit als Ideal vom Zustand vollkommenen physischen, psychischen und sozialen Wohlbefindens (Definition der Weltgesundheitsorganisation) (vgl. WHO 1985),
- Gesundheit als psycho-physische Leistung in der Lebenswirklichkeit (vgl. Cotta 1988),
- Gesundheit als skalierbare Größe der Funktionstüchtigkeit von Organsystemen,
- Gesundheit und Krankheit als gesellschaftlich bestimmte Norm oder
- Gesundheit als „Normalzustand“, wie er aufgrund statistischer Verfahren zu ermitteln ist.

Die beschriebenen Ansätze verdeutlichen die Schwerpunkte der weiterhin aktuellen Diskussion um die Definition des Begriffs Gesundheit. Zwar kann nach Steinbach (1987) der utopische Charakter des Ziels „Wohlbefinden für alle“ entsprechende Bemühungen lähmen, doch scheint in der Sportwissenschaft der umfassende Gesundheitsbegriff, der als ganzheitliches Konzept sowohl physische als auch soziale Elemente enthält, unverzichtbar. So können Begründungen für eine Vielfalt von Bewegungsaktivitäten gefunden werden, ohne die verbesserte Funktionstüchtigkeit von Organsystemen zum alleinigen Kriterium der Gesundheitsrelevanz machen zu müssen. In empirischen Untersuchungen wird häufig ein engerer an Krankheitsbildern, bzw. im positiven Sinne an der Leistungsfähigkeit orientierter operationaler Gesundheitsbegriff bevorzugt, weil sonst in unabgrenzbarer Weise alle Lebensumstände Elemente des Gesundheitszustandes sein können (vgl. Röthig 1992).

2.2 Körperliche Aktivität

Bouchard (1996) versteht unter körperlicher Aktivität jede durch die Skelettmuskulatur hervorgerufene Bewegung des Körpers, die zu einer Erhöhung des Energieaufwandes führt. Hier interessiert vor allem die körperliche Aktivität in der Freizeit, die einen Einfluss auf den täglichen Energieaufwand hat.

Seit Jahrzehnten existiert in der Literatur auch der Begriff der gewohnheitsmäßigen körperlichen Aktivität. Zwar existieren einige methodologische Probleme, welche die Abschätzung von Aktivitätsmuster über definierte Zeitintervalle hinweg erschweren. Dennoch hat sich der Begriff der gewohnheitsmäßigen körperlichen Aktivität als Oberbegriff der für eine Aktivität aufgewandten Energiemenge als sehr brauchbar erwiesen.

2.3 Fitness

Fitness bezeichnet allgemein die Lebenstauglichkeit des Menschen sowie dessen aktuelle Eignung für beabsichtigte Handlungen. In diesem Sinne umfasst die Fitness eines Menschen alle Persönlichkeitsdimensionen und Handlungsfelder.

Im Sport hat die Dimension körperliche bzw. motorische Fitness (physical fitness, motor fitness, auch physiological fitness) besondere Bedeutung. In Abhängigkeit von verschiedenen Wertbezügen haben sich unterschiedliche Konzeptionen der körperlichen bzw. motorischen Fitness herausgebildet. Diese unterscheiden sich auf der gemeinsamen Grundlage der allgemeinen körperlichen Leistungsfähigkeit bzw. des motorischen Leistungsprofils durch die Art der Gewichtung ihrer Faktoren.

Röthig (1992) nennt folgende Beispiele für mögliche Fitnesskonzepte:

- Prävention gegenüber Krankheiten (Gesundheitsförderung),
- Verlangsamung des Alterungsprozesses,
- Erhaltung und Steigerung der beruflichen Leistungsfähigkeit,
- Wohlbefinden, Erholung,
- Spaß an der Bewegung als Beitrag zur Selbstverwirklichung.

Die angeführten Aspekte sind in konkreten Programmen oft miteinander verbunden, aber auch in mehr oder weniger reiner Form anzutreffen. Problematisch bleibt die Abgrenzung der Begriffe Fitness und Gesundheit. Alle möglichen Relationen, die diese zwei Begriffe miteinander haben können, lassen sich in der Literatur belegen. Umfassender Fitnessbegriff und Gesundheit im Sinne der Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) als „vollständiges körperliches, geistiges und soziales Wohlbefinden“ werden jeweils zu Synonyma.

Unter körperlicher Fitness versteht Bös (1987) die Fähigkeit, Muskelarbeit in befriedigender Weise durchführen zu können. Unter gesundheitsorientierten Gesichtspunkten gehören hierzu in erster Linie die motorischen Fähigkeitsbereiche Ausdauer, Kraft und Beweglichkeit.

Für Martin (1993) ist Fitness ein durch Training, gezielte Ernährung und gesunde Lebensführung bewusst angestrebter psycho-physischer Leistungs-

zustand, der über gesundheitliches Wohlbefinden hinausgeht. Dieser Definition liegt eine bewusst angestrebte Weiterentwicklung der Leistungsfähigkeit zugrunde. Das Motiv für Fitness schließt deshalb auch häufig das Bewusstsein mit ein, dass dieser Zustand nur über die oben beschriebenen Aktivitäten und Einstellungen realisierbar wird.

Fitness ist nicht an Kennwerten wie einer bestimmten Muskelleistungsfähigkeit, Sauerstoffaufnahme-fähigkeit oder Schnelligkeitsfähigkeit festzumachen, sondern wird anhand eines jeweils persönlichen Gütemaßstabes gebildet, der sowohl durch individuelle Motive geprägt, als auch durch soziale Trends, Moden und Anschauungen beeinflusst wird.

Auch Bös (1996) zeichnet ein ähnliches Bild der Fitness und deren Einflussgrößen (vgl. Abb. 1).

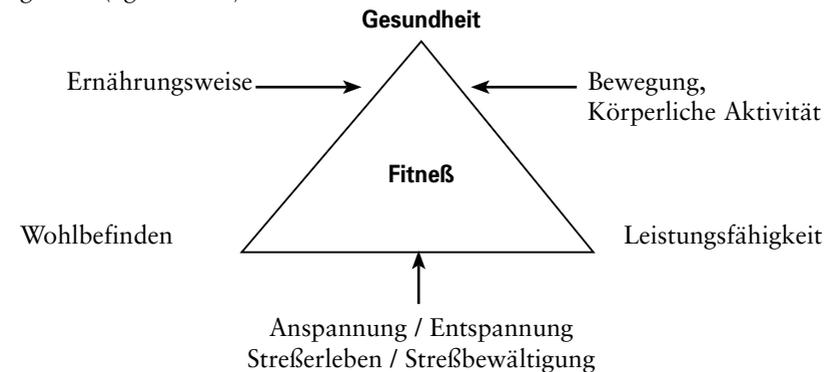


Abb. 1: Fitness und ihre Komponenten bzw. Einflussgrößen (Bös 1996)

Vor dem Hintergrund, dass es keine allgemeine Übereinkunft über die Definition von Fitness und ihrer Komponenten gibt, versucht Bouchard (1996) bei der Eingrenzung des Begriffs der gesundheitsbezogenen Fitness all jene physischen und physiologischen Komponenten einzubeziehen, welche einen direkten Einfluss auf den Gesundheitsstatus haben. Explizit genannt werden als wichtige Faktoren der gesundheitsbezogenen Fitness die Körpermasse im Verhältnis zur Körpergröße, Körperzusammensetzung, subkutane Fettverteilung, abdominales viszerales Fett, Knochendichte, Kraft und Ausdauer der abdominalen und dorsolumbalen Muskulatur, Herz- und Lungenfunktion, Blutdruck, maximale aerobe Kapazität und submaximale Belastungstoleranz, Glucose- und Insulinmetabolismus, Blutdruck-, Lipid- und Lipoproteinprofil und das Verhältnis von Lipid- zu Kohlenhydratoxidation in verschiedenen Situationen. Ein diesbezüglich günstiges Profil ist nach Einschätzung von Morbiditäts- und Mortalitätsstatistiken ein klarer Vorteil für die Gesundheit.

Nach Maud& Foster (1995) zählen zu den allgemein akzeptierten Komponenten gesundheitsbezogener Fitness Ausdauer, Körperzusammensetzung, Beweglichkeit sowie Kraft und Ausdauer der Muskulatur. Boeck-Behrens

& Buskies (1996) erweitern den Begriff der gesundheitsorientierten Fitness um die Faktoren der allgemeinen Koordinationsfähigkeit und psychische sowie physische Entspannungsfähigkeit.

2.4 Zusammenhang zwischen körperlicher Aktivität, Fitness und Gesundheit

Bei der Überprüfung der relevanten Literatur fand Blair (1996) über 100 bedeutende Veröffentlichungen über den Zusammenhang von körperlicher Aktivität oder Fitness und Gesundheit, welche die Bevölkerung als Grundgesamtheit einbezogen.

Die meisten dieser Veröffentlichungen erschienen in den letzten Jahren. Nach Blair (1996) zeigt sich in Studien über körperliche Fitness ein stärkerer inverser Zusammenhang zu Mortalität, als in Studien über körperliche Aktivität. Möglicherweise ist der Unterschied zwischen Fitness- und Aktivitätsstudien auf eine weniger fehlerhafte Klassifikation bei der Fitnessbeurteilung als bei der Aktivitätsbeurteilung zurückzuführen. Fitness wird meist mit objektiven, z.B. mit ergometrischen Methoden, Aktivität dagegen häufig in Studien in denen die Bevölkerung als Grundgesamtheit einbezogen wird, mittels Selbsteinschätzung bestimmt. Durch zahlreiche, gut kontrollierte Studien über Bewegungstraining in den letzten Jahrzehnten, gilt es nach Blair (1996) als gesichert, dass eine Erhöhung der körperlichen Aktivität zu einer Erhöhung der Fitness führt. Dies lässt den Schluss zu, dass Fitness-Studien eine genauere Schätzung der tatsächlichen Lebensgewohnheiten zulassen als die Aktivitäts-Studien es tun.

Bouchard (1996) versucht die hochkomplizierten Zusammenhänge zwischen körperlicher Aktivität, Fitness und Gesundheit anhand einer Abbildung darzustellen, welche die hierarchische Beziehung zwischen den wichtigsten Komponenten dieser Parameter zu berücksichtigen versucht.

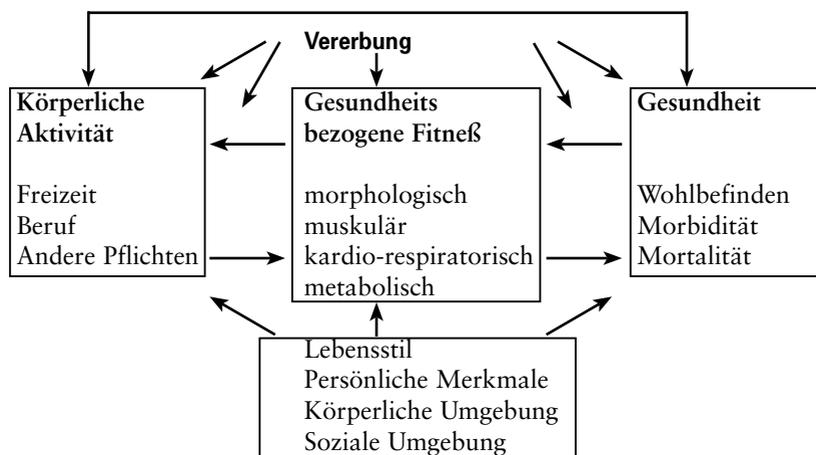


Abb. 2: (in Anlehnung an Bouchard 1996) **Einflussfaktoren auf gesundheitsbezogene Fitness**

Das Modell versucht zu verdeutlichen, dass körperliche Aktivität die Fitness beeinflussen kann, diese jedoch möglicherweise wiederum das Ausmaß der körperlichen Aktivität verändern kann, d.h. mit zunehmender Fitness werden die Leute aktiver. Weiterhin zeigt die Abbildung, dass Fitness in einer reziproken Art und Weise mit Gesundheit verbunden ist. So beeinflusst nicht nur die Fitness die Gesundheit, sondern übt auch der Gesundheitsstatus einen Einfluss auf den Aktivitätsgrad und somit auf die Fitness aus. Bouchard (1996) betont jedoch auch, dass nicht alleine körperliche Aktivität und Fitness die Gesundheit bestimmen, sondern auch andere Lebensstilkomponenten (Umgebungsbedingungen, genetisch bedingt Merkmale) auf die Hauptkomponenten dieser komplexen Grundmodelle wirken (vergl. Abel 1996).

Integrative Gesundheitsmodelle beschäftigen sich mit der Frage, welche Faktoren es in einer Welt voller psychischer und physischer Krankheitserreger ermöglichen, gesund zu bleiben. Das Salutogenese-Modell geht davon aus, dass sich jeder Mensch auf einem Kontinuum zwischen schlechtem Befinden („dis-ease“) und gutem Befinden („health-ease“) ansiedeln kann. Ein wesentlicher Einflussfaktor ist dabei die Fähigkeit des Einzelnen, Spannungszustände, welche durch die verschiedenen Stressoren hervorgerufen werden, durch Widerstandsquellen auszugleichen. Sport und körperliche Aktivität können diese Widerstandsquellen unmittelbar oder mittelbar, über den Kohärenzsinn (wahrgenommener Zusammenhang zwischen Sport und Befindlichkeit), beeinflussen.

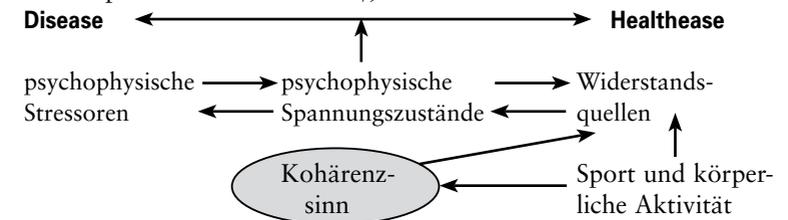


Abbildung 3: **Salutogenese-Modell** (in Anlehnung an Huber 1996)

Bei der Betrachtung von physischen und psychischen Auswirkungen von körperlicher Aktivität zeigt sich, dass die psychischen Gesundheitswirkungen weitgehend unabhängig von der Verbesserung der Fitness waren, dagegen für die Frage der Verbesserung des körperlichen Gesundheitszustandes das Niveau des Fitnesszustandes sehr wohl entscheidend ist (vgl. Abele & Brehm 1990, Woll 1996).

2.5 Risikofaktoren

Risikofaktoren bezeichnen persönliche Merkmale, welche bei bestimmten Erkrankungen häufig auftreten und diesen vorausgehen. Sie lassen sich in vermeidbare, beeinflussbare und unvermeidbare Risikofaktoren einteilen (De Marées & Mester, 1991, S. 154).

Tabelle 1: Einteilung der Risikofaktoren

<u>Vermeidbare Faktoren</u>	<u>beeinflussbare Faktoren</u>	<u>unvermeidbare Faktoren</u>
- Rauchen	- erhöhte Konzentration an Cholesterin im Blutserum	- Vererbung
- Übergewicht	- erhöhte Blutzuckerkonzentration (Diabetes mellitus)	- Geschlecht
- Körperliche Inaktivität	- erhöhter Blutdruck	- Lebensalter
	- Stress	
	- Gicht	

Insbesondere die beeinflussbaren Risikofaktoren lassen sich durch sportliche Aktivität deutlich herabsetzen. So kann z.B. Übergewicht reduziert, erhöhter Blutdruck und auch eine erhöhte Cholesterinkonzentration gesenkt werden. Aus dieser Beeinflussung der Risikofaktoren ergibt sich die zentrale Aufgabe der Sportmedizin und des gesundheitsorientierten Sports. Ziel ist es, die Prävention chronisch degenerativer Erkrankungen voranzutreiben, um dadurch die Morbidität im späteren Erwachsenenalter zu begrenzen.

Um dies zu erreichen ist es notwendig, die Sportangebote, vor allem für Personen mit erhöhtem Erkrankungsrisiko, zu verbessern. Gerade hier sollte auf die Bedeutung eines verbesserten Metabolismus hingewiesen werden, welcher für die Verzögerung von Krankheitsverläufen und die Verringerung von Krankheitskomplikationen verantwortlich gemacht werden kann.

Körperliche Aktivität mit Ausdauercharakter hat nachweislich eine positive Wirkung auf die Gesundheit unabhängig von Lebensalter und bestehenden Vorerkrankungen. Um ein Erkrankungsrisiko zu reduzieren und die Lebenserwartung zu erhöhen, wird aus gesundheitlicher Sicht ein Energieumsatz von mindestens 2000 kcal./Woche durch körperliche Aktivität vorgeschlagen. Dieser ist problemlos mit 2-3 Sporteinheiten (30-40 min Joggen, Walking, Radfahren, Schwimmen, Skilanglauf) und einem aktiven Freizeitverhalten zu erreichen. Der Mehrverbrauch von 2000 kcal./Woche zur Vorbeugung von kardiovaskulären Erkrankungen, konnte auch in der Arbeit von Paffenbarger et al. nachgewiesen werden (Paffenbarger, Hyde, Wing & Steinmetz, 1984).

2.6 Gesundheitssport

Der Begriff des Gesundheitssports ist umstritten. Einige Autoren schlagen die Formulierung „gesundheitsorientierte Sportangebote“ vor. Im täglichen Gebrauch wird jedoch der Begriff Gesundheitssport weiterhin benutzt.

Unter Gesundheitssport versteht man Sport zur Förderung von Gesundheit und Leistungsfähigkeit bzw. zu deren Verbesserung bei krankheitsbedingter Minderung (vgl. Löllgen, Dickhut & Dirschedl, 1998).

Gesundheitssport lässt sich, nach Bös/Brehm (1998), als Element in den New Public-Health-Ansatz integrieren: New Public-Health will eine ge-

zielte Stärkung der Gesundheitsressourcen (Salutogenesemodell), verbunden mit einer gezielten Meidung und Minderung von Risikofaktoren (Risikofaktorenmodell), sowie eine möglichst effektive Bewältigung von Beschwerden und Missbefinden (Bewältigungsmodell) erreichen.

3. Sportorganisationen und Public Health – am Beispiel des Deutschen Turner-Bundes

3.1 Der Verein als Anbieter von Gesundheitssport

Turn- und Sportvereine stellen mit 25 Mio. Mitgliedern in 80.000 Vereinen (bei steigenden Zahlen) die größte „Gesundheitsbewegung“ in Deutschland dar. Die Vereine sind bürgernah und gemeindebezogen. In ihnen wird nicht nur ein einseitig funktionsorientiertes Training „durchgezogen“, sondern das Gesundheitssportprogramm findet im Kontext einer sozialen Integration statt. Insofern sind Vereine ein lebensbegleitendes, flächendeckendes, auf freiwilliger Mitgliedschaft beruhendes und zur Steigerung der Lebensfreude initiiertes Präventionspotential.

Vereine sind in besonderer Weise geeignet, um dem Qualitätsanspruch einer ganzheitlichen Gesundheitsförderung durch Sport gerecht zu werden. Turn- und Sportvereine schaffen in einer Gesellschaft, die mitten in einem krisenhaften Individualisierungsschub steht, Inseln auf denen Solidarität und Gemeinsinn nicht nur gelebt, sondern auch erzeugt wird. Dies gilt es für Maßnahmen zur gezielten Gesundheitsförderung zu nutzen.

3.2 Das Gesundheitssportprogramm des Deutschen Turner-Bundes (DTB)

Der DTB ist als Dachorganisation von 4,6 Mio. Mitgliedern, die sich in ca. 20.000 Vereinen sportlich betätigen, der größte Anbieter von Freizeit- und Gesundheitssport in der BRD. Zielsetzung des DTB als Verband für Gesundheitssport ist es, Vereine zu motivieren und zu unterstützen, qualifizierte, gesundheitsfördernde Angebote in ihr Programm aufzunehmen und weiterzuentwickeln.

Mit seinem Gesundheitssportprogramm hat der DTB – einmalig für die Sportverbandslandschaft – eine umfassende und differenzierte Konzeption vorgelegt und umgesetzt, die in den Bereichen Aus- und Fortbildung, Beratung und Service, Qualitätssicherung und Öffentlichkeitsarbeit den Gesundheitssport im Verein etabliert und weiterentwickelt.

3.3 Aufbau eines Qualitätsmanagementsystems

Zur Sicherung der Qualität der Angebote ist ein umfassendes, aber auch umsetzbares Qualitätsmanagementsystem von Nöten. Dieses sollte das gesamte Aus- und Fortbildungssystem der Übungsleiter/innen umfassen, die Durchführung der einzelnen Angebote vor Ort und deren Wirksamkeit einbinden, die Beratung der Übungsleiter/innen sicherstellen und die Weiterentwicklung der inhaltlichen Konzeptionen vorantreiben.

Vor dem Hintergrund der Wiederaufnahme der Gesundheitsförderung in den § 20 SGB V kommt der Evaluation und Dokumentation der Maßnahmen zur Gesundheitsförderung eine wesentliche Rolle zu. Die Sportorganisationen brauchen in diesem Aufgabenfeld die Hilfe und Unterstützung der Sportwissenschaften und Public Health.

Der DTB hat ein eigenes umfassendes und differenziertes Qualitätsmanagement-System entwickelt. Den Qualitätszirkeln kommt als Baustein innerhalb des Qualitätsmanagements im Gesundheitsport eine besondere Bedeutung zu. Sie sind ein Teil der notwendigen Vernetzung zwischen allen Akteuren der Gesundheitsförderung und Prävention.

Literatur

- Abel, T. (1995): Sport, Gesundheit, Lebensstile: Eine Betrachtung komplexer Zusammenhänge aus medizinsoziologischer Perspektive. In: Schlicht, W., Schwenkmezger, P., Gesundheitsverhalten und Bewegung. Schorndorf: Hofmann.
- Abele, A. & Brehm, W. (1990). Sportliche Aktivität als gesundheitsbezogenes Handeln. In: Schwarzer, R. (Hrsg.), Gesundheitspsychologie. Göttingen: Hogrefe.
- Blair, S.N. (1996). Körperliche Aktivität, Körperliche Fitness und Gesundheit. In: The Club of Cologne (Hrsg.), Gesundheitsförderung und körperliche Aktivität. Cologne: Club of Cologne.
- Boeckh-Behrens, W.-U. & Buskies, W. (1996). Gesundheitsorientiertes Fitnessstraining, Band 1. Lüneburg: Wehdemeier & Pusch.
- Bös, K. (1987). Handbuch sportmotorischer Tests. Göttingen: Hogrefe.
- Bös, K. (1996). Fitness testen und trainieren: Tests und Programme für Sportler und Nichtsportler. Oberhachingen: Sportinform Verlag.
- Bös, K. & Brehm, W. (1998). Gesundheitssport - Ein Handbuch. Schorndorf: Hofmann.
- Bouchard, C. (1996). Körperliche Aktivität, Fitness und Gesundheit. In: The Club of Cologne (Hrsg.), Gesundheitsförderung und körperliche Aktivität. Cologne: Club of Cologne.
- Bouchard, C., Shephard, R.J. & Stephens, T. (Hrsg.) (1994). Physical activity, Fitness and Health: international proceedings and consensus statement. Champaign: Human Kinetics.
- Bouchard, C., Shephard, R.J., Stephens, T., Sutton, J.R. & McPherson, B.D. (Hrsg.) (1988). Exercise, Fitness and Health: a consensus of current knowledge. Champaign: Human Kinetics.
- Cotta, H. (1988). Sport treiben! Gesund bleiben! München: Piper.
- De Marées, H. & Mester J. (1991): Sportphysiologie III. Frankfurt: Diesterweg Verlag.
- Knoll, M. (1997): Sporttreiben und Gesundheit. Eine kritische Analyse vorliegender Befunde. Schorndorf: Karl Hofmann Verlag.
- Löllgen, H., Dickhut, H.-H. & Dirschedl, P. (1988). Vorbeugung durch körperliche Bewegung. In: Deutsches Ärzteblatt, 95 (24), A-1531-A-

1538.

- Martin, D. (1993). Handbuch Trainingslehre. Schorndorf: Hofmann.
- Maud, P.J. & Foster, C. (1995). Physiological Assessment of Human Fitness. Champaign, IL: Human Kinetics.
- Paffenbarger, R., Hyde, R.T., Wing, A.L. & Steinmetz, C.H. (1984): A natural history on athleticism and cardiovascular health. JAMA 252: 491-495. In: Bouchard, C., Shepard, R.J. & Stephens, Th. (1988). Exercise, Fitness and Health: a consensus of current knowledge. Champaign: Human Kinetics.
- Paffenbarger, R.S. (1996). Beeinflussung der Lebenserwartung durch Änderung der körperlichen Aktivität und anderer Lebensstilfaktoren. In: The Club of Cologne (Hrsg.), Gesundheitsförderung und körperliche Aktivität. Cologne: Club of Cologne.
- Röthig, P. (Hrsg.) (1992). Sportwissenschaftliches Lexikon. Schorndorf: Hofmann.
- Schäfer, H. (1978). Theorie der Risiken. In: Schäfer, H., v. & Blohmke, M. (Hrsg.). Handbuch der Sozialmedizin. Bd. 3. Stuttgart: Thieme.
- Steinbach, M. (1987). Gesundheit. In: Eberspächer, H. (Hrsg.), Handlexikon Sportwissenschaft. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Woll, A. (1996). Gesundheitsförderung in der Gemeinde. Neu-Isenburg: LinguaMed.
- World Health Organization (WHO) (1985). Targets for health for all. Targets in support of the European regional strategy for health for all. Kopenhagen: (Eigendruck).

Jörn Rühl
Deutscher Turner-Bund
Referent Gesundheitssport
Otto-Fleck-Schneise 8, 60528 Frankfurt / M.
Tel. 069 - 67801137, Fax 069 - 67801179
E-Mail: joern.ruell@dtb-online.de

Gesundheitliche Selbsthilfe und Gesundheitsförderung

Ich möchte das Thema aus den Erfahrungen unseres Verbandes in Nordrhein-Westfalen behandeln. Nordrhein-Westfalen ist mit rd. 18 Mio. Einwohner/innen das größte Bundesland und in gewisser Weise repräsentativ für die Bundesrepublik Deutschland. Von der Einwohnerzahl und der Wirtschaftskraft dieses Landes her könnte Nordrhein-Westfalen ein Mitglied der Europäischen Gemeinschaft sein. Zugleich weist diese hochindustrialisierte Region eine Reihe von Problemen auf, die für Fragen der Gesundheitsförderung von besonderer Bedeutung sind.

Dem PARITÄTISCHEN in Nordrhein-Westfalen gehört der überwiegende Teil der hier tätigen Selbsthilfegruppen vor Ort und der Selbsthilfeorganisationen auf Landesebene an. Zudem ist der PARITÄTISCHE Träger von 13 Selbsthilfe-Kontaktstellen. Der PARITÄTISCHE ist somit der bedeutendste verbandliche Zusammenschluss in der gesundheitlichen Selbsthilfe unseres Bundeslandes.

Auf diesem Erfahrungshintergrund möchte ich zunächst einen wichtigen Beitrag der gesundheitlichen Selbsthilfe zur Gesundheitsförderung verdeutlichen: das ist das Engagement der vielen betroffenen Menschen und ihrer Angehörigen in den Gruppen und Organisationen. Die gesundheitliche Selbsthilfe ist eine große Bürger/innen-Bewegung, in der Themen der Gesundheitsförderung in vielfacher Weise eine Rolle spielen.

Diese Themen werden in der gesundheitlichen Selbsthilfe – und dies ist ein weiterer wichtiger Beitrag als Akteur in der Gesundheitsförderung – aus einer besonderen Kompetenz heraus behandelt. Es ist ein aus Erfahrung und eigener Betroffenheit generiertes Wissen, ein Erfahrungswissen, das dann angereichert wird mit zahlreichen Informationen und Wissenshintergründen aus dem professionellen Bereich.

Schließlich bietet die gesundheitliche Selbsthilfe die gegenseitige Unterstützung der Betroffenen, zunächst in ganz einfacher Form, nämlich als Gruppentreffen und Gruppengespräch. Ich möchte diesen Punkt nochmals ausdrücklich betonen: Es ist etwas ganz einfaches, das dort in der Selbsthilfe passiert, und weil es so einfach ist, wird es oft nicht hinreichend gewürdigt – ein Großteil der Wirkung der Gruppen und der Organisationen für betroffene Menschen und ihre Angehörigen entstammt dieser sozialen Gemeinschaftsbildung und dem, was für den einzelnen damit verbunden ist. Das sind nicht selten elementare menschliche Erfahrungen des Beistands in schwierigen Lebenssituationen, der persönlichen Unterstützung,

des Mutmachens. Darüber hinaus bieten viele Selbsthilfegruppen und viele Selbsthilfeorganisationen das, was ich „kleine Versorgungsformen“ nennen möchte: Leistungen für Dritte, die nicht unmittelbar der Gruppe oder Organisation angehören, z.B. Informationsabende, Schulungen, zeitlich begrenzte Angebote wie z.B. eine Angehörigengruppe. Die Professionellen im Gesundheitswesen sollten auch den Stellenwert der Gruppen- und Organisations-Zeitungen und -Infos nicht unterschätzen. Es gibt eine Reihe von persönlichen Beispielen, in denen ein Hinweis z.B. aus der Zeitschrift der Tinnitus-Liga einer langjährig betroffenen Frau von elementarem Nutzen war.

Was braucht die gesundheitliche Selbsthilfe, um in der Gesundheitsförderung auch zukünftig ein engagierter und stärkerer Akteur werden zu können?

Zunächst braucht die Selbsthilfe eine weitere Verstärkung der Selbsthilfeunterstützenden Infrastruktur. Das sind Entwicklungsmöglichkeiten für die Selbsthilfeorganisationen auf Landesebene und der weitere Ausbau eines Netzes von Selbsthilfe-Kontaktstellen. Mit den neuen Möglichkeiten des § 20 Abs. 4 SGB V können wir darauf hoffen, dass sich hier in den nächsten Jahren etwas tut - allerdings verlassen können wir uns darauf nicht. Derzeit gehen die gesetzlichen Krankenkassen nur zögerlich an die Umsetzung dieser Förderung und es gibt auch bereits die ersten Stimmen, die wieder für eine Änderung des § 20 Abs. 4 SGB V plädieren.

Der PARITÄTISCHE Wohlfahrtsverband ist einer der für die Vertretung der Interessen der Selbsthilfe maßgeblichen Verbände im Sinne des § 20 Abs. 4 SGB V. Wir brauchen aber auch die Unterstützung anderer Akteure, um den Stellenwert der Selbsthilfe im Gesundheitssystem immer wieder deutlich zu machen. Wir können uns nicht auf das Markenzeichen „Selbsthilfe“ einfach verlassen. Es bedarf viel Überzeugungsarbeit, wenn es darum geht, die Förderung nach § 20 Abs. 4 SGB V auch zu einem Anliegen der gesetzlichen Krankenkassen und der anderen Leistungserbringer im Gesundheitswesen werden zu lassen.

Daneben gilt es, angesichts einer Entwicklung im Gesundheitswesen zu integrierten Versorgungsformen auch die „kleinen Versorgungsformen“ anzuerkennen und ihnen einen Stellenwert im System der gesundheitlichen Versorgung zu geben. Es ist schon paradox: alles, was in diesem System weniger Geld kostet, scheint auch einen geringeren Stellenwert zu haben. Für Betroffene erhöhen die kleinen Versorgungsformen deren Wahlmöglichkeiten z.B. bei einer chronischen Erkrankung oder bei seltenen Krankheiten. Hier gilt es, auch im Leistungsrecht der gesetzlichen

Krankenversicherung und der Pflegeversicherung sowie eines zu novelierenden Rehabilitationsrechtes die kleinen Versorgungsformen „salonfähiger“ zu machen.

Schließlich kann ein hier vorgeschlagener Zukunftsfonds Gesundheitsförderung einen wichtigen Beitrag leisten für innovative Entwicklungen in diesem Bereich in unserem Land. Mit unseren organisatorischen Möglichkeiten wollen wir diese Idee unterstützen. Dazu sind wir mit verschiedenen Kolleginnen und Kollegen im Gespräch.

Klaus Bremen
 PARITÄTISCHER Wohlfahrtsverband NRW
 Loher Str. 7, 42283 Wuppertal
 Tel. 0202 - 2822356, Fax 0202 - 85614
 EMail: klaus.bremen@paritaet-nrw.org

Umwelt-Initiativen und Gesundheitsförderung

Umwelt und Gesundheit in Europa

Seit der ersten Konferenz der Europäischen Umwelt- und Gesundheitsminister 1989 kam im Bereich Umwelt und Gesundheit viel in Bewegung. In Frankfurt wurde die „Europäische Charta Umwelt und Gesundheit“ verabschiedet¹. Sie ist verfaßt „in der Erkenntnis, daß die menschliche Gesundheit von einer Vielzahl entscheidender Umweltfaktoren abhängt“.

„Jeder Mensch hat Anspruch auf eine Umwelt, die ein höchstmögliches Maß an Gesundheit und Wohlbefinden ermöglicht.“

„Für Gesundheit und Wohlergehen ist eine saubere, harmonische Umwelt erforderlich, in der alle physischen, psychologischen, sozialen und ästhetischen Faktoren den richtigen Stellenwert erhalten. Die Umwelt soll als Grundlage für bessere Lebensbedingungen und gesteigertes Wohlbefinden angesehen werden.“

Beschlossen wurden wegweisende Grundsätze zu einer besseren Umwelt- und Gesundheitspolitik sowie Strategien und Vorschläge für zukünftige Maßnahmen. Es heißt darin z.B.: „Die Gesundheit des einzelnen und die von Bevölkerungsgruppen sollte eindeutig Vorrang vor wirtschaftlichen Überlegungen haben“.

Diese weitblickenden Aussagen blieben weitgehend ohne die notwendigen Konsequenzen.

Die 2. Europäische Konferenz Umwelt und Gesundheit Helsinki 1994 stellte die Weichen für Nationale Aktionspläne Umwelt und Gesundheit in allen europäischen Ländern, während auf der 3. Europäischen Konferenz Umwelt und Gesundheit London 1999 Lokale Aktionspläne Umwelt und Gesundheit (LEHAPS) und die Beteiligung der NROs (Partizipation) Thema der Resolution zu Umwelt und Gesundheit waren.

„Wir empfehlen, in unseren Ländern lokale Pläne zur Verbesserung von Gesundheit und Umwelt zu erstellen und umzusetzen, und zwar entweder als Teile anderer relevanter Pläne, die der Lokalen Agenda 21 oder der Gesunde-Städte-Aktionspläne, oder getrennt. Diese Pläne sollen vorzugsweise von bereits bestehenden Gremien erarbeitet und darauf ausgerichtet sein, deutliche ortsspezifische Verbesserungen von Umwelt und Gesundheit zu erreichen.“

Wir werden in unseren jeweiligen Ländern Mechanismen ermitteln, die eine Einbeziehung von Organisationen des öffentlichen Sektors, von Bürgerinitiativen und NGOs vorsehen, sich jedoch nicht auf diese beschränken – um gut geführte bürgernaher Umwelt- und Gesundheitsprojekte zu

fördern, Daten und Monitoringsysteme zu entwickeln und ein Ausbildungs- und Informationsaustausch-Programm über alternative intersektorale Ansätze für die Umsetzung auf lokaler Ebene zu konzipieren. Diese Mechanismen sollten im Kontext der Gesundheit 21 und der Agenda 21 auch Gesundheitsanliegen fördern.“²

In der 4. Konferenz in vier Jahren soll Kindergesundheit Schwerpunkt werden.

Bundesumweltministerium und Bundesgesundheitsministerium legten in London 1999 ein Aktionsprogramm „Umwelt und Gesundheit“ vor, das jetzt umgesetzt wird. Es ist die erste offizielle umfassende Ausarbeitung für eine Auseinandersetzung mit gesundheitlichen Folgen von Umwelteinwirkungen und gibt damit politische Positionsbestimmungen in Form von medien- und stoffbezogenen Qualitätszielen vor. Das Programm hebt hervor, daß die wesentlichen Umweltveränderungen, die die menschliche Gesundheit belasten, unmittelbar aus dem „immensen Energiekonsum, aus dem Anspruch auf unbeschränkte Mobilität und aus der heutigen Form der Lebensmittelproduktion“ resultieren. In dem Programm wird eindringlich eine Verbesserung der umweltbezogenen Gesundheitsbeobachtung und -berichterstattung sowie des Informationsmanagements gefordert. Ergänzende und vertiefende Diskussionen sind vonnöten.³

Dazu gibt es einen Beratungskreis unter Beteiligung der NROs, der gemeinsam mit weiteren medizinischen Fachleuten und vier Bundesoberbehörden⁴ die Umsetzung begleitet.

Das deutsche Programm beschreibt leider keine vergleichbar konkreten Gesundheitsziele wie das Schweizer Aktionsprogramm: „Ziel Mobilität und Wohlbefinden:

- Vision: Mobilität wird so ausgeübt, daß sie unser Wohlbefinden fördert und die Umwelt schont:
- bis zum Jahr 2002 sollen die Menschen wissen, daß Verkehr und Gesundheit zusammenhängt.
- Oberziel: Bis 2007 werden die heutigen negativen Auswirkungen der motorisierten Mobilität durch eine signifikante Reduktion der gesundheits- und umweltschädlichen Emissionen und durch eine Erhöhung des Anteils des nichtmotorisierten Mobilität vermindert.
- Teilziele: Bis 2002 kennen 80 Prozent der Bevölkerung die Zusammenhänge von motorisiertem Verkehr, Immissionen und Beeinträchtigung der menschlichen Gesundheit.
- Die Emissionen des motorisierten Verkehrs werden so weit reduziert, daß die Immissionsgrenzwerte der Luftreinhalteverordnung eingehalten werden.
- Bis 2007 hat sich der Anteil der mit dem Fahrrad zurückgelegten Anzahl der Wege im Pendelverkehr (1995: 7 %), im Einkaufsverkehr (1995: 5 %) und im Freizeitverkehr (1995: 7 %) verdoppelt.“⁵

Vergleichbare Ziele für Nachhaltigkeit und Gesundheit sollten für Deutschland erarbeitet werden, der Nachhaltigkeitsrat der Bundesregierung wäre dazu ein Ansatz. Gesundheitspolitik muß ihre Ziele am Nachhaltigkeitsprinzip orientieren. Eine neue Bezeichnung für die schwerverständlichen Begriffe Nachhaltigkeit und Zukunftsfähigkeit greife ich aus Diskussionen auf: **Enkeltauglichkeit**.⁶

NRO und Partizipation bei Gesundheit und Nachhaltigkeit

Unter der Überschrift „Die Bedeutung der Umweltverbände für die Operationalisierung des Leitbilds einer dauerhaft umweltgerechten Entwicklung“⁷ beschreibt der Sachverständigenrat für Umweltfragen (SRU) die Rolle der Nichtregierungsorganisationen (NRO) im Nachhaltigkeitsprozeß.

„Aufgrund ihrer Öffentlichkeitsorientierung vermögen die Umweltverbände eine bedeutende Rolle bei der Ausbildung eines Ethos integrierter Verantwortung zu übernehmen.“

„Es genügt zweifelsohne nicht mehr, Aufklärungsarbeit über ökologische Zusammenhänge und Gefahren zu leisten. Vielmehr geht es verstärkt darum, den Erwerb sozialer und kommunikativer Kompetenz zu fördern.“

Den Umweltverbänden wird die Rolle zugewiesen, ein Umdenken hin zur Nachhaltigkeit einzuleiten. Der SRU fordert von den NROs, Umweltinteressen nicht isoliert zu verfechten. Dazu eignet sich besonders gut das Gesundheitsthema.

Bündnis Umwelt und Gesundheit

Die Verzahnung der NROs ist inzwischen in der Umwelt- und Gesundheitspolitik fortgeschritten. Es gibt eine neue Verbindung von Umwelt- und Gesundheitsverbänden, die als „**Bündnis Umwelt und Gesundheit**“ im Kontext mit dem Aktionsplan Umwelt und Gesundheit für Europa entstanden ist. Es bezeichnet sich als Zukunftsnetzwerk. In ihm sind ökologische und medizinische Akteure aus NROs zusammengelassen:

BUND für Umwelt und Naturschutz Deutschland, Ökologischer Ärztebund, GesundheitsAkademie, Interdisziplinäre Gesellschaft für Umweltmedizin (IGUMED), Deutscher Berufsverband der Umweltmediziner, Europäischer Verbraucherverband für Naturmedizin, Deutsche Akademie für Kinderheilkunde und Jugendmedizin, Deutsche Gesellschaft für Umwelt und Humantoxikologie (DGUHT), Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung, IPPNW (Internationale Ärzte gegen den Atomtod), Abekra (Verband für arbeits- und berufsbedingt Erkrankte), Bündnis Patienteninitiativen; Kontakt besteht zu weiteren Organisationen.

Inhaltlich wird Kindergesundheit von allen als prioritäres Thema bezeichnet. Die Diskussion über Bündnis-Ziele ist nicht abgeschlossen,

die **Ziele und Strategien** geben einen unvollständigen Diskussionsstand wieder:

- Ein gemeinsames Dach für Aktivitäten und Projekte einzelner Partner im Bündnis schaffen, Werbung weiterer Bündnispartner
- Unterstützung der Umsetzung und Weiterentwicklung des „Aktionsprogramms Umwelt und Gesundheit für Deutschland“ von BMU und BMG
- Informations- und Erfahrungsaustausch insbesondere bezüglich der für Gesundheit und Umwelt relevanten Fachfragen
- Einen Paradigmenwechsel in der Gesundheits- und Umweltpolitik (von der Krankheits- zur Gesundheitspolitik, von Sanierung zu Vorbeugung)
- Auf lokaler Ebene gemeinsam mit der Bevölkerung in Settings handeln und neue Kompetenzen für einen gesundheitsförderlichen Lebensstil entwickeln
- Empowerment (Befähigung) der Bevölkerung, Gesundheitskompetenz des/der Einzelnen stärken
- einen gesunden Lebensweg unterstützen (Kindergesundheit)
- Agenda 21 und WHO-Deklarationen zusammenbringen
- den Begriff Gesundheit mit neuem Leben erfüllen (von der Krankheit zur Gesundheit denken), Salutogenese
- Orte für Gesundheit schaffen (Infrastruktur, Gesundheitshäuser)
- Gutachterwesen verbessern und Beweislastumkehr durchsetzen
- Gesundheitsziele und Gesundheitsqualitätsziele
- Verbesserung der Gesundheitsbeobachtung und -berichterstattung

Das vorhandene Material und die bisherigen Aktivitäten sind geeignet, um im gesundheitsbezogenen Umweltschutz weitere Maßnahmen in unterschiedlichen Handlungsfeldern zu beginnen.

Bei der **London-Konferenz zu Umwelt und Gesundheit** wird das Anliegen, die NROs einzubeziehen, mit der Erklärung deutlich, Lokale Aktionspläne Umwelt und Gesundheit (LEHAPS) unter Beteiligung der NROs zu erstellen. NROs werden als Schlüsselakteure für die Vermittlung von Umwelt- und Gesundheitsinformationen bezeichnet.

Eine gut informierte Öffentlichkeit sei besser imstande, sich wirksam an der Entscheidungsfindung zu beteiligen und werde eine Politik, die eine gesündere Umwelt schaffen soll, wahrscheinlich eher unterstützen.

Es sei wünschenswert, daß sich Öffentlichkeit und nichtstaatliche Organisationen an den Entscheidungsprozessen von öffentlichen Instanzen in Umwelt- und Gesundheitsangelegenheiten beteiligen, weil dies tendenziell die Qualität der so erreichten Beschlüsse verbessere und zugleich in der Öffentlichkeit stärkere Unterstützung für das Ergebnis sichere.

Die Regierungen sollten sich bemühen, die Öffentlichkeit und NROs in die Entscheidungsfindung zu Umwelt- und Gesundheitsanliegen einzube-

ziehen. Besonders fördern sollte man dabei die Beteiligung von NROs, die gesellschaftliche Interessen vertreten und Umwelt- und Gesundheitsziele fördern; die sich ihrer Einbeziehung in den Weg stellenden Hindernisse, darunter Ressourcenbegrenzung sollten beseitigt werden.⁸

Handlungsfeld: LEHAP

Im Kapitel 1 ist die Absicht von Gesundheitsministerin und Umweltminister beschrieben, **lokale Gesundheits- und Umweltpläne** (Local Health and Environmental Action Plans LEHAP) zu unterstützen. Das wichtigste zu lösende Problem von Lokalen Prozessen für Maßnahmen sei die Frage, wie sich erreichen läßt, daß sich der öffentliche und der kommunale Sektor, NROs und Privatsektor bei der Arbeit ergänzen. Man solle darauf achten, daß auf lokaler Ebene genügend Ressourcen vorhanden sind, um den Diskurs zu führen.⁹

An dieser Stelle kann die Umweltbewegung mit Erfahrungen aus den lokalen Agenda 21 Prozessen einsetzen und mit Hilfe seiner Orts- und Kreisverbände Anstoß geben für solche lokalen Prozesse. Als erste Schritte in einem Projekt sollte erfragt werden, welche Erfahrungen lokale Umweltgruppen mit dem Thema Gesundheit in ihrer bisherigen Arbeit gemacht haben. Eine Umfrage zu Orten für Kinder in der Stadt wurde erstellt, um nach der WHO-Terminologie „Models of good Practice“ zu erfahren, und daraus einen Handlungsleitfaden zusammenzustellen. Bündnis-Verbände können erfolgreiche Umwelt- und Gesundheitsprojekte nachahmen.

Ein **gutes Umwelt- und Gesundheitsprojekt** beinhaltet eine „*Entwicklung, die den Bedürfnissen der Gegenwart gerecht wird, ohne den künftigen Generationen die Möglichkeit zu nehmen, ihre eigenen Bedürfnisse zu befriedigen*“.¹⁰

Beitrag der Umweltgruppen zu Nachhaltigkeit und Gesundheit

Der BUND beschäftigt sich seit einigen Jahren mit der Frage, wie Umwelt und Gesundheit enger in der Verbandsarbeit verbunden und der Umweltschutz zum gesundheitsbezogenen Umweltschutz ausgeweitet werden kann, auch um eine neue Perspektive für den Schutz der Lebensgrundlagen zu entwerfen. Bislang standen die Belastung der Umwelt im Vordergrund der Arbeit und welche Reparaturmaßnahmen möglich sind, wobei eigentlich die Belastungen der Gesundheit gemeint waren. Über den vorbeugenden Gesundheitsschutz würde ein Weg eröffnet, zur Vorsorge und zur Förderung der Gesundheit zu kommen. Das Verursacherprinzip bekommt über die Salutogenese neue Argumente.

Die Bündnis-Verbände können einen wichtigen Beitrag für den gesundheitsbezogenen Umweltschutz und zur Gesundheitsförderung leisten, da sie durch ihre lokalen Akteure in Städten und Landkreisen flächendeckend verankert sind. Aktivitäten für eine gesunde Umwelt sind dort am

wichtigsten, wo die Menschen leben, lieben, spielen und arbeiten, um die Ottawa-Charta aufzugreifen.

Rechtliches Instrument für Gesundheit

Die Umweltbewegung verfügt im Paragraphen 29 des Bundesnaturschutzgesetz (BNatSchG) über ein rechtliches Instrument, das als aktiver Beitrag zur Gesundheitsförderung lokal genutzt werden kann. Alle anerkannten Umweltverbände werden an Verfahren beteiligt, die mit einem Eingriff in Natur und Landschaft verbunden sind. Eine Beteiligung aus der gesundheitsbezogenen Umweltsicht bringt neue Anregungen in Planungsverfahren ein.

Das Baugesetzbuch (BauGB § 1, (5), 1 u. 3): enthält einen weitergehenden Ansatz, leider wohl nicht rechtsbewehrt. Außerdem § 1 (5) BauGB: „*Wohl der Allgemeinheit*“.

„*Bei der Aufstellung von Bebauungsplänen ist insbesondere zu berücksichtigen: die allgemeinen Anforderungen an gesunde Wohn- und Arbeitsbedingungen sowie die sozialen und kulturellen Bedürfnisse der Bevölkerung, insbesondere die Bedürfnisse der Familien, der jungen und alten Menschen.*“

Diese Argumente können von den lokalen Bündnisgruppen stärker in Stellungnahmen bei Raumordnungsplänen, Raumordnungsgutachten, Landesentwicklungsplänen, der Dorferneuerung, der Stadtentwicklungsplanung, der Bebauungs- und Flächennutzungs-Planung verwendet werden. Lokal und regional kann Gesundheit der Schlüssel zu einer veränderten Diskussion für ein zukunftsfähiges Deutschland werden, wenn sie von vielen Seiten gleichzeitig, jeweils lokal angepaßt vorgebracht und vorgedacht wird.

Neue Möglichkeiten

Eine gesundheitsförderliche Umweltbewegung bietet eine neue Strategie, zumal Nein-Sagen heute meist nicht mehr ausreicht, sondern neue Antworten und Visionen gefragt sind. Sie kann beides verbinden: neuen Lebensmut für die Akteure, eine hoffnungsstiftende Perspektive¹¹ und innovative Lösungsansätze. Nicht Lösungen im Sinne von Patentrezepten, denn die gibt es nicht. Lösungen können meist nur lokal erarbeitet und erfunden werden z.B. in Agenda-21-Prozessen.

Beim gesundheitsbezogenen Umweltschutz hat das Expertentum noch nicht um sich gegriffen, da sich Gesundheitspolitik bisher überwiegend mit Krankheit beschäftigte.

Von den Behörden werden Gesundheit oder Salutogenese bisher selten als Argumente vorgebracht. Wenn das Gesundheitsamt bei Straßenbaumaßnahmen die Bedürfnisse eines weitgehend ungestörten, gesundheitsgemäßen Wohnens in seine Stellungnahmen einbringen würde, wäre dies ein neues, schwerwiegendes Argument. Die Gesundheitsverwaltung (der ÖGD) würde unter Zugzwang gesetzt, ihre Aufgaben zur Orts- und

Wohnhygiene bei der Bauleitplanung u.a. intensiver wahrzunehmen. Bisher fehlt die Einmischung der Gesundheitsverwaltung bei Bebauungsplänen weitestgehend, was auch mit fehlenden personellen Ressourcen zu erklären ist. Solange die Gesundheitsbehörden dies nicht als ihre Aufgabe betrachten, kann die Umweltbewegung diese Lücke ausfüllen, wie dies erfolgreich mit dem Naturschutzgedanken gemacht wurde.

Gesundheitsbezogene Umweltbewegung

Der gesundheitsbezogene Umweltschutz verbunden mit Salutogenese würde eine neue Phase der Umweltbewegung einleiten. Ähnlich wie beim Beginn der Umweltbewegung der Naturschutz könnte Gesundheit als neuer fachlicher Impuls eine veränderte Sichtweise auslösen. Die Ziele eines gesundheitsbezogenen Umweltschutzes sind beschrieben, Erfahrungen und gute Beispiele in den Settings z.B. im Gesunde-Städte-Netzwerk der WHO oder in der betrieblichen Gesundheitsförderung vorhanden. Der Durchbruch und eine flächendeckende Ausbreitung fehlt, vor allem wegen des fehlenden Unterbaus für eine gesundheitsbezogene Umweltschutzbewegung.

Gesundheitsbewegung (Gesundheitsläden, Gesundheitszentren, Gesundheits-Selbsthilfe, Gesundheitstage) und Umweltbewegung laufen bisher getrennt nebeneinander her, auch wenn Berührungspunkte entstanden sind. Leider fehlen bisher Materialien und personelle Ressourcen, um diese Verzahnung zu leisten und Gesundheit und Nachhaltigkeit, vor allem lokal, stärker zu verbinden. Mit der Erstellung von lokalen Aktionsplänen Umwelt und Gesundheit (LEHAP) könnte dies nachgeholt werden.

Von lokalen Initiativen zur Agenda 21 und gesundheitsförderlichen Settings können stärker Impulse zur Gesundheitsförderung ausgehen und neue Kooperationen und Netze angestoßen werden. Lokale Bündnisse aus verschiedenen Akteuren können einen innovativen Beitrag zur Verbesserung der Lebensqualität leisten und sich als Laien mit dem Argument Förderung und Schutz der Gesundheit einmischen. Solange kein anderes demokratisches Beteiligungsinstrument zur Verfügung steht, kann der § 29 als Einstiegsrecht für Nachhaltigkeit genutzt werden.

Fazit: drei Maßnahmen erscheinen in Bezug auf ein gemeinsames Aktionsprogramm besonders vordringlich:

- Strukturen auf lokaler Ebene schaffen (kommunale Arbeitsgemeinschaften zur Gesundheitsförderung, Gesundheitshäuser) als Selbsthilfe für einen gesunden Lebensstil.
- Lokale Aktionspläne für Umwelt und Gesundheit entwickeln. Dazu müssen gute Beispiele zusammengestellt werden und Kampagnenmaterial erarbeitet werden.
- Rio und Ottawa zusammenführen.

Gesundheit und Umwelt als zwei Seiten einer Medaille müssen für ge-

sundheitsförderliche Lebensverhältnisse und Lebensweisen stärker in einer Gesamtschau ins Blickfeld kommen.

Literatur:

- ¹ in: Sozialpädiatrie 12 (1990), S. 860
- ² EUR/ICP/EHCO 02 02 05/18, S. 9
- ³ SRU: Sondergutachten Umwelt und Gesundheit. Kurzfassung. 1999, S.1
- ⁴ Bundesamt für gesundheitlichen Verbraucherschutz und Veterinärmedizin (Bgvv) Umweltbundesamt (UBA), Bundesamt für Strahlenschutz (BfS), Robert Koch Institut (RKI)
- ⁵ Petersen, Erik: Aktionsplan Umwelt und Gesundheit in der Schweiz. In: Arzt und Umwelt. 11 (1998), S. 195-198
- ⁶ Kaiser, Uwe, mündlich 1999
- ⁷ Umweltgutachten. Kurzfassung. 1996, S.26-30
- ⁸ Lokale Prozesse Londonkonferenz 1999, S. 11 nach: Unsere gemeinsame Zukunft. Der Brundtlandbericht der Weltkommission für Umwelt und Entwicklung. 1987
- ⁹ Lokale Prozesse für Maßnahmen im Bereich Umwelt und Gesundheit. EUR/ICP/EHCO 02 03 05/11, London Konferenz 1999
- ¹⁰ Lokale Prozesse Londonkonferenz 1999, S. 11 nach: Unsere gemeinsame Zukunft. Der Brundtlandbericht der Weltkommission für Umwelt und Entwicklung. 1987
- ¹¹ Göpel, Eberhard mündlich

*Dipl.-Ing. Gerda Pfahl,
Stellv. Sprecherin des BUND-AK Gesundheit
Sprecherremium des Bündnis Umwelt und Gesundheit*

*Am Weinberg 7, 36251 Bad Hersfeld
Tel. 06621 - 72152, Fax 06621 - 72138
EMail: gerda.pfahl@bund.net*

Bündnis Umwelt und Gesundheit (Stand 4.11.2000)

Ökologischer Ärztebund • Fedelhöfen 88, 28203 Bremen
fon 0421-498 42 51, fax 0421-49842 52
www.bremen.de/info/oekoaeztzubund

Interdisziplinäre Gesellschaft für Umweltmedizin (IGUMED) • Bergseestr. 57, 79713 Bad Säckingen, fon 07761-913490, fax 07761-913491

Deutsche Gesellschaft für Umwelt und Humantoxikologie (DGUHT) • Annastr. 28, 97072 Würzburg, fon 0931-35411-30, fax 0931-35411-27

GesundheitsAkademie e.V. • August-Bebel-Str. 16, 33602 Bielefeld
fon 0521-133562, fax 0521-176106, www.gesundheits.de

Abekra (Verband für arbeits- und berufsbedingt Erkrankte e.V.) • Vogelsbergstr. 30a, 63674 Altenstadt, fon 06047-952660, fax 06047- 95266-2

P.I. (Politischer Arbeitskreis von Patienteninitiativen) • Herzog Arnulfstr. 43, 85604 Zorneding, fon 089-2333 7501

Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V. • Fuhlsbüttlerstr. 401, 22309 Hamburg, fon 040-63222-20, fax 040-63258 48

Europäischer Verbraucherverband für Naturheilmmedizin • Gerhard Kienle Weg 18, 58313 Herdecke, fon 02330-6233-29, fax 02330-6233-30

Deutsche Akademie für Kinderheilkunde und Jugendmedizin e.V • DISA Kinder- Umwelt, Westerbreite 7, 49084 Osnabrück, fon 0541-9778-900, fax 0541-9778-905, www.uminfo.de

Deutscher Berufsverband der Umweltmediziner • Geschäftsstelle: Juliuspromenade 54, 97070 Würzburg, fon 0931-573133, fax 0931-573131
www.dbu-online.de

BUND für Umwelt und Naturschutz Deutschland e.V • Am Köllnischen Park 1, 10179 Berlin, fon 030-2758 64-0, fax 030-275864-40, www.bund.net

Mit diesem NROs besteht engerer Kontakt:

- IPPNW
- Greenpeace
- Verkehrsclub Deutschland
- Verbraucherinitiative
- Bundesärztekammer, AK Umwelt
- Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen, Sektion Gesundheits-, Umwelt- und Schriftpsychologie

Gesundheits-Initiativen und Gesundheitsförderung

Gesundheits-Initiativen im Sinne von BürgerInitiativen für gesunde Lebensweisen und Lebenswelten sind wesentliche örtliche Akteure der Gesundheitsförderung. Sie stärken die persönlichen Kompetenzen in Gesundheitsfragen und eine gesundheitsförderliche Nachbarschaft / Gemeinschaft in der lokalen oder regionalen Umwelt. Gesundheits-Initiativen sind überwiegend von den beteiligten oder betroffenen Menschen selbst gegründet worden. Ihr organisatorisches Spektrum reicht von ehrenamtlicher Vereinstätigkeit bis hin zu hauptamtlichen Informations- und Beratungstätigkeiten. Viele Gesundheits-Initiativen haben einen expliziten Bezug zu den Zielen der Ottawa-Charta.

Gesundheits-Initiativen können thematisch eng begrenzt sein (z.B. gegen Lärmbelästigung) oder vielfältige Orientierungen verfolgen, sie können sich als temporäre und kurzfristige Initiative verstehen oder als längerfristige und sich professionalisierende Initiative entwickeln. Zu den letzteren zählen z.B. Gesundheitshäuser, Gesundheitswerkstätten, Gesundheitszentren und Gesundheitsläden.

Gesundheitsläden sind zumeist nach dem 1. Bundesweiten Gesundheitstag in Berlin 1980 aus der Gesundheitsbewegung entstanden und haben leerstehende Läden als niedrigschwellige Anlaufstellen in der Stadt oder im Stadtteil genutzt. Sie wirken heute selbst als kommunale Strukturangebote für neue Initiativen im Gesundheitsbereich. Sie sind Kristallisationskerne und Impulsgeber für neue Ideen und Maßnahmen. Als gemeinnützige Vereine organisiert, sind sie gesundheitsförderlich aktiv u.a. in den Bereichen Gesundheit&Verkehr, Gesundheit&Gentechnologie, Gesundheit&Umwelt, Gesundheit&Migration. Sie bieten Bildungsmaßnahmen an, beteiligen sich an örtlichen Aktionsbündnissen und tragen ihre Anliegen in die Öffentlichkeit. Sie engagieren sich in kommunalen Gesundheits(förderungs)konferenzen und anderen politischen Foren.

Gesundheitshäuser verstehen sich als soziale und gemeinwohlorientierte Einrichtungen mit der Zielsetzung, BürgerInnen mehr Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen. Sie wollen Impulse für gesundheitsfördernde Initiativen im kommunalen Lebensraum geben und Menschen mit unterschiedlichen Lebenserfahrungen darin unterstützen, ihre Gesundheitsressourcen und -potentiale durch gemeinschaftliche Aktivitäten und persönliches Engagement zu entwickeln. Durch ihre Arbeit wollen sie auch zu einer Annäherung der gesundheitlichen Lebenschancen in der Bevölkerung beitragen. Gesundheitshäuser werden von Vereinen oder / und von der kommunalen Gesundheitsbehörde organisiert.

Sie übernehmen dabei folgende Funktionen:

Vermittlungsfunktionen

(die schon vor mehr als 10 Jahren von H. Hildebrandt beschrieben wurden)

- Erfahrungsaustausch, Kooperation und Kommunikation im informellen Bereich untereinander fördern, Ideen- und Informationsbörse,
- Anerkennung und Akzeptanz des informellen Bereichs bei Fachbehörden und Verbänden fördern,
- Erneuerungsansätze und kreative gesundheitsbezogene Ideen von Bürgern und zukunftsbesessenen Minderheiten deutlicher hör- und sichtbar machen,
- Schwellenängste gegenüber dem formellen Bereich herabsetzen,
- Gesundheitsbedürfnisse in Stadtteil und Wohngebiet erkunden und in den formellen Bereich vermitteln,
- Impulse für den formellen Bereich geben, Kontakte mit dem informellen Bereich vermitteln.

Qualifizierungsfunktionen

- Fort- und Weiterbildungsangebote entwickeln und umsetzen, insbesondere für Informationsträger in Wohlfahrtsverbänden, Gewerkschaften u. Betrieben, Erwachsenenbildung, freien Einrichtungen, Vereinen, Initiativen,
- Kurse, Seminarangebote, Informationsveranstaltungen, Gesundheitstage und -wochen organisieren,
- Informationssammlung und Dokumentation,
- Transfer neuen Gesundheitswissens aus dem Wissenschaftsbereich in den Sozialraum Gemeinde,
- Transfer „sozialer Erfindungen“ aus dem informellen Bereich in den formellen Bereich, d.h. sie in Politik, Verwaltung und Verbänden zu verbreiten.

Beratungs- und Unterstützungsfunktionen

- inhaltliche Beratung für Gesundheits- und Sozialprojekte, Gestaltung neuer Aufgabenfelder,
- organisatorisch-rechtliche, finanzierungs- und verwaltungstechnische Beratung und Weiterbildung,
- Aufklärung über staatliche Förderprogramme und Finanzierungsvermittlung (z.B. an private Stiftungen),
- materielle und technische Unterstützung für die Entwicklung von Gesundheits- und Sozialprojekten, insbesondere bei kleinen, nicht rechtsfähigen Trägern, Hilfen zur Selbstreflexion und -evaluation.

Im Zusammenhang mit der „Allianz für Gesundheitsförderung“ hat sich jetzt eine **„Bundesarbeitsgemeinschaft Gesundheitshäuser“** gebildet, die sich um eine systematische Zusammenarbeit und Interessenvertretung lokaler Einrichtungen der Gesundheitsförderung bemühen will. Die

BAG Gesundheitshäuser ist über die GesundheitsAkademie erreichbar. Um die politische Wirksamkeit und die Mobilisierung von Ressourcen zu erhöhen, sind auch überregionale Zusammenschlüsse der Gesundheits-Initiativen notwendig. So lassen sich Erfahrungen austauschen und auch Mißerfolge oder örtliche Schwierigkeiten kompensieren.

Ein Beispiel für einen über-regionalen Zusammen-schluß ist die

GesundheitsAkademie e.V., die 1989 u.a. von den Gesundheitsläden gegründet wurde und ein gemeinsames Forum für Personen und Gruppen bietet, die im Gesundheitsbereich menschengerechte und zukunftsfähige Veränderungen anstreben und die Strategie der Salutogenese und Gesundheitsförderung unterstützen.



(Internet-Portal der GesundheitsAkademie)

Gesundheits-Initiativen nehmen im Bereich der Gesundheitsförderung (wie z.B. im Gesunde-Städte-Netzwerk) eine wichtige und notwendige Beteiligungsfunktion wahr. Sie greifen praktische Interessen und Forderungen auf und sind „nah am Problem“ bzw. „nah an der Lösung“. Wenn sich Menschen gesundheitsförderlich engagieren wollen, können sie dies individuell oder/und in sozialer Gemeinschaft tun. Gesundheits-Initiativen nehmen als organisierte Gemeinschafts-Initiativen eine Mittelstellung zwischen individuellem und institutionellem Handeln ein und sind damit eine wichtige Vermittlungs- oder Brückeninstanz.

Gesundheits-Initiativen können zur politischen Akzeptanz von Gesundheitsförderung und von bürgerschaftlichem Engagement im Gesundheitsbereich wesentlich beitragen. Sie können auch den BürgerInnen verständlich machen, was Gesundheitsförderung konkret heißt und warum es sich lohnt, dort mitzumachen und dort zu investieren. Umgekehrt können BürgerInnen über diese Initiativen deutlich machen, was sie gesundheitlich wollen und von Gesundheitsförderung erwarten.

Ein **kooperatives Aktionsprogramm für Gesundheitsförderung** sollte sich auch auf organisierte Gesundheits-Initiativen stützen und diese fördern. Gerade wenn es um die Verzahnung von Verhaltens- und Verhältnisprävention geht, wenn unter Gesundheitsförderung nicht nur Bewegung und Ernährung verstanden wird, ist die Fokussierung auf kleinräumige unterstützende Strukturen sinnvoll. Hiervon können vor allem sozial und

gesundheitlich benachteiligte Menschen profitieren, die bisher von Gesundheitsförderung wenig mitbekommen haben.

Sozial vermittelte Einschränkungen von Gesundheitschancen können durch Gesundheits-Initiativen mit den folgenden Aktivitäten reduziert werden:

- Aufklärung und Information über den Zusammenhang von individueller Gesundheit und sozialer Lage (z.B. bei Armut, Arbeitslosigkeit),
- Aufklärung und Aktionen zu gesundheitlichen Gefahren und Alternativen im Lebenszusammenhang der Menschen (z.B. bei GenFood),
- Gesundheitliche und sozialökologische Forderungen lokal bündeln und alltagstaugliche Perspektiven entwickeln (z.B. bei Lärmgeschädigten),
- Empowerment und Solidarität als wichtigste Handlungsgrundlage stärken und als zentrale Elemente in der Gesundheitsförderung verankern.

Was kann die GesundheitsAkademie zu einem kooperativen Aktionsprogramm für Gesundheitsförderung beitragen?

Als Vorstandsmitglied der GesundheitsAkademie e.V. sehe ich unseren Beitrag zu einem kooperativen Aktionsprogramm für Gesundheitsförderung in folgenden Punkten:

- Einbringen von langjährigen Erfahrungen und Kompetenzen im Bereich Gesundheitsförderung (hier hat die GesundheitsAkademie mit der Vorlage des Konzeptes der „**Salutive**“ ein kongruentes Modell für Gesundheitsförderung erstellt)
- Koordinierung der Aktivitäten der Mitgliedsorganisationen / Mitglieder in diesem Bereich (als Beispiel sei hier die Koordinierung in der **BAG der Gesundheitshäuser** oder der PatientInnenstellen und -Initiativen genannt)
- Einwerbung von privaten und öffentlichen Ressourcen in einem Zukunftsfonds Gesundheit /-sförderung (mit dem **Zukunftsfonds Gesundheit** hat die GesundheitsAkademie internationale Erfahrungen aufgegriffen und eine eigenständige Finanzierung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen vorgestellt)
- Qualifizierungsangebote für ehrenamtliche und professionelle Gesundheitsförderer (die GesundheitsAkademie entwickelt derzeit ein Qualifizierungsnetzwerk „**Qua-Net**“ u.a. für die Qualifizierung im Bereich Gesundheitsförderung)
- Informations- und Kommunikationsplattform auf Basis von Datenbanken, Internet und Intranet („**www.gesundheits.de**“ als gemeinsames Portal für nicht-kommerzielle und nicht-staatliche Gruppen und Initiativen im Gesundheitswesen)
- Mitorganisieren des Prozesses der Entwicklung und Umsetzung des Aktionsprogramms

(hier beteiligt sich die GesundheitsAkademie an der weiteren Planung und Realisierung der **Allianz für Gesundheitsförderung**).
 Folgende Maßnahmen erscheinen mir in Bezug auf ein gemeinsames Aktionsprogramm als besonders vordringlich:

- **Synergische Positionierung der Akteure und Schwerpunkte der Gesundheitsförderung**
 - die Akteure der Gesundheitsförderung sollten sich ihrer jeweils begrenzten Möglichkeiten bewußt sein und die Zusammenarbeit suchen; individuelle und institutionelle Handlungsweisen müssen miteinander verzahnt werden, wozu „Brückeninstanzen“ im beschriebenen Sinne einen wertvollen Beitrag liefern können
- **Entwicklung einer nachhaltigen, nachvollziehbaren und bürgernahen Programmatik**
 - das Aktionsprogramm sollte nicht nur in sich schlüssig sein, sondern auch für die BürgerInnen – denen dieses Programm zugute kommen soll – nachvollziehbar und verständlich sein; es sollte auch auf kulturelle und geschlechtlichsspezifische Unterschiede eingehen und die unterschiedlichen Lebenserfahrungen aufgreifen
- **Klärung der Motive der Beteiligten und Transparenz der Einflüsse der Akteure**
 - die allgemeine Forderung nach mehr Transparenz im Gesundheitsbereich schließt auch die Gesundheitsförderung mit ein; die Motive, Einflüsse und Ressourcenverwendung sollten offen kommuniziert werden, um unnötige Konkurrenzen und Machtstrukturen zu verhindern; die Ziele der Gesundheitsförderung dürfen nicht im Interessengerangel verloren gehen.

Günter Hölling
 GesundheitsAkademie e.V.
 August-Bebel-Str. 16, 33602 Bielefeld
 Tel. 0521 - 133562, Fax 0521 - 176106
 EMail: akademie@gesundheits.de

Gesundheitsförderung durch Qualifizierung und Professionalisierung



Gesundheitsförderung als Studienbereich

Die Abschlussresolution der 1986 durchgeführten WHO-Tagung „An International Conference on Health Promotion – The move towards a New Public Health“, die weithin unter der Bezeichnung „Ottawa-Charta“ bekannt geworden ist, unterstützt bekanntlich das Setting-Konzept der Gesundheitsförderung mit dem Ziel, das gesundheitliche Wohlbefinden der Gesamtbevölkerung – mittels gesundheitsfördernder Massnahmen und Interventionen auf allen gesellschaftlichen Ebenen – zu verbessern. Gefordert wird eine von den Akteuren des Gesundheitswesens und der Politik gemeinsam getragene Schwerpunktverschiebung in Richtung Schaffung und Ausbau gesundheitsförderlicher Lebenswelten und -verhältnisse, die den Menschen eine bessere Lebensqualität und ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit ermöglicht. In der Resolution, die bis heute gleichermaßen als Leitfaden und Inspirationsquelle der Gesundheitsförderung gilt, wird für die Realisierung dieses Ziels u.a. auch eine Neuorientierung der Gesundheitsdienste (health services) gefordert und werden dafür notwendige Veränderungen in der Aus- und Weiterbildung der Berufe im Gesundheitswesen angemahnt.

Die beiden wichtigsten, in einschlägigen Publikationen immer wieder genannten Gründe, die in der Bundesrepublik Deutschland (wie in allen entwickelten Industriegesellschaften) für den wachsenden gesellschaftlichen Bedarf an einer am Paradigma der Gesundheitsförderung ausgerichteten Neuorientierung der Gesundheitsdienste sprechen, sind der demographische Wandel mit der Zunahme älterer und alter Menschen und die Veränderungen im Krankheitspanorama mit der Verlagerung von Infektions- auf chronisch-degenerative, multifaktoriell bedingte Zivilisationskrankheiten (insbesondere bei alten Menschen). Diese lassen sich akutmedizinisch meist nicht vollständig heilen, sondern bestenfalls lindern. Beide Entwicklungen stellen nicht nur veränderte Anforderungen an die Gesundheitsdienste, sie verlangen auch eine dementsprechende Umorientierung und Anpassung der Aus- und Weiterbildung der Gesundheitsberufe. Die entscheidende Voraussetzung für eine erfolgreiche Tätigkeit in den Arbeitsfeldern der Gesundheitsförderung ist zum einen die Aufnahme entsprechender Bildungsinhalte in die Aus- und Weiterbildungsprogramme der Gesundheitsberufe und zum anderen die Qualifizierung spezieller Fachkräfte, welche die Idee der Gesundheitsförderung theoretisch begründen, praktisch umsetzen und evaluieren können (vgl. auch Hurrelmann 2000, S. 188ff.).

Wie sich dieser Wandel der Anforderungen an die Gesundheitsberufe und

das allgemein an Bedeutung gewinnende Paradigma der Gesundheitsförderung in den gesundheitsbezogenen Aus- und Weiterbildungsstudiengängen der deutschen Hochschulen ausgewirkt hat, ist – vor dem Hintergrund der generellen Entwicklung der Studiengänge im Gesundheitswesen – Gegenstand der nachfolgenden Ausführungen.

Studiengänge im Gesundheitswesen

Im Kontext vielschichtiger Veränderungen in Gesellschaft und Gesundheitswesen ist auch das hochschulische Studienangebot im Bereich des Gesundheitswesens in den letzten zehn Jahren in Bewegung geraten. Insbesondere an Universitäten und Fachhochschulen haben sich ein breites Spektrum und eine Vielzahl von Studiengängen entwickelt, die für Tätigkeiten im Gesundheitswesen qualifizieren (vgl. Kälble/v. Troschke 1998; Kälble 1999). Obwohl die Expansionsdynamik inzwischen merklich nachgelassen hat, sind in vielen Fachbereichen weitere Studienangebote in Planung. Durch die probeweise Einführung eines neuen Gradierungssystems mit gestuften Bachelor- und Masterstudiengängen sind weitere Veränderungen in der aktuellen Studienlandschaft zu erwarten (vgl. Kälble 2000a; Kälble/v. Troschke 2001).

In einer Vollerhebung an deutschen Hochschulen, die der Autor 1997/98 durchgeführt hat, wurden – auf der Basis einer weit gefassten Definition – insgesamt 196 gesundheitsbezogene Studienangebote ermittelt (ohne die klassischen universitären Studiengänge Medizin, Zahnmedizin und Pharmazie). Diese Studienangebote lassen sich den differenten Studienarten grundständiges Studium, postgraduales Studium und Kontakt- bzw. Weiterbildungsstudium zuordnen. Das Spektrum der aktuellen Studienangebote reicht von den postgradualen universitären Public Health Studiengängen (die mit am Beginn der Aufbruchphase in den neunziger Jahren stehen) über die vor allem zwischen 1992 und 1996 aufgebauten und inzwischen mit ca. 40 Studiengängen quantitativ dominierenden Pflegestudiengänge bis hin zu wirtschaftswissenschaftlich ausgerichteten Aus- und Weiterbildungsstudiengängen (Gesundheitsmanagement und -ökonomie). Hinzu kommen gesundheitspädagogisch ausgerichtete Studiengänge, Studiengänge im Bereich des Technischen Gesundheitswesens, des Gesundheits- und Rehabilitationssports, der Medizininformatik und -dokumentation sowie einige therapeutisch orientierte Studienangebote (Ergotherapie, Logopädie, Kunst- und Musiktherapie), deren Absolventen vorwiegend in Einrichtungen des Gesundheitswesens tätig werden (vgl. Kälble/v. Troschke 1998).

Die 196 Studiengänge (siehe Tab. 1) verteilen sich vor allem auf die Hochschularten Universität (84) und Fachhochschule (100). Rund 55% der Studienangebote sind grundständige Studiengänge bzw. Fachrichtungen innerhalb grundständiger Studiengänge (108). Etwa 45% des Studienan-

gebotes sind weiterqualifizierende Studiengänge. Der Anteil der postgradualen Studiengänge am Gesamt der Studiengänge beträgt ca. 22%, der Anteil der Kontakt- bzw. Weiterbildungsstudiengänge ca. 23%. Postgraduale Studiengänge (43), die ein abgeschlossenes Erststudium zur Voraussetzung haben und i.d.R. vier Semester dauern (sie werden zumeist mit einem akademischen Grad abgeschlossen), sind vorwiegend an Universitäten (26) und in deutlich geringerer Anzahl an Fachhochschulen (9) vertreten. Die weniger formalisierten Kontakt- und Weiterbildungsstudiengänge (45), die in erster Linie für qualifizierte Berufstätige mit Hochschulabschluss gedacht sind (sie werden zumeist mit einem Zertifikat abgeschlossen), wurden überwiegend an Universitäten (28) und Fachhochschulen (15) eingerichtet. Vorherrschend in der Studienform ist nach wie vor das Vollzeitstudium. Etwa ein Viertel der Studiengänge werden als Teilzeitstudium und nur wenige als Fernstudium angeboten. Die Studienprogramme, die sich auf insgesamt 107 der rund 320 Hochschulen verteilen, führen zu mehr als 60 Studienabschlüssen und zu mehr oder weniger klaren Berufsprofilen.

Nach dem Erhebungszeitpunkt 1997/98 wurden – insbesondere an Universitäten und Fachhochschulen und verteilt über die drei Studienarten – etwa 30 weitere gesundheitsbezogene Studienangebote eingerichtet (z.B. der grundständige Studiengang „Pflege/Pflegemanagement“ und „Pflegepädagogik“, FH Esslingen; der grundständige Diplomstudiengang „Gesundheitsökonomie“, Uni Bayreuth; der grundständige Studiengang „LehrerIn für Gesundheitsberufe“, FH Bielefeld). Darüber hinaus sind zusätzliche Studiengänge in der Planungs-, Beantragungs- oder Genehmigungsphase (z.B. „Praxisorientierte interdisziplinäre Gesundheitswissenschaft (Public Health)“, FH Oldenburg/Ostfriesland/Wilhelmshaven, Standort Emden).

Tab. 1: **Quantitative Übersicht über die gesundheitsbezogenen Studien-**

Hochschulen/ Studiengang- arten	Grundständige Stu- diengänge einschl. Fachrichtungen	Postgraduale Studiengänge	Kontakt- und Weiterbildungs- studiengänge	Gesamt
Universitäten (u. gleichgestellte Hochschulen)	30	26	28	N = 84
Gesamthochschulen	1	4	0	N = 5
Fachhochschulen	76	9	15	N = 100
Pädagogische Hochschulen	0	1	2	N = 3
Kunst- und Musik- hochschulen	1	3	0	N = 4
Gesamt	N = 108	N = 43	N = 45	N = 196

angebote an deutschen Hochschulen (Kälble: Stand 97/98)

Die wesentlichen Entwicklungstrends, die sich im Bereich der gesundheits-

bezogenen Studienangebote in den vergangenen zehn Jahren vollzogen haben, sind in der nachfolgenden Übersicht zusammengefasst (vgl. auch Kälble 2000b):

Entwicklungstrends der letzten zehn Jahre sind:

1. die quantitative Zunahme von grundständigen und weiterqualifizierenden Studiengängen (insbesondere an Universitäten und Fachhochschulen) mit einem breiten Spektrum und einer Vielzahl von neuen Studienabschlüssen (z.B. Diplom-PflegepädagogIn, Diplom-SozialgerontologIn, Diplom-PflegewissenschaftlerIn usw.),
2. die Akademisierung von Gesundheitsberufen, deren Ausbildung traditionell außerhalb des Hochschulwesens angesiedelt war (Verlagerung von Ausbildungen aus dem Sekundarbereich in den tertiären Bereich; z.B. Ergotherapie, Logopädie, Pflege),
3. die gesundheitsbezogene Spezialisierung bisher nicht oder kaum in das Gesundheitswesen involvierter Disziplinen (z.B. die Spezialisierung auf Gesundheitsmanagement in der Betriebswirtschaft),
4. der Bedeutungszuwachs der Weiterqualifizierung und die damit einhergehende Ausweitung und Öffnung bestimmter Weiterbildungsangebote für akademisch qualifizierte Berufstätige (Kontakt- und Weiterbildungsstudiengänge)
5. die Definition und Institutionalisierung von neuen Disziplinen aufgrund wachsenden Bedarfs (z.B. Public Health).

Tab. 2: **Entwicklungstrends der letzten 10 Jahre im Bereich gesundheitsbezogener Studienangebote** (Kälble, 2000)

Weitere Veränderungen der Studienlandschaft Gesundheitswesen sind als Folge der inzwischen eingeführten neuen Studienstrukturen zu erwarten (vgl. Kälble 2000a; Kälble/v. Troschke 2001). Durch die am 25. 8. 1998 in Kraft getretene Novellierung des Hochschulrahmengesetzes (HRG) und durch die darauf bezogenen Beschlüsse der Kultusministerkonferenz wurden gesetzliche Rahmenbedingungen für ein neues Graduiertensystem geschaffen, das den Hochschulen die Möglichkeit bietet, eigenständig oder konsekutiv aufgebaute Bachelor- und Masterstudiengänge einzuführen und die international bekannten Hochschulgrade Bachelor und Master zu verleihen. Mit der Einführung und Erprobung von drei- bis vierjährigen Bachelor- und ein- bis zweijährigen Masterstudiengängen (die Regelstudienzeit von konsekutiv angebotenen Studiengängen soll 5 Jahre nicht überschreiten) an deutschen Hochschulen werden im wesentlichen folgende Ziele verfolgt:

- die Internationalisierung der deutschen Hochschulausbildung,
- die Verbesserung der internationalen Marktfähigkeit der deutschen Hochschulabsolventen,
- die internationale Kompatibilität der Hochschulabschlüsse,
- die Erhöhung der Attraktivität der deutschen Hochschulen für Studie-

- rende aus dem Ausland,
- die Erweiterung und Differenzierung des Studienangebotes,
- eine flexiblere Anpassung der Studiengänge an die Arbeitsmarkterfordernisse und
- eine bessere Strukturierung sowie Verkürzung des Studiums.

Inzwischen bieten Hochschulen bereits 524 Studiengänge an, die mit dem Bachelor oder dem Master abschließen (Stand WS 2000/01). Im Studienfeld Gesundheit und Gesundheitswesen wurden bislang 17 Bachelor- und Masterprogramme eingerichtet (vgl. Kälble/v. Troschke 2001). Neben einigen grundständigen (eigenständig oder konsekutiv aufgebauten) Bachelor- und Masterprogrammen (z.B. der konsekutive Studiengang „Pflegerwissenschaften“ an der Uni Witten-Herdecke) wurden mehrheitlich postgraduale Masterprogramme realisiert (z.B. das postgraduale Masterstudium „Psychosoziale Prävention und Gesundheitsförderung“ an der FU Berlin). Allerdings ist mit einem Entwicklungsschub in Richtung Einführung weiterer Studiengänge zu rechnen, da derzeit viele Hochschulen mit der Planung von gesundheitsbezogenen Bachelor- und Masterstudiengängen befasst sind (z.B. Uni Bielefeld, Gesundheitswissenschaftliche Fakultät; FH Magdeburg, FB Sozial- und Gesundheitswesen). Andere Hochschulen versuchen eine Umstrukturierung bestehender Ausbildungsgänge in Bachelor- und Masterprogramme. So wurde z.B. an der FH Neubrandenburg der bisherige Studiengang „Pflege und Gesundheit“ in die beiden konsekutiven Studiengänge „Pflegerwissenschaften/Pflegemanagement“ und „Gesundheitswissenschaften“ aufgeteilt und ministeriell genehmigt. In beiden Studiengängen (Studienbeginn WS 2000/01) kann nach sechs Semestern der internationale Abschluss „Bachelor“ und nach weiteren vier Semestern der Abschluss „Master“ erworben werden (vgl. auch Blättner 2000).

Gesundheitsförderung als Gegenstand der hochschulischen (und ausserhochschulischen) Aus- und Weiterbildung

In der Ottawa-Charta heißt es: „Reorienting health services also requires stronger attention to health research as well as changes in professional education and training“ (vgl. Ottawa-Charter), d.h. die Neuorientierung der Gesundheitsdienste ist auch eine Frage der Modernisierung und Veränderung der Aus- und Weiterbildung der Berufe. Wie diese sehr allgemein gehaltene programmatische Vorgabe an Hochschulen (aber auch im ausserhochschulischen Weiterbildungsbereich) aktuell in entsprechende Aus- und/oder Weiterbildungsprogramme umgesetzt ist, soll im Folgenden dargelegt werden.

Zunächst ist festzuhalten, dass Gesundheitsförderung ein vielschichtiges und nur schwer eingrenz- und definierbares berufliches Tätigkeitsfeld ist, für das es in Deutschland bislang weder einen klar konturierten akademi-

schen oder nichtakademischen Beruf mit geschützter Berufsbezeichnung noch eine einheitlich geregelte hochschulische oder berufliche Ausbildung gibt. Ebenso wenig haben sich konsensfähige berufliche Kompetenz- und Qualifikationsprofile durchsetzen können. Auch ein stufenförmig angelegtes und aufeinander abgestimmtes Aus- und Weiterbildungssystem der Gesundheitsförderung konnte sich bislang nicht entwickeln. Allerdings ist das Konzept der Gesundheitsförderung für viele Berufe extrem anschlussfähig, da es gesundheitsförderliche Interventionen auf allen gesellschaftlichen Ebenen und in unterschiedlichen Settings in Betracht zieht, und somit ein weites Spektrum an Tätigkeiten ermöglicht. Demgemäß sind in den Tätigkeitsfeldern der Gesundheitsförderung Angehörige unterschiedlichster Berufe und Berufsgruppen mit unterschiedlichsten Qualifikationsprofilen und Berufsbezeichnungen tätig (vgl. auch Kälble/v. Troschke 1999).

Spezielle Aus- und Weiterbildungsprogramme im Bereich der Gesundheitsförderung werden von ausserhochschulischen Weiterbildungseinrichtungen und vereinzelt von Hochschulen angeboten. Allerdings ist es in dem noch immer stark kurativ ausgelegten deutschen Gesundheitswesen bis heute nicht gelungen, Strukturen zu schaffen, die diesen Qualifizierungsbereich auf Dauer sichern. In der ausserhochschulischen Weiterbildungslandschaft hat das Fehlen eines eigenständigen und geregelten Berufsbildes der Gesundheitsförderung zu einem kaum überschaubaren Wildwuchs und zu einer Pluralität an uneinheitlich konzipierten Qualifizierungs- und Weiterqualifizierungsangeboten geführt. Eine Vielzahl staatlich und privatrechtlich organisierter Bildungseinrichtungen hat in den letzten zehn Jahren – auch befördert durch die Aufschwungphasen einer insgesamt wechselhaften politischen Konjunktur des Themas – Gesundheitsförderung (phasenweise oder dauerhaft) in ihr Aus- oder Weiterbildungsprogramm aufgenommen. Die Bildungsangebote werden in der weitgehend unregelten ausserhochschulischen Weiterbildungslandschaft häufig als Fort- und Weiterbildungen, zum Teil aber auch als Ausbildungen bezeichnet und in der Regel mit einem Zertifikat oder mit einem von der jeweiligen Einrichtung vergebenen Berufstitel abgeschlossen. Sie variieren in ihrer zeitlichen Dauer ebenso wie in den angesprochenen Zielgruppen und Zulassungsvoraussetzungen. Vergleichsstudien, die zeigen, wie es um die Arbeitsmarktakzeptanz der Absolventen der Kurse, Seminare, Lehrgänge usw. bestellt ist, stehen nicht zur Verfügung. Der derzeit – trotz einiger Versuche der Schaffung von Transparenz (z.B. Arbeitsstelle Gesundheitsförderung der Fachhochschule Nordostniedersachsen 1992; Kühnlein 1998 und jüngst Seibt 2000) – noch immer unübersichtliche, allenfalls in seinen Umrissen bekannte und in einem ständigen Wandel befindliche Markt an ausserhochschulischen Qualifikationsangeboten hat sich noch zusätzlich dadurch ausgeweitet, dass potentielle Anstellungsträger dazu übergegangen sind, die Weiterqualifizierungsmassnahmen ihrer Mitarbeiter in eigener Regie, d.h. innerhalb eigener Einrichtungen durchzuführen (vgl. Kühnlein 1998).

Geht man davon aus, dass viele Qualifikationen im Bereich der Gesundheitsförderung auf dem intransparenten und weitgehend unregulierten Markt der ausserhochschulischen Weiterbildung erworben werden, scheint es – insbesondere im Interesse der diesbezüglichen Weiterbildungsinteressenten (aber auch im Sinne der Zukunft der Idee der Gesundheitsförderung) – zwingend geboten, diesen Markt kritisch zu durchleuchten und Massnahmen und Instanzen der Qualitätssicherung einzuführen bzw. einzurichten (vgl. auch Faltermaier 2000).

Gesundheitsförderung ist in Deutschland seit Ende der siebziger Jahre Gegenstand von beruflichen Aus- und Weiterbildungsprogrammen. Erst Jahre später sind entsprechende Studienprogramme an Hochschulen eingerichtet worden. Ein frühes Programm war der von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) 1979 erstmals angebotene Internationale Fortbildungslehrgang zur Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung. Die BZgA hat in diesem Lehrgang, der 1997 eingestellt wurde, u.a. mit der WHO, der Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen Düsseldorf, der Fachhochschule Nordostniedersachsen (ab 1986) und dem 1992 von der Universität und Fachhochschule Lüneburg gemeinsam gegründeten „Zentrum für angewandte Gesundheitswissenschaften“ kooperiert (vgl. Kaba-Schönstein et al. 1996). Zu erwähnen ist auch der 1981 bis 1986 erprobte und evaluierte Modellversuch „Fachkräfte für die psychosoziale Versorgung“, aus dem später der postgraduale Studiengang „Psychosoziale Prävention und Gesundheitsförderung“ an der FU Berlin hervorgegangen ist.

Bildungsinhalte der Gesundheitsförderung werden heute im Rahmen der hochschulischen Aus- und Weiterbildung in drei unterschiedlichen Strukturen vermittelt: Zum einen in der Struktur von speziell eingerichteten Studiengängen, in denen Gesundheitsförderung explizit zum Gegenstand der Aus- oder Weiterbildung gemacht wird. Zum anderen in der Struktur von speziellen Studienschwerpunkten, die in bestimmten Studiengängen bzw. Fächern eingerichtet wurden. Ein Studienschwerpunkt ist ein Studienfachbereich, dessen Studium über mehrere Semester hinweg verstärkt betrieben wird. Er dient der Spezialisierung der Studierenden. Schliesslich werden Themen aus dem Bereich der Gesundheitsförderung in Form von einzelnen Lehrveranstaltungen (Seminaren, Vorlesungen usw.) vermittelt. Sie sind zumeist an einen bestimmten Dozenten gebunden und damit nicht in einen grösseren Zusammenhang eingebettet. Die komplexesten Studienangebote im Bereich der Gesundheitsförderung sind sicherlich die eigens dafür geschaffenen Aus- und Weiterbildungsstudiengänge, gefolgt von Studienschwerpunkten, die in einigen Studiengängen, z.B. den postgradualen universitären Public Health Studiengängen, im Hauptstudium eingerichtet wurden.

Anhand der beiden Kriterien „Studiengangsbezeichnung“ und „Abschluss“ lassen sich derzeit auf der Basis von Informationen im Zusammenhang mit der Überarbeitung des Studienführers (Kälble/v. Troschke 1998) sowie auf der Grundlage von Zeitschriften- und Internetrecherchen (Stand 12/2000) sechs Studiengänge identifizieren, die das Themengebiet Gesundheitsförderung zum zentralen Studiengegenstand haben: Es sind ein grundständiger Studiengang, zwei postgraduale Studiengänge, zwei Kontakt- und Weiterbildungsstudiengänge und ein als konsekutiver Bachelor- und Masterstudiengang umstrukturierter Diplomstudiengang (siehe Tab. 3).

Das Themengebiet Gesundheitsförderung wird – wie in der Zusammenstellung ersichtlich – in den Studiengangsbezeichnungen der aufgeführten Studiengänge in der Regel mit anderen Themengebieten (z.B. Prävention) oder Fach- und späteren Tätigkeitsbereichen verknüpft (z.B. Gesundheitsmanagement, Bildung). Die beiden aufgeführten Kontakt- und Weiterbildungsstudiengänge sind zielgruppenspezifisch ausgerichtet (Pflegepersonal, Sozialarbeiter) und stark anwendungsorientiert.

Überblick über Studiengänge im Bereich der Gesundheitsförderung

Studienart	Hochschule	Studiengang
Grundständiges Studium	FH Magdeburg-Stendal (seit 1993)	Gesundheitsförderung / Gesundheitsmanagement; Abschluss: Diplom-GesundheitswirtIn (FH)
Postgraduales Studium	FU Berlin (seit 1991)	Psychosoziale Prävention und Gesundheitsförderung; Abschluss: Master of Public Health
	Uni Flensburg	Gesundheitsförderung durch Gesundheitsbildung; Abschluss: Master of Health Education
Kontakt- bzw. Weiterbildungsstudium	Netzwerk der Universitäten Berlin, Bern, Hamburg, Frankfurt, Karlsruhe, Koblenz-Landau, Oldenburg (s. 1986), Fern-Universität Hagen (s. 1999)	Psychologische Gesundheitsförderung für Krankenpflegepersonal; Zielgruppe: Krankenpflegepersonal; Zertifikat
	FH Koblenz (seit WS 93/94)	Weiterbildung zum/zur FachberaterIn Gesundheitsförderung; Zielgruppe: Sozialarbeiter, -pädagogen; Zertifikat
Bachelor- und Masterstudium	FH Neubrandenburg (ab WS 2000/01)	Gesundheitswissenschaften; Abschluss: Bachelor / Master of Health Promotion and Administration

Tab. 3: Überblick über Studiengänge im Bereich der Gesundheitsförderung (Kälble 12/2000)

Die Entwicklungsgeschichte der Studiengänge, die auf das Handlungsfeld Gesundheitsförderung fokussieren, zeigt zwei gegenläufige Tendenzen:

Zum einen lässt sich in den letzten Jahren eine Institutionalisierung von neuen Studiengängen beobachten (siehe Tab. 3: Uni Flensburg, FH Neubrandenburg), zum andern (und zugleich) aber auch die Einstellung bestehender Angebote. Zwei weiterbildende Studienprogramme Gesundheitsförderung, die noch im „Studienführer Gesundheitswissenschaften“ aufgeführt sind (vgl. Kälble/v. Troschke 1998), sind inzwischen aus dem hochschulischen Studienangebot verschwunden. Das berufsbegleitende Weiterbildungsstudium „Prävention, Gesundheitsförderung, Management“, das seit 1990 von der Katholischen Fachhochschule Nordrhein-Westfalen, Abteilung Aachen angeboten wurde, ist ebenso eingestellt worden wie das Weiterbildungsstudium „Gesundheitsförderung“ an der Evangelischen Fachhochschule Darmstadt.

Bei der Ausbildung der Studierenden setzen die Studiengänge auf einen wachsenden Bedarf an Fachkräften der Gesundheitsförderung. Die Studierenden werden für folgende Bereiche der Gesundheitsversorgung ausgebildet: Verbände der Freien Wohlfahrtspflege, Krankenkassen, Kammern, Berufsgenossenschaften, Rehabilitationseinrichtungen, Betriebe, Vereine, Wissenschaftliche Institute, Öffentlicher Gesundheitsdienst, Einrichtungen der Erwachsenenbildung bzw. Weiterbildung, ambulante und stationäre Versorgung, Träger der Sozialarbeit sowie Lehre und Forschung (vgl. auch Hurrelmann 2000, S. 194ff.).

Neben den zuvor genannten Studiengängen gibt es eine Reihe weiterer Studiengänge, in denen dem Thema Gesundheitsförderung ein prominenter Stellenwert beigemessen wird. Zu nennen sind beispielsweise der Weiterbildungsstudiengang „Angewandte Gesundheitswissenschaften“, der vom „Zentrum für Angewandte Gesundheitswissenschaften“ an der Universität Lüneburg und Fachhochschule Nordostniedersachsen ausgerichtet wird, und das weiterbildende Fernstudium „Angewandte Gesundheitswissenschaften“ an der Universität Bielefeld und Fachhochschule Magdeburg-Stendal (Standort Magdeburg).

Die Möglichkeit einer Spezialisierung auf Gesundheitsförderung ist auch – durch das Studium eines entsprechenden Studienschwerpunkts in der zweiten Studienhälfte – in einigen der neun universitären postgradualen Public Health-Studiengänge gegeben. Wie die nachfolgende Übersicht zeigt (Tab. 4), sind die Studienschwerpunkte im Bereich der Gesundheitsförderung (in der Regel werden in den einzelnen Studiengängen mehrere Studienschwerpunkte angeboten) an den einzelnen Studienorten unterschiedlich ausgerichtet (vgl. auch Schnabel/Kolip/Hurrelmann 1997).

Gesundheitsförderung als Studienschwerpunkt in den postgradualen universitären Public Health-Studiengängen

Studienort	Studienschwerpunkt Gesundheitsförderung
Berlin	Gesundheitsförderung in der Gemeinde und am Arbeitsplatz
Bielefeld	Gesundheitsförderung
Dresden	Gesundheitsförderung
Düsseldorf	Epidemiologie und Gesundheitsförderung
Hannover	Gesundheitsförderung und präventive Dienste
Ulm	Sozialmedizin, Prävention, Gesundheitsförderung, soziale und verhaltenswissenschaftliche Grundlagen

Tab. 4: Gesundheitsförderung als Studienschwerpunkt in den universitären Public Health Studiengängen

Die Frage, ob es weitere Aus- oder Weiterbildungsstudiengänge gibt, in denen das Thema Gesundheitsförderung als Studienschwerpunkt angeboten wird, ist derzeit nicht wirklich zu beantworten, da diesbezügliche systematische Untersuchungen der Curricula fehlen. Allerdings werden in einer Reihe von gesundheitsbezogenen Studiengängen Themen oder Themenschwerpunkte aus dem Bereich der Gesundheitsförderung in Form von Lehrveranstaltungen angeboten: z.B. in grundständigen Studiengängen der Sozialen Arbeit (dort insbesondere in den Studienschwerpunkten „Sozialarbeit im Gesundheitswesen“), in sportwissenschaftlichen Studiengängen (dort beispielsweise im Schwerpunkt „Gesundheitssport“) sowie in Studiengängen der Ökotoxikologie und der Gesundheitspädagogik.

Schluss

Im Hinblick auf eine positive Weiterentwicklung der Studiengänge bzw. Studienschwerpunkte Gesundheitsförderung scheinen zwei Maßnahmen vordringlich: Zum einen besteht Bedarf an Transparenz im Hinblick auf das durch die Aus- oder Weiterbildungen vermittelte Berufsbild und damit verbundene Arbeitsfelder oder Anwendungsgebiete (Zielen die Studiengänge auf ein eigenständiges Berufsbild oder ist das Studium eine Zusatzqualifikation? Wie grenzen sich die Studiengänge z.B. gegenüber Public Health ab?). Zum anderen ist eine Qualitätssicherung der Aus- und Weiterbildung notwendig, die nicht nur die Sicherstellung der Qualität von Lehre und Studium gewährleistet, sondern auch eine Überprüfung der Berufsrelevanz der Abschlüsse.

In der Entwicklung und dem Stand der Gesundheitsförderung in der hochschulischen Aus- und Weiterbildung spiegelt sich derzeit, so scheint es, das Grunddilemma der Gesundheitsförderungsidee wider: Der gesellschaftli-

che Bedarf an Gesundheitsförderung ist zwar durch das Morbiditätsprofil gegeben, allerdings wird es entscheidend darauf ankommen, diesen Bedarf auch zur Nachfrage werden zu lassen (Bauch 2000).

Literatur:

- Arbeitsstelle Gesundheitsförderung der Fachhochschule Nordostniedersachsen (1992): Fort- und Weiterbildungsangebote in der Gesundheits-erziehung und Gesundheitsförderung. Eine erste Bestandsaufnahme. Bericht im Auftrag der BZgA, Lüneburg.
- Bauch, J. (2000): Zur Ortsbestimmung der Gesundheitsförderung, in: HA-GE Hintergrund (Dezember), S. 2 -3.
- Blättner, B. (2000): Erste Schritte zu Professionalisierung und internationaler Vergleichbarkeit der Ausbildung von Gesundheitsberufen, in: Impulse, Nr. 29, S. 2
- Faltermajer, T. (2000): Gesundheitsförderung durch Gesundheitsbildung, in: Impulse, Nr. 29, S. 2-3.
- Hurrelmann, K. (2000): Gesundheitssoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung (4., völlig überarb. Aufl. von „Sozialisation und Gesundheit“), Weinheim, München.
- Kaba-Schönstein, L./Lehmann, M./Waller, H. (1996): Die Bedeutung der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung für die Fortentwicklung des Internationalen Fortbildungslehrganges zur Gesundheitsförderung und dessen Beitrag zur Entwicklung von Public Health in Deutschland, in: v. Troschke, J./Reschauer, G./Hoffmann-Markwald, A. (Hrsg.): Die Bedeutung der Ottawa-Charta für die Entwicklung einer New Public Health in Deutschland (Bd. 6 der Schriftenreihe der „Koordinierungsstelle Gesundheitswissenschaften/Public Health“ an der Abteilung für Medizinische Soziologie der Universität Freiburg), Freiburg, S. 145-159.
- Kälble, K. (1999): Gesundheitsbezogene Studiengänge an Universitäten und Fachhochschulen, in: Bundesvereinigung für Gesundheit e.V. (Hrsg.): Gesundheit: Strukturen und Handlungsfelder, Neuwied/Kriftel, IX 3.2 (25 Seiten).
- Kälble, K. (2000a): Zur Entwicklung von Studienangeboten im Bereich des Gesundheitswesens in Deutschland und zu neuen Gestaltungsspielräumen, die durch die Einführung eines neuen Graduierungssystems mit Bachelor- und Masterabschlüssen eröffnet werden, in: Fachhochschule Magdeburg, Fachbereich Sozial- und Gesundheitswesen/Deutscher Verband für Gesundheitswissenschaften (DVGE) (Hrsg.): Planungsansätze zur Akkreditierung von Bachelor- und Masterstudiengängen im Bereich der Gesundheitswissenschaften, Magdeburg, S. 46-55.
- Kälble, K. (2000b): Zur aktuellen Situation der Studiengänge im Gesundheitswesen, in: Impulse, Nr. 29, S. 1.
- Kälble, K./v. Troschke, J. (1998): Studienführer Gesundheitswissenschaften (Bd. 9 der Schriftenreihe der „Deutschen Koordinierungsstelle für Gesundheitswissenschaften“ an der Abteilung für Medizinische Soziologie der Universität Freiburg), Freiburg.
- Kälble/v. Troschke (1999): Professionalisierung auf dem Gebiet der Gesundheitserziehung, -aufklärung und -beratung, in: Prävention. Zeitschrift für Gesundheitsförderung 3, 22. Jg., S. 80-83.
- Kälble, K./v. Troschke (2001): Gesundheitswissenschaftliche Aus- und Weiterbildung in Deutschland: Entwicklung, Entwicklungsstand, die europäische Perspektive und die Herausforderungen durch das neue Graduierungssystem, in: Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften (in Druck).
- Kühnlein, G. (1998): Aus- und Fortbildung in der Gesundheitsförderung. Sind die gegenwärtigen Ausbildungs- und Studiengänge zeitgemäß?, in: Dahme, H.-J./Wohlfahrt, N. (Hrsg.): Umsteuerung oder Ende der Gesundheitsförderung? Neue Herausforderungen an die Prävention, Düsseldorf (Akademie für öffentliches Gesundheitswesen), S. 175-188.
- Ottawa-Charter, in: v. Troschke, J./Reschauer, G./Hoffmann-Markwald, A. (Hrsg.) (1996): Die Bedeutung der Ottawa-Charta für die Entwicklung einer New Public Health in Deutschland (Bd. 6 der Schriftenreihe der „Koordinierungsstelle Gesundheitswissenschaften/Public Health“ an der Abteilung für Medizinische Soziologie der Universität Freiburg), Freiburg, S. 176-181.
- Schnabel, P.-E./Kolip, P./Hurrelmann, K. (1997): Gesundheitsförderung und Gesundheitswissenschaften, in: Klotter, C. (Hrsg.): Prävention im Gesundheitswesen, Göttingen, S. 61-81.
- Seibt, A. C. (2000): Fort- und Weiterbildung in der Gesundheitsförderung. Entwicklungen und Stand, Angebote und Einrichtungen, in: Bundesvereinigung für Gesundheit e.V. (Hrsg.): Gesundheit: Strukturen und Handlungsfelder, Neuwied/Kriftel, IX 4.1 (43 Seiten).

*Dr. phil. Karl Kälble,
Deutsche Koordinierungsstelle für Gesundheitswissenschaften,
Hebelstraße 29, 79104 Freiburg
Tel. 0761 - 2035518
e-mail: kaelblek@uni-freiburg.de*

Gesundheitsförderung durch Hochschulen für Gesundheit

Projekt zur hochschulübergreifenden Entwicklung und Nutzung neuer Medien für eine multimodale, offene und flexible Hochschulbildung in den Gesundheitswissenschaften

Zielsetzungen:

An Fachhochschulen und Universitäten sind in den letzten Jahren in Deutschland zahlreiche neue Studiengänge und Weiterbildungsmöglichkeiten im Bereich der Gesundheitswissenschaften entwickelt worden.

Diese Entwicklung entspricht einem internationalen Trend der Ausdifferenzierung eigenständiger Gesundheitsberufe mit neuen Studienangeboten im tertiären Bildungsbereich und umfasst neben neuen Berufen, etwa im Bereich der Gesundheitsförderung, der Gesundheitsökonomie und der angewandten Gesundheitswissenschaften, auch tradierte Berufsbereiche wie die Pflege oder medizinische Rehabilitationsberufe (z.B. Ergotherapie, Physiotherapie, Logopädie), für die nun auch in Deutschland eine wissenschaftlich fundierte Hochschul-Ausbildung eröffnet werden kann.

Das im Rahmen des BMBF-Programmes „Neue Medien in der Bildung“ geförderte Projekt „Hochschulen für Gesundheit“ strebt auf dem Hintergrund eines mehrjährigen, informellen Erfahrungsaustausches an, durch einen multimedialen Kooperationsverbund die unterschiedlichen Ressourcen und Erfahrungen der Projektpartner zu bündeln und im Rahmen eines dreijährigen Projektes die folgenden **Ziele** zu verwirklichen:

- Didaktische Ausarbeitung und gemeinsame Implementierung von mediengestützten, multimodalen Studienarrangements für gesundheitswissenschaftliche Studiengänge im Bereich der Weiterbildung, des Präsenz- und des berufsbegleitenden Fernstudiums.
- Arbeitsteilige Ausarbeitung von multimedialen Studienmodulen für die gemeinsame Nutzung in Kern- und Ergänzungsbereichen gesundheitswissenschaftlicher Studiengänge
- Entwicklung gemeinsamer Standards für die didaktische und formale Aufbereitung der Studienmodule (problemorientiertes Lernen, Kredit-Punkt-System), der Medien-Anwendungen (Nutzung einer gemeinsamen Internet-Plattform) und der Evaluation und Qualitätsprüfung
- Arbeitsteiliger Aufbau und gemeinsame Nutzung von Datenbanken und Informationssystemen für spezifische Studienbereiche (Literatur,

Medienarchiv, Kontaktadressen, Praktikumsplätze etc.) und die Administration von netzbasierten Studienangeboten

- Hochschulübergreifende Entwicklung und Implementierung englischsprachiger, mediengestützter Studienangebote im Kontext europäischer oder internationaler Studiengänge (z.B. European Master in Health Promotion)
- Hochschulvereinbarungen zu den Nutzungsbedingungen der gemeinsam entwickelten Studienmodule und -materialien
- Vereinbarungen für eine dauerhafte Fortführung und Aktualisierung und ggf. auch eine gemeinsame Öffentlichkeitsarbeit und Werbung für die Studienangebote.

Zielperspektive ist ein multimedial vernetzter Kooperationsverbund von regionalen „Hochschulen für Gesundheit“ entsprechend den gesundheitspolitischen Zielvorstellungen der OECD und der WHO.

Teilnehmer des Kooperationsverbundes sind bisher folgende Hochschulen:

- Technische Universität Berlin
- Universität Bielefeld
- Fachhochschule Fulda
- Fachhochschule Hamburg
- Universität Hannover
- Universität Hildesheim
- Fachhochschule Jena
- Hochschule Magdeburg-Stendal
- Fachhochschule Neubrandenburg
- Universität Oldenburg
- Fachhochschule Osnabrück

Im Rahmen des Projektes soll das Studienangebot durch hochschulübergreifende Entwicklungsarbeiten in den Bereichen

- Pflege
- Gesundheitliche Primärversorgung / Hausärztliche Weiterbildung
- Rehabilitation
- Gesundheitsförderung und –management
- Administration und Planung
- Gesundheitswissenschaften / Public Health

und ggf. weiteren Bereichen der Gesundheitsversorgung in einer modularisierten, mediengestützten Form zu einem durchlässigen, flexiblen Studienangebot von der Fort- und Weiterbildung bis zum Promotionsstudium ergänzt werden.

Der Kooperationsverbund Hochschulen für Gesundheit wird sich dabei in Abstimmung mit anderen Kooperationsverbänden in Deutschland um

die Entwicklung und Nutzung einer gemeinsamen Internet-Plattform nach dem Open-Source-Prinzip bemühen und sich im Rahmen eines thematischen Netzwerkes der EADTU und anderer Organisationen im Fernstudienbereich (ICDE, EDEN) auch um internationale Kooperationen für mediengestützte Studienangebote in den Gesundheitswissenschaften auf der Grundlage gemeinsamer Standards bemühen.

Die Orientierung an internationalen Studienstandards (BA/MA) und die Nutzung gemeinsamer technischer und didaktischer Standards für mediengestützte Studienmodule erleichtert nationale und internationale Akkreditierungsverfahren und sichert eine internationale Akzeptanz der Studienabschlüsse.

Im Rahmen der Entwicklungsarbeiten werden wissenschaftlich fundierte Qualifizierungsmöglichkeiten für die Gesundheitsförderung in verschiedenen gesellschaftlichen Handlungsbereichen eine besondere Bedeutung haben. Ab dem Sommersemester 2002 wird es ein durchgängiges Qualifizierungsangebot für die Gesundheitsförderung von der berufsbegleitenden Fort- und Weiterbildung bis zu einem europäischen Master-Studiengang mit den folgenden Studienangeboten geben:

- Ein „Qualifizierungs-Netzwerk Gesundheitsförderung“ als berufsbegleitende Fortbildung für Akteure in verschiedenen Handlungsfeldern der Gesundheitsförderung, in Kooperation mit der GesundheitsAkademie und der Allianz für Gesundheitsförderung
- Diplom-Studiengang „Gesundheitsförderung und -management“ an den Fachhochschulen Hamburg und Magdeburg und ein
- Europäischer Master-Studiengang „Master in Health Promotion-EU-MAHP“ in einem europäischen Kooperationsverbund an der Hochschule Magdeburg-Stendal

Eine Zusammenarbeit mit dem Deutschen Verband für Gesundheitswissenschaften, dem Netzwerk Gesundheitsfördernder Hochschulen, dem Forschungsverbund Gesundheit-Pflege-Soziale Arbeit (GePsA) und den Organisationen der „Allianz für Gesundheitsförderung“ soll dazu beitragen, die Aus-, Fort- und Weiterbildung in den Gesundheitswissenschaften mit anwendungsorientierten Forschungs- und Entwicklungsprojekten und einem regionalen Engagement der „Hochschulen für Gesundheit“ zu verbinden.

Der Kooperationsverbund ist offen für weitere Partner bei der Umsetzung der Teilprojekte.

Weitere Informationen sind erhältlich bei den einzelnen Mitglieds-Hochschulen und bei der Geschäftsstelle „Hochschulen für Gesundheit“

c/o Hochschule Magdeburg-Stendal, FB Sozial- und Gesundheitswesen Breitscheidstr. 2, 39114 Magdeburg, Tel. 0391 / 886 4712, Fax -886 4293

Gesundheitsförderung in der Erwachsenenbildung

Welchen Stellenwert hat die Gesundheitsbildung in der Weiterbildung / Erwachsenenbildung im Hinblick auf die Ziele der Ottawa-Charta und ein kooperatives Programm für Gesundheitsförderung?

Der Beitrag der Gesundheitsbildung als Teil von Gesundheitsförderung besteht in der öffentlich verantworteten Weiterbildung darin, Wissen, Wertorientierungen und Kompetenzen/Handlungsfähigkeiten für die Weiterentwicklung und/oder Herstellung einer gesundheitsfördernden Lebenskultur zu vermitteln und zu fördern. In diesem Sinne schließt sie sowohl Handlungen und Aktivitäten ein, die auf die Stärkung der Kenntnisse und Fähigkeiten der Individuen zur Realisierung einer gesunden Lebensweise im Alltag gerichtet sind (Verhaltensprävention) als auch solche, die darauf abzielen, Bewußtsein für soziale, ökonomische, politische sowie Umweltbedingungen zu entwickeln, diese kritisch zu analysieren und Handlungsmöglichkeiten aufzuzeigen, sie derart zu verändern, dass sie positiv auf individuelle und öffentliche Gesundheit wirken (Verhältnisprävention). Sie richtet den Blick also auf das Zusammenspiel von individuellen und gesellschaftlichen Bedingungsgefügen von Gesundheit und ihrer Gefährdung.

Dementsprechend ist das Angebotsspektrum der Gesundheitsbildung breit angelegt. Es umfaßt Angebote zu folgenden Themenbereichen: Gesundheits-/Krankheitsbegriff, gesunde Ernährung/Diät, Bewegung und Körpererfahrung, Entspannung/Meditation, psychische Stabilität und soziale Kompetenz, Gesundheitspflege/Erste Hilfe/Krankenpflege, Erkrankungen und Heilmethoden, Gesellschaft und Gesundheit/Umwelt, Gesundheitspolitik und Gesundheitswesen, Drogen-/Suchtprobleme, Schwangerschaft/Geburt, Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz, Lehrgänge für Gesundheitsberufe (z. B. Gesundheitsberater/in, Suchtkrankenhelfer/in, Altenpflegehelfer/in), Unterstützung/Stärkung von Selbsthilfegruppen (vgl. Landesinstitut für Schule und Weiterbildung 1999, S.36f).

Die Mehrzahl der Angebote werden jedoch in den Bereichen Bewegung und Entspannung durchgeführt. Hier steht das Kennenlernen und Erlernen von gesundheitsförderlichen Verfahren im Vordergrund (vgl. ebenda, S.37).

Die Gesundheitsbildung hat sich zu einem der größten Angebotsbereiche in der Erwachsenenbildung entwickelt.

Viele Weiterbildungseinrichtungen (insbesondere Volkshochschulen und Familienbildungsstätten) sind mit ihrem vielfältigen und umfangreichen

Angebot ein wichtiger Teil der Gesundheitsförderung in der Kommune. Sie kooperieren z.B. mit Krankenkassen, Krankenhäusern und anderen gesundheitsrelevanten Einrichtungen, mit Betrieben und mit Initiativen und Selbsthilfegruppen.

Gesundheitsbildung in der öffentlich verantworteten Weiterbildung zeichnet sich im Gegensatz zu vielen kommerziellen Anbietern dadurch aus, dass sie Qualitätsentwicklung und -sicherung sowie dem Verbraucherschutz einen hohen Stellenwert gibt. So haben Weiterbildungseinrichtungen sowie Landesorganisationen auf Landes- und Bundesebene Qualitätskriterien und -empfehlungen entwickelt, die sich z.B. auf die Bereiche Programmqualität, Qualifikation der Kursleitenden, Ausstattung von Räumlichkeiten, Marketing beziehen.

In Hinblick auf die Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung 1986 ist die Gesundheitsbildung vorrangig der Zielebene „Persönliche Kompetenzen entwickeln“ zu zuordnen. Sie trägt aber auch dazu bei, „gesundheitsförderliche Lebenswelten zu schaffen“, soweit es ihr gelingt, ihre Teilnehmenden zu motivieren und zu befähigen, sich im eigenen Lebensumfeld (Familie, Nachbarschaft, Gemeinwesen) für die Stärkung gesundheitsförderlicher Lebensbedingungen einzusetzen.

Bezogen auf ein kooperatives Programm für Gesundheitsförderung, orientiert am „Rahmen für Landesweite Aktionspläne zur Gesundheitsförderung“ (WHO 2000) kann die Weiterbildung insbesondere dazu beitragen, *„öffentliches und politisches Bewußtsein für Gesundheitsförderung zu wecken“* und *„die Förderung von gesunden Lebensweisen zu unterstützen“* (WHO 2000).

Sie wird ihren Schwerpunkt nach wie vor bei *„Maßnahmen zur Förderung des Umgangs mit Gesundheitsinformationen einschließlich gesundheitsbezogenen Wissen, Einstellungen, Motivierung, Verhaltensabsichten, persönliche Fähigkeiten und Selbstwirksamkeit“* (WHO 2000) haben. Sie wird aber auch zu *„gesellschaftlichen und einflussnehmenden Maßnahmen, einschließlich Beteiligung und Ermächtigung der Gemeinschaft...“* (WHO 2000) beitragen können, in dem sie bewußt bürgerschaftliches Engagement zur Stärkung gesundheitsförderlicher Lebensbedingungen fördert und stärkt.

Durch welche Aktivitäten können in der Gesundheitsbildung sozial vermittelte Einschränkungen von Gesundheitschancen reduziert werden?

Leider ist zu konstatieren, dass die Gesundheitsbildung Teilnehmende, deren Gesundheitschancen aus sozialen Gründen eingeschränkt sind, nur wenig erreicht. Eine Gesundheitsbildung für alle gilt es noch zu rea-

lisieren.

Ein 1998 vom Landesinstitut für Schule und Weiterbildung im Auftrag des Ministeriums für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit NRW gefördertes Projekt „Ermittlung von Erkenntnissen über die derzeitige und potentielle Teilnehmerschaft in der Gesundheitsbildung“ machte deutlich, dass das Stammpublikum deutsche erwerbstätige und nichterwerbstätige Frauen im Alter von 35 bis 60 Jahren mit mittlerem bis höherem Bildungsabschluss (ca 80% der Teilnehmenden) umfasst.

Unterrepräsentierte Gruppen sind: Männer, Migrantinnen und Migranten, junge Leute unter 25 Jahren, Seniorinnen und Senioren sowie sozial Benachteiligte (vgl. Landesinstitut für Schule und Weiterbildung 1999, S. 53)

Wie könnten diese Gruppen mehr einbezogen werden?

Um Antworten zu geben, muss der Blick zunächst auf die Frage gerichtet werden, aus welchen Gründen diese Gruppen in der Gesundheitsbildung fehlen (Abgesehen davon, dass die Weiterbildung – trotz bildungspolitischer Zielsetzung - insgesamt kein lebensbegleitendes Lernen für alle realisiert).

Insbesondere durch den Rückgang öffentlicher Förderung hat betriebswirtschaftliches Handeln auch in der öffentlich verantworteten Weiterbildung in den letzten Jahren erheblich zugenommen. So haben Teilnahmegebühren einen immer höheren Stellenwert gewonnen. Der Zwang zu wirtschaftlichem Arbeiten (Kostendeckung bezogen auf Honorare und Raummieten/Gewinnorientierung) ist gestiegen.

Insbesondere für die Gesundheitsbildung hat dies einschneidende Folgen:

- Angebote der Gesundheitsbildung sind besonders stark nachgefragt. Deshalb wird oft die Konsequenz gezogen, diesem Programmbereich höhere Kostendeckungsvorgaben als anderen zuzuweisen.
- So hat eine Konzentration auf diejenigen Angebote stattgefunden, die besonders stark nachgefragt sind (Angebote in den Themenbereichen ‚Bewegung und Entspannung‘).
- Das Interesse an einer verstärkten Einbindung insbesondere sozial Benachteiligter, die häufig Anspruch auf Gebührenermäßigungen haben, ist aus wirtschaftlichen Gründen also eher gering.
- Erwirtschaftete Überschüsse /Gewinne kommen in der Regel anderen Programmbereichen zu gute, wo die Nachfrage geringer und Subventionierung in hohem Maße notwendig ist (z.B. in der politischen Bildung).
- Die gezielte Ansprache und Gewinnung unterrepräsentierter Gruppen (z. B. durch aufsuchende Werbung oder den Ausbau von Kooperationen

mit anderen Einrichtungen – insbesondere im Bereich der Migrantenarbeit) sowie die Entwicklung von Konzepten, die sich an ihrer Lebenswelt, ihren konkreten Problemlagen und ihrem spezifischen Gesundheitsbewusstsein und -handeln orientieren, wird aufgrund begrenzter personeller und finanzieller Kapazitäten nur wenig realisiert.

Diese Entwicklung hat der Gesundheitsbildung einerseits Anerkennung (in der Weiterbildungseinrichtung) beschert, denn sie ist kein „Defizitbereich“, andererseits hat sie sie in die Kritik gebracht (in der Weiterbildungspolitik). Diese Kritik konzentriert sich im wesentlichen auf den starken Akzent der Verhaltensprävention der Angebote einhergehend mit der Vermutung, hier würde nicht gelernt, sondern es würden vorrangig gesundheitsförderliche Verfahren ausgeübt. Zudem stünden in vielen Angeboten die Gewinnung von mehr Fitness und Schönheit im Vordergrund und weniger die Entwicklung gesunder Lebensstile.

So ist in fataler Weise – und ohne Evaluation – der Eindruck entstanden, die gesamte Gesundheitsbildung bediene vorrangig private Interessen der Teilnehmenden. Dabei gerät aus dem Blick, dass Gesundheitsförderung und -bildung klassische Beispiele für die enge Zusammengehörigkeit von individueller und öffentlicher Verantwortung sind.

In Nordrhein-Westfalen hat diese Sichtweise auf die Gesundheitsbildung zur Folge gehabt, dass sie im Zuge der Novellierung des Weiterbildungsgesetzes in NRW 1999 beispielsweise nicht dezidiert in den Kanon derjenigen Bildungsbereiche von besonderem gesellschaftlichen Interesse aufgenommen wurde, die zukünftig in NRW förderfähig sein sollen. In einer Einzelbegründung zum Gesetzentwurf wurde ausgeführt, dass insbesondere solche Angebote der Gesundheitsbildung zu den gesellschaftlich relevanten Angeboten zu zählen seien, die sich mit den gesellschaftlichen Bedingungen von Gesundheit und Krankheit auseinandersetzen.

Bemerkenswerterweise wurde für keinen anderen Bereich der Weiterbildung gefordert, bei der Auseinandersetzung mit gesellschaftlichen Bedingungen stehen zu bleiben, um gesellschaftlich relevant zu sein. Man stelle sich z.B. vor, mit Arbeitslosen würden nur die gesellschaftlichen Bedingungen von Arbeitslosigkeit thematisiert und nicht schwerpunktmäßig ihr Wissen und ihre Kompetenzen gefördert, um ihre Zukunftschancen in der Arbeitswelt zu erhöhen. Allein das Wissen um gesellschaftliche Bedingungen und Einflussfaktoren auf Gesundheit und Krankheit stärkt Teilnehmende nicht für individuelles und gemeinschaftliches Handeln zur Gestaltung einer gesundheitsförderlichen Lebenskultur.

Zugespitzte Schlussfolgerungen:

Wenn die Gesundheitsbildung weiterhin unter dem Druck zu marktgängi-

gen Angeboten steht und dieser sich evtl. noch erhöht, besteht die Gefahr, dass

- der Ausbau lebensweltorientierter Angebote für die unterrepräsentierten Gruppen und Bevölkerungsgruppen mit eingeschränkten Gesundheitschancen immer weniger Chancen hat.
- Gesundheitsbildung noch stärker zur Domäne von Besserverdienenden wird, immer weniger dazu beiträgt, soziale Differenzen auszugleichen und somit das Ziel einer sozial gerechten Gesundheitsbildung noch mehr aus dem Blick gerät.
- noch weniger Angebote offeriert werden, für die die Nachfrage gestärkt werden muss (siehe dazu später) und das Angebotsprofil der Gesundheitsbildung sich zukünftig nicht erweitert.
- Gesundheitsbildung auch weiterhin das herrschende Geschlechterverhältnis stützen wird, wenn sie nicht gezielter mit ihrem Angebot auch Männer erreicht und für gesundheitliche Lebensgestaltung sensibilisiert (Gesundheit/Sorge für Gesundheit ist nach wie vor Angelegenheit von Frauen), die Geschlechterperspektive als einen entscheidenden didaktischen Maßstab in den Angeboten verankert, um den geschlechtsspezifischen Prägungen der gesundheitlichen Situation, des Gesundheitsbewusstseins und -handelns sowie der Lerninteressen gerecht zu werden und geschlechtssensible Selbstaufklärung initiiert, damit auch in ihrem Bereich geschlechtsdemokratisierende Effekte erreicht werden können (vgl. Landesinstitut für Schule und Weiterbildung 1998).

Worin besteht der mögliche Beitrag der Gesundheitsbildung zu einem kooperativen Aktionsprogramm für Gesundheitsförderung?

Trotz der aufgezeigten Entwicklungen hat die Gesundheitsbildung über ihre bisherigen Leistungen hinaus großes Potential, einen wirksamen Beitrag für ein kooperatives Aktionsprogramm „Gesundheitsförderung in Deutschland“ zu leisten.

Bezogen auf die Adressatenebene könnte sie weit mehr als bisher beispielsweise:

- Gezielte Angebote für die bisher in der Gesundheitsbildung unterrepräsentierten Bevölkerungsgruppen und solche mit nachgewiesenermaßen eingeschränkten Gesundheitschancen entwickeln und durchführen und eine Gesundheitsbildung für alle realisieren.
- Eine geschlechtergerechte Gesundheitsbildung entwickeln.

Weil Gesundheitsbildung Querschnittsaufgabe ist, könnte sie auf der Angebotsebene Veranstaltungen z. B. in den Bereichen der arbeitsweltorientierten und politischen Bildung sowie der Familienbildung ausbauen.

Beispiele für Ziele und Inhalte von Angeboten:

- Vermittlung von Wissen und Kompetenzen zur gesundheitsgerechten Arbeits- und Arbeitsplatzgestaltung sowie zum Umgang mit arbeitsbedingten körperlichen und psychischen Belastungen/ Angebote in Kooperation mit Betrieben vor Ort und in der Region.
- Vermittlung von Wissen und Kompetenzen zur gesundheitsgerechten Mitarbeiterführung – als bedeutender Einflussfaktor auf Arbeitszufriedenheit und Wohlbefinden der Beschäftigten.
- Kompetenzerweiterung für Mitarbeitende aus den Gesundheitsberufen.
- Beiträge zur Bildung für Nachhaltigkeit: Hier ist z. B. anzustreben, Umweltbildung und Gesundheitsbildung mehr vernetzen, die Akteure aus dem Gesundheitsbereich zu motivieren und dabei zu unterstützen, sich am Agenda-Prozeß zu beteiligen, und ganz konkret über Ansätze und Praxisbeispiele zu informieren, wie das Thema Gesundheit im Agenda-Prozeß stärker berücksichtigt werden könnte.
- Zur Mitgestaltung gesundheitsförderlicher Lebensbedingungen motivieren und befähigen, in dem sie beispielsweise diejenigen Gruppen, Initiativen und Vereine mit Angeboten stärkt und fördert, die im Rahmen bürgerschaftlichen Engagements im Gesundheitsbereich arbeiten.
- Kritische Auseinandersetzung mit der Gesundheitspolitik.
- Stärkung der Kompetenz von Eltern bei der Mitwirkung von Gesundheitsförderung in Kindergärten und Schulen.

Will die Gesundheitsbildung allerdings diese aufgezeigten Potentiale realisieren, setzt dies auf der Ebene der Weiterbildungseinrichtungen insbesondere folgendes voraus:

- Realisierung eines ausgewogenen Mix zwischen marktorientierten und weniger marktorientierten Angeboten. Nur so können Veranstaltungen durchgeführt werden, die nur in geringem Maße kostendeckend realisiert werden können.
- Die Entwicklung und Erprobung neuer Angebote, insbesondere um bisher unterrepräsentierte Gruppen und Menschen mit eingeschränkten Gesundheitschancen zu gewinnen.
- Verstärkte Entwicklung von Kooperations- und Vernetzungsstrukturen mit Institutionen, Initiativen und Vereinen aus dem Gesundheits-, Sozial-, Bildungs- und Kulturbereich als auch aus der Arbeitswelt (insbesondere Betriebe) im lokalen und regionalen Raum.
- Gezielte Fortbildung des Personals für neue Entwicklungsperspektiven und -schritte.

Welche Maßnahmen erscheinen in Bezug auf ein gemeinsames Aktionsprogramm als besonders vordringlich?

Ein Aktionsprogramm müßte m. E. zunächst entscheidende Ergebnisse auf der Ebene der Politik anstreben, denn ohne eine politische und nachhaltige Aufwertung der Gesundheitsförderung werden viele gute und bereits erprobte Ansätze weiterhin ein Schattendasein führen und erst recht nicht die finanzielle Förderung erfahren, die es braucht, damit Gesundheitsförderung in allen gesellschaftlichen Bereichen wirksam wird.

Als vordringliche Elemente des Aktionsprogramms stelle ich mir vor:

- *Die hohe gesellschaftliche Relevanz sowie der materielle und immaterielle Gewinn durch Gesundheitsförderung* wird von Politik, Wirtschaft und Forschung *deutlich und medienwirksam herausgestellt*. Es wird betont, dass Gesundheitsförderung (mit ihren Komponenten Verhaltens- und Verhältnisprävention) nachweislich dazu beiträgt, die Produktivkraft der Beschäftigten zu sichern, (arbeitsbedingte) Erkrankungen zu verhindern und zu mindern und somit die Behandlungs- und Rehabilitationskosten zu senken, frühzeitige Berentungen wegen Berufs- und Erwerbsunfähigkeit zu verhindern sowie gesundheitsförderliche Lebensstile und Lebensbedingungen in familiären, wohnlichen, nachbarschaftlichen und gemeinwesenbezogenen und regionalen Lebenskontexten zu schaffen. *Gesundheitsförderung wird als eine zentrale gesellschaftliche Schlüsselinvestition herausgestellt*, für deren Stärkung individuelle und öffentliche Verantwortung zusammengehören.
- Gesundheitsförderung wird weit mehr als bisher als Aufgabe aller Politikbereiche – also auch der Bildungspolitik – begriffen (WHO 2000). Es entstehen auf allen Ebenen der Politik und Verwaltung Partnerschaften für die gesundheitliche und soziale Entwicklung (WHO 1997). Gesundheitsförderung adaptiert die Strategie des Gender-mainstreamings. Die Entwicklung, Organisation und Evaluierung von politischen Entscheidungsprozessen und Maßnahmen wird so gestaltet, dass in jedem Politikbereich und auf allen Ebenen die Ausgangsbedingungen und Auswirkungen auf die Gesundheit berücksichtigt werden, um dem Ziel einer gesundheitsförderlichen Lebenskultur näher zu kommen.
- Insbesondere von der Bildungspolitik wird mehr als bisher der *hohe Stellenwert von Bildung zur Realisierung von Gesundheitsförderung anerkannt und Maßnahmen verstärkt gefördert*. Es wird betont, welchen Stellenwert Gesundheitslernen, d.h. der Zugang zu Bildung und Information hat, damit Menschen gesundheitsrelevantes Wissen und Handlungskompetenzen erwerben können, um sich gesundheitsgerecht verhalten und eine wirksame Beteiligung und Befähigung zur Wahrnehmung ihrer Gesundheitsinteressen (z.B. im Sinne bürgerschaftlichen Engagements) erreichen können (vgl. z.B. Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft, Forschung und Technologie 1997).

- *Gesundheitsförderung wird weit mehr als bisher als wesentlicher Beitrag zur Förderung nachhaltiger Entwicklung begriffen*, denn sie ist zentraler Bestandteil des Gesellschaftskonzepts zur Förderung nachhaltiger Entwicklung (vgl. Kapitel 6 der Agenda 21). In der (Weiterbildungs)politik wird die Beschlussempfehlung und der Bericht des Ausschusses für Bildung, Forschung und Technikfolgenabschätzung zur ‚Bildung für eine nachhaltige Entwicklung‘ (Vgl. Deutscher Bundestag, Drucksache 14/3319) mehr als bisher handlungsleitend. Hier wird nämlich auch die Gesundheitsbildung neben der Umweltbildung, der politischen Bildung u.a. als zentraler Bereich zur Förderung einer Bildung für Nachhaltigkeit hervorgehoben.
- Insbesondere von Seiten der Politik werden auf allen Ebenen *Handlungskonzepte bezogen auf die Bevölkerungsgruppen mit eingeschränkten sozialen Gesundheitschancen gefördert*, um mehr soziale Gerechtigkeit in Sachen Gesundheit zu verwirklichen.
- Da integrative Ansätze der Gesundheitsförderung am wirksamsten sind, also solche die Verhaltens- und Verhältnisprävention umfassen, wird nicht das eine als gesellschaftlich relevanter bewertet als das andere und gegeneinander ausgespielt. Es wird insbesondere durch den *Aufbau bzw. die Erweiterung von Vernetzungsstrukturen der Akteure* (vorrangig auf lokaler und regionaler Ebene) darauf hingearbeitet, die unterschiedlichen Ansätze zu koordinieren bzw. zu integrieren. Die Akteure kommen nicht nur aus dem Gesundheitsbereich, sondern auch aus den Bereichen Arbeit, Soziales, Bildung und Umwelt, um im Sinne nachhaltiger Entwicklung integriert und ressortübergreifend arbeiten zu können.

Um mit dem Blick auf die Weiterbildung/Erwachsenenbildung zu schließen: wären diese Ziele/Maßnahmen eines Aktionsprogramms bereits durchgesetzt, würde die Gesundheitsbildung (in NRW und auch in anderen Bundesländern) längst zu den gesellschaftlich relevanten Bildungsbereichen gezählt und von der Weiterbildungspolitik die Anerkennung erhalten, die ihr im Sinne des Gemeinwohls und zukünftiger Entwicklung in Arbeitswelt und Gesellschaft gebührt.

Literatur:

- Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft, Forschung und Technologie (Hrsg.): „Gesundheit und allgemeine Weiterbildung – Beitrag zu einer neuen Perspektive der Gesundheitsförderung“, Bonn 1997
- Landesinstitut für Schule und Weiterbildung. „Frauen, Männer und Gesundheit – Zur Notwendigkeit einer geschlechterorientierten und emanzipatorischen Gesundheitsbildung“, Soest 1998

- Landesinstitut für Schule und Weiterbildung (Hrsg.). „Gesundheitsbildung für alle – Anregungen und Empfehlungen für die Weiterbildung“, Soest 1999
- WHO (Hrsg.): „Die Jakarta Erklärung zur Gesundheitsförderung für das 21. Jahrhundert“, 1997
- WHO (Hrsg.): „Rahmen für Landesweite Aktionspläne zur Gesundheitsförderung“, Dokument der 5. Globalen Konferenz zur Gesundheitsförderung vom Juni 2000 in Mexiko-City

Ursula Wohlfahrt
 Referatsleiterin Abteilung Weiterbildung
 Landesinstitut für Schule und Weiterbildung NRW
 Postfach 1754, 59494 Soest
 Tel. 02921 - 683300, Fax 02921 - 683392
 Email: ursula.wohlfahrt@mail.lsw.nrw.de

Gesundheitsförderung in der hausärztlichen Versorgung

Gesundheitsförderung gehört zu den grundlegenden Aufgaben der deutschen Ärzte. So steht in der (Muster-)Berufsordnung: Die Aufgabe des Arztes ist es das Leben zu erhalten, die Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen sowie Leiden zu lindern.

Auf Grund der Komplexität dieser Aufgaben können sie nur in Zusammenarbeit mit vielen anderen Berufen und Initiativen sowie im Rahmen einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik optimal erfüllt werden. Dies hat der Deutsche Ärztetag in seinem gesundheitspolitischen Programm (97.-Deutscher Ärztetag 1994) unter Bezug auf die Ottawa Charta wie folgt festgehalten:

Die notwendigen gesundheitspolitischen Voraussetzungen für Gesundheitsförderung sind

- Die Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik
- Die Gestaltung gesundheitsfördernder Lebensbedingungen
- Die Unterstützung gesundheitsbezogener Gemeinschaftsaktionen
- Die Neuorientierung der Gesundheitsdienste.

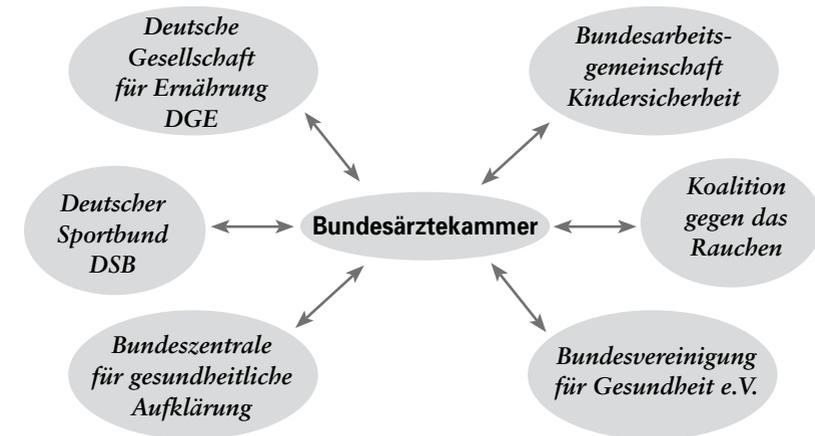
Weitere Beschlüsse des Deutschen Ärztetages mit Bezug zur Gesundheitsförderung:

- Gesundes Europa (2000)
- Bürgerinformation im Gesundheitswesen (2000)
- Patientenaufklärung intensivieren (2000)
- Gesundheitliche Folgen von Freizeitlärm (2000)
- Patientenberatung - eine ärztliche Aufgabe (2000)
- Gesundheitsförderung nach § 20 SGB V (1999)
- Präventive Maßnahmen (1999)
- Prävention als ärztliche Aufgabe (1999)
- Neue Wege bei der Drogen- und Suchtbekämpfung (1999)
- Rauchfreie Praxen und Krankenhäuser (1999)
- Chronische Massenarbeitslosigkeit (1998)
- Neue Armut (1998)
- Wohnungslosigkeit (1998)
- Prinzipien einer humanen Gesundheits- und Sozialpolitik (1996)
- Sicherung des Sozialstaates (1996)
- Gesundheitspfennig auf Tabak und Alkoholika (1996)

Die Tätigkeit des einzelnen Arztes konzentriert sich in der Gesundheitsförderung auf:

- individuelle Gesundheitsberatung in der Sprechstunde
- Entwicklung persönlicher Kompetenzen
- Gruppenarbeit mit Risikopersonen, Behinderten oder Kranken
- Mitwirkung an öffentlichen Gesundheitsprogrammen.

Zusammenarbeit der Bundesärztekammer mit nichtärztlichen Gremien und Organisationen der Gesundheitsförderung



Die Ärzte werden auf Ihre Tätigkeit in der Gesundheitsförderung vorbereitet durch zahlreiche Fort- und Weiterbildungen, beispielsweise in den durch Curricula oder Kursbücher bundesweit strukturierten Kursen Allgemeinmedizin, Ernährungsmedizin, psychosomatische Grundversorgung und suchtmmedizinische Grundversorgung. Der Kurs „Strategie und Techniken der ärztlichen Gesundheitsförderung“, der regelmäßig durch die Bundesärztekammer und die Ärztekammern angeboten wird, beruht maßgeblich auf dem Konzept der Salutogenese von Antonovsky und dem Settingsansatz der WHO.

Die hausärztliche Versorgung wird durch Allgemeinmediziner, hausärztlich tätige Internisten und Kinderärzte sichergestellt. 90-% der Bevölkerung sind in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert und haben Anspruch auf Vorsorgemaßnahmen: Mutterschaftsvorsorge, Kinderfrüherkennungsuntersuchungen, Impfungen, Krebsfrüherkennungen, Gesundheitsuntersuchungen (Herz-/Kreislauf-, Nieren- und Zuckerkrankheit), sowie weitere medizinische Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen. Die

ärztliche Gebührenordnung sieht für privat versicherte Patienten entsprechende Leistungen vor.

Beispiele für wissenschaftlich sehr gut belegte – so genannte evidenzbasierte – ärztliche Präventions- und Gesundheitsförderungsleistungen sind:

- ärztliche Beratung von Eltern zur Kinderunfallprävention (Bass et al. 1993)
- Raucherentwöhnungsberatung (Cochrane 2000)
- sekundäre Alkoholprävention (Fleming et al. 1997).

Eine besonders benachteiligte und gesundheitlich belastete Personengruppe sind Wohnungslose, die zu 80-% dringend behandlungsbedürftig sind. Um diese zu erreichen sind gesonderte Sprechstunden in Heimen, Beratungsstellen der Wohnungslosenhilfe, Gesundheitsämtern sowie durch mobile medizinische Hilfe notwendig. Träger sind Ärztekammern, Kassenärztliche Vereinigungen, der öffentliche Gesundheitsdienst oder private Initiativen von Ärzten.

Weitere Präventionsmaßnahmen der Ärzteschaft richten sich an Kinder und Jugendliche:

- im Rahmen des Kinder- und Jugend- ärztlichen Dienstes des ÖGD
- durch Programme von Ärztekammern zum Aufbau kontinuierlicher Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Lehrern
- Angebot eines kontinuierlichen ärztlichen Ansprechpartners für einzelne Schulen.

Im Rahmen der ärztlichen Präventionstage 1998 wurden bundesweit 2.000 Aktionen von Ärzten zur Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen durchgeführt. Schwerpunktthemen waren: Prävention von Kinderunfällen, Berufsberatung bei allergischer Disposition, Fitness, Sexualität und Pubertätsentwicklung sowie Suchtprävention.

Zurzeit wird von der Bundesärztekammer eine ärztliche Präventions- und Gesundheitsförderungsstrategie vorbereitet, die sich orientiert an der Bundesgesundheitsberichterstattung und diejenigen Handlungsfelder aufgreifen wird, in denen ärztliche Gesundheitsförderung besonders notwendig und wirksam ist. Laut Bundesgesundheitsurvey 1998 sucht fast die gesamte Bevölkerung (ca. 90-%) über alle sozialen Schichten hinweg zumindest einmal im Jahr einen Arzt auf. Die Ärzte sind als Gesundheitsberater anerkannt. Dieses Potenzial sollte im Rahmen eines allgemeinen nationalen Gesundheitsförderungsprogramms unbedingt mit dem Ziel einer optimalen Vernetzung aufgenommen und gefördert werden.

Als vordringliche Aufgaben für ein nationales Aktionsprogramm sind zu nennen:

1. Gesundheitsfördernde Allgemeinpolitik, z.-B. Gesundheitsverträglichkeitsprüfung
2. Identifizierung des spezifischen Beitrags jedes Kooperationspartners unter einem gemeinsamen Dach: Bundesvereinigung für Gesundheit e.V.
3. Ausreichende finanzielle Ausstattung dieses Kooperationsbündnisses, z.-B. durch einen Fonds Gesundes Deutschland

Dr. med. Frank Lehmann, MPH
Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Str. 1, 50931 Köln
Tel. 0221 - 4004413, Fax 0221 - 4004388
E-Mail: cme@baek.dgn.de

Gesundheitsförderung durch Soziale Arbeit

Einleitung

Wer auch nur ein wenig über die Methoden der Sozialen Arbeit weiß, wird die Ottawa-Charta wie ein vertrautes Papier lesen: die Leitmethoden der Gesundheitsförderung „befähigen und ermöglichen“, „vermitteln und vernetzen“, „Interessen vertreten“ sind Begriffe aus der sozialpädagogischen Methodenlehre. Das gilt auch für einige der fünf Handlungsstrategien der Gesundheitsförderung wie z.B. „persönliche Kompetenzen entwickeln“, „gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen unterstützen“, „gesundheitsförderliche Lebenswelten schaffen“. Das war den AutorInnen der Ottawa-Charta sehr wohl bewußt. Wenn sie gelegentlich darauf hinwiesen, daß das „Projekt Gesundheitsförderung“ kein Sozialarbeits-Projekt sei, wollten sie damit sagen, daß Gesundheitsförderung eine *interdisziplinäre* Aufgabe sei und nicht zum Gegenstand *einer* Berufsgruppe werden darf, schon gar nicht der Sozialen Arbeit, also einer Berufsgruppe mit geringem Prestige und wenig Einfluß. Wie die Geschichte der Gesundheitsförderung seit 1986 zeigt, ist diese Sorge völlig unbegründet: Sozialarbeit ist bislang an der Umsetzung der Gesundheitsförderung nur marginal beteiligt. Im Vergleich dazu sind die Möglichkeiten der Gesundheitsförderung durch Soziale Arbeit – wie der folgende Beitrag zeigen soll – weitaus größer. In der folgenden Übersicht (vgl. auch Chassé u. von Wensierski 1999) sind alle Handlungsfelder und Institutionen der Sozialen Arbeit aufgelistet. Gesundheitsbezogene Sozialarbeit findet sich darin als *Sozialarbeit im Gesundheitswesen* und als *Gesundheitsarbeit im Sozialwesen* (einen Überblick über beide Bereiche geben Homfeldt u. Hünerstorf 1997 sowie Sting u. Zurhorst 2000).

Tabelle 1: Handlungsfelder der Sozialen Arbeit

1. Allgemeiner Sozialdienst/Erziehungshilfen/Jugendpflege

- 1.1. Allgemeiner Sozialdienst einschließlich
 - Familien- und Vormundschaftsgerichtshilfe, - Jugendgerichtshilfe,
 - Vermittlung und Koordinierung von Erziehungshilfen
- 1.2 Erziehungshilfen
 - Erziehungsbeistandschaft, - Pflegekinderwesen,
 - Soziale Gruppenarbeit, - Intensive Einzelbetreuung
 - Heimerziehung i.e.S., - Wohngruppen, - Betreutes Wohnen,
 - Jugendsozialarbeit/Jugendberufshilfe nach §15 KJHG,
 - Hilfen für junge Volljährige

1.3. Jugendpflege

- in Jugendämtern, - Jugendzentren, - Ferienmaßnahmen,
- betreute Spielplätze, - Jugend- und Erwachsenenbildung (Bildungsstätten u.a.), - Jugendverbandsarbeit

2. Sozialarbeit im Gesundheitswesen/Sozialarbeit im Rahmen der Behindertenhilfe (§39 BSHG)/Altenarbeit

2.1 Sozialarbeit im Gesundheitswesen

- Gesundheitsämter, - Sozialpsychiatrische Dienste,
- Krankenhaussozialarbeit (Allgemeine Krankenhäuser, Psychiatrische Krankenhäuser etc), - Suchtkrankenhilfe, - Krankenkassen

2.2. Sozialarbeit im Rahmen der Behindertenhilfe (§39 BSHG)

- Sonderkindergärten, - Frühförderung,
- Werkstätten für Behinderte, - Wohnheime

2.3. Altenhilfe

- Altenberatung, - Alten- und Pflegeheime, - Sozialstationen

3. Sozialarbeit im Rahmen des § 72 BSHG/Sozialarbeit im Bereich der Strafjustiz/Sozialarbeit im Bereich der Berufsbetreuung

3.1. Sozialarbeit mit Personen mit besonderen sozialen Schwierigkeiten (§72 BSHG)

- Beratungsstellen, - Ambulante Hilfe, - Heimeinrichtungen,
- Hilfen zur Arbeit

3.2. Sozialarbeit im Bereich der Strafjustiz

- Bewährungshilfe, - Strafvollzug, - Gerichtshilfe

3.3 Sozialarbeit im Bereich der Berufsbetreuung

- Betreuungsbehörden, - Betreuungsvereine
- Selbständige BerufsbetreuerInnen

4. Psychosoziale Beratungs- und Betreuungseinrichtungen

- Erziehungsberatung, - Jugendberatung, - Beratung nach § 218 StGB,
- Frauenhäuser, - Mädchenhäuser, - Kinderschutzzentren

5. Ausländer-, Aussiedler- und Flüchtlingsberatung

- Flüchtlingsberatungsstellen, - Ausländerberatungsstellen,
- Aussiedlerberatung

Gesundheitsförderung im Rahmen der Sozialarbeit im Gesundheitswesen

Sozialarbeit im Gesundheitswesen findet – wie der Name sagt – in Einrich-

tungen des Gesundheitswesens statt, also im Krankenhaus, im Gesundheitsamt, in der Suchtkrankenhilfe sowie in der Gemeindepsychiatrie, um nur die wichtigsten Bereiche zu nennen. Die im Gesundheitswesen beschäftigten ca. 15000 SozialarbeiterInnen und SozialpädagogInnen (das sind ca. 10% aller diplomierten SozialarbeiterInnen und SozialpädagogInnen) verteilen sich zu etwa gleichen Teilen auf die o.g. Bereiche (Waller 1997). Sozialarbeit im Gesundheitswesen entstand – zuerst im Krankenhaus –, um das mit Krankheit verbundene Risiko einer sozialen, beruflichen und finanziellen Benachteiligung zu vermeiden bzw. abzumildern. „Fürsorgerrinnen“ im Krankenhaus gehörten damit zu den ersten Fachkräften der Sozialen Arbeit, sowohl in den USA als auch in Deutschland (Reinicke 1994). Der Krankenhaussozialdienst war damit einer der ersten anerkannten Handlungsfelder der Sozialen Arbeit (Hey 2000).

Sozialarbeit im Gesundheitswesen ist primär krankheitsorientiert, d.h. sie hat es überwiegend mit bereits erkrankten Menschen zu tun. Das schließt jedoch eine gesundheitsfördernde Perspektive – wie z.B. der umfangreichen Aufsatzsammlung von Kaplun (1989) zu entnehmen ist – keineswegs aus. Soziale Unterstützung, Empowerment, Selbsthilfe, aber auch die Gestaltung gesundheitsfördernder Behandlungs- und Rehabilitationsbedingungen sind Beispiele für Gesundheitsförderung mit kranken Menschen. Diese Hilfen werden tagtäglich von SozialarbeiterInnen z.B. im *Krankenhaussozialdienst* praktiziert, aber nur selten als Gesundheitsförderung bezeichnet. Eine explizite Beteiligung der Krankenhaussozialdienste am Projekt „Gesundheitsförderung im Krankenhaus“ scheint jedoch eher selten zu sein.

Auch in der *Gemeindepsychiatrie* haben SozialarbeiterInnen primär mit bereits erkrankten Menschen zu tun. Gerade in den sozialtherapeutischen (Be-)Handlungskonzepten wird die vielfältige Übereinstimmung zwischen Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Sozialarbeit deutlich. Dies wird selten thematisiert, eine Ausnahme ist der gerade erschienene Beitrag von Berger (2000).

Soziale Arbeit in Einrichtungen des *öffentlichen Gesundheitsdienstes* (ÖGD) beinhaltet verschiedene Möglichkeiten zur Gesundheitsförderung: ihr gemeinsamer Nenner stellt die Gemeindeorientierung und zunehmend die Berücksichtigung sozial benachteiligter Bevölkerungsgruppen dar. Mit dem Bemühen des ÖGD, eine neue Rolle im Gesundheitswesen zu finden, sind auch – von Gesundheitsamt zu Gesundheitsamt unterschiedlich innovative – Aktivitäten einer häufig durch SozialarbeiterInnen getragenen Gesundheitsförderung verknüpft wie z.B. die Durchführung von Gesundheitswochen, die Einrichtung von Gesundheitshäusern, der Aufbau von speziellen Beratungsangeboten für sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen etc. (vgl. z.B. Leidl 1997).

In der *Suchtkrankenhilfe* schließlich sind vielfältige Aktivitäten der Gesundheitsförderung zu finden. Diese werden in Kindergärten und Schulen (z.B. Andreas-Siller 1991), in Stadtteilen (z.B. Fliegel u. Krämer 2000)

und in Betrieben durchgeführt. Daß daran SozialarbeiterInnen wesentlich beteiligt sind, liegt allein schon an der Tatsache, daß die Soziale Arbeit die vorherrschende Berufsgruppe in der Suchtkrankenhilfe geworden ist. Aber auch in spezielleren Bereichen wie z.B. der AIDS-Prävention bei Drogenabhängigen sind SozialarbeiterInnen gesundheitsfördernd aktiv (vgl. die Übersicht über die Modellprogramme der Aids-Bekämpfung des BMG 1999).

Gesundheitsförderung im Rahmen der Gesundheitsarbeit im Sozialwesen

Mit der Herausbildung der Gesundheitswissenschaften (Waller 1996) wurde deutlich, daß auch und gerade die Soziale Arbeit in Einrichtungen *außerhalb* des Gesundheitswesens eine wichtige Rolle in der gesundheitsbezogenen Sozialarbeit spielen kann. Dies gilt insbesondere für die Gesundheitsförderung mit sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen, zu denen die Soziale Arbeit über ihre eigenen Einrichtungen eine besondere Nähe aufweist. Aus der Sozialepidemiologie wissen wir, daß diese Bevölkerungsgruppen nicht nur die meisten Gesundheitsprobleme aufweisen, sondern daß sie auch von den traditionellen Anbietern der Gesundheitsförderung (wie Volkshochschulen, Krankenkassen etc.) kaum erreicht werden (vgl. Mielck 2000; Helmert u.a. 2000). Damit bekommen die Sozialen Dienste mit ihrer professionellen Nähe zu diesen Bevölkerungsgruppen eine bedeutsame neue Aufgabe in der Gesundheitsförderung. Die Soziale Arbeit ist jedoch erst am Anfang, sich auch als Gesundheitsarbeit zu profilieren (vgl. dazu die Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Sozialarbeit: Mühlum u.a. 1997 sowie das Buch von Brieskorn-Zinke u. Köhler-Offierski 1997).

Viele der in Tabelle 1 aufgelisteten Handlungsfelder und Einrichtungen der Sozialen Arbeit sind geeignete Orte für Gesundheitsförderung im Rahmen der Gesundheitsarbeit. In den vergangenen Jahren haben sich insbesondere in den folgenden Bereichen erfolgreiche, überwiegend von SozialarbeiterInnen getragene Aktivitäten etablieren können:

- im Kindergarten (vgl. z.B. Lehner u.a. 1991)
- in der Jugendarbeit (vgl. z.B. Hildebrand 1992)
- in der Gemeinwesenarbeit (vgl. z.B. Buchholz-Weinert 1997, Deneke u.a. 2000)
- im Rahmen von Initiativen gegen Armut und soziale Benachteiligung (Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen u. Zentrum für Angewandte Gesundheitswissenschaften 2000)
- in der Selbsthilfeförderung (vgl. z.B. Janig 1999 und Burmeister 2000)
- in der Arbeit mit MigrantInnen (vgl. z.B. Collatz 1997)
- in der Betreuung von wohnungslosen Menschen (vgl. z.B. Trabert

2000).

Auch in der betrieblichen Sozialarbeit gibt es eine Reihe von Beispielen für gesundheitsfördernde Aktivitäten, insbesondere im Suchtbereich (vgl. z.B. Winter u. Ott-Gerlach 1991). Allerdings gilt auch hier, daß eine explizite Beteiligung der Sozialen Arbeit an den Programmen der „betrieblichen Gesundheitsförderung“ (z.B. von Krankenkassen) eher eine Ausnahme ist.

Zusammenfassung

Im Rahmen der Zusammenfassung beantworte ich auch die Fragen an die Tagungsreferenten:

1. Frage: Welchen Stellenwert hat der Bereich Soziale Arbeit im Hinblick auf die Ziele der Ottawa-Charta und ein kooperatives Aktionsprogramm für Gesundheitsförderung ?

Antwort: Wie einleitend dargestellt gibt es große Schnittmengen zwischen den Zielen und den Methoden der Gesundheitsförderung und der Sozialen Arbeit. Die Soziale Arbeit sollte deshalb in einem kooperativen Aktionsprogramm für Gesundheitsförderung unbedingt vertreten sein.

2. Frage: Durch welche Aktivitäten können durch Gesundheitsförderung im Rahmen Sozialer Arbeit sozial vermittelte Einschränkungen von Gesundheitschancen reduziert werden ?

Antwort: Das Ziel der Reduzierung sozial vermittelter Einschränkungen von Gesundheitschancen steht im Zentrum des Beitrags der Sozialen Arbeit zur Gesundheitsförderung. Sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen sind das Hauptklientel der Sozialen Arbeit. Gesundheitsarbeit kann als Teil einer ganzheitlichen Sozialen Arbeit über die bestehenden sozialen Dienste an diese Bevölkerungsgruppen herangetragen werden. Dies setzt aber u.a. eine Weiterbildung der SozialarbeiterInnen für Gesundheitsarbeit voraus.

3. Frage: Worin sehen Sie Ihren möglichen Beitrag zu einem kooperativen Aktionsprogramm für Gesundheitsförderung ?

Antwort: Mein Beitrag kann darin bestehen, in der Sozialen Arbeit Bündnispartner für Gesundheitsförderung zu finden, z.B. über die Arbeitsgruppen „Soziale Dienste im Gesundheitswesen“ der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention und die AG „Sozialarbeit und Gesundheit“ der Deutschen Gesellschaft für Sozialarbeit. Darüber hinaus könnte ich mich an Maßnahmen der Weiterbildung von SozialarbeiterInnen für Gesundheitsarbeit beteiligen.

4. Frage: Welche drei Maßnahmen erscheinen Ihnen in Bezug auf ein gemeinsames Aktionsprogramm als besonders vordringlich?

Antwort: 1. Priorisierung der Notwendigkeit, die gesundheitliche Benach-

teiligung sozial benachteiligter Bevölkerungsgruppen zu reduzieren.

2. Einbindung möglichst vieler AkteurInnen in das Aktionsprogramm.

3. Verstärkung von Forschung und Ausbildung in der Gesundheitsförderung.

Literatur:

- Andreas-Siller, P.: Kinder und Alltagsdrogen. Suchtprävention in Kindergarten und Schule. Peter Hammer Verlag. Wuppertal 1991
- Berger, H.: Gesundheitsförderung. Ein Perspektivenwechsel in der Psychiatrie. *Mabuse* 129 (2000) 46-50
- Brieskorn-Zinke, M., A. Köhler-Offierski: Gesundheitsförderung in der Sozialen Arbeit. Eine Einführung für soziale Berufe. Lambertus Verlag. Freiburg 1997
- Buchholz-Weinert, M.: „Hauptsache gesund“- Ansätze der Gesundheitsförderung durch Gemeinwesenarbeit in benachteiligten Stadtgebieten. In: Homfeldt, G. u. B. Hünersdorf (Hrsg.) 1997, a.a.O. S.269-285
- Bundesministerium für Gesundheit: Aids-Bekämpfung in Deutschland. 7.Auflage. Bonn 1999
- Burmeister, J.: Gesundheit, Selbsthilfe und Selbsthilfeunterstützung. In: Sting, S. u. G. Zurhorst (Hrsg.): *Gesundheit und Soziale Arbeit* 2000, a.a.O. S.71-78
- Chassé, K.A., H.-J. von Wensierski (Hrsg.): *Praxisfelder der Sozialen Arbeit*. Juventa Verlag. Weinheim und München 1999
- Collatz, J.: Multikulturalität und Gesundheit. In: Homfeldt, G. u. B. Hünersdorf (Hrsg.): *Soziale Arbeit und Gesundheit* 1997, a.a.O. S.91-123
- Deneke, C., L. Kaba-Schönstein, H. Waller: Gesundheitsförderung sozial Benachteiligter - Das Projekt „Preiswerte Ernährung“. *Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit* 51 (2000), S.21-26
- Fliegel, I. u. A. Krämer: Suchtpräventive Projektarbeit mit Jugendlichen. Die Mobil Teams zur Suchtprävention Berlin. In: Sting, S. u. G. Zurhorst (Hrsg.): *Gesundheit und Soziale Arbeit* 2000, a.a.O. S.97-102
- Helmert, U. u.a. (Hrsg.): *Müssen Arme früher sterben ?* Juventa Verlag. Weinheim 2000
- Hey, G.: *Perspektiven der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen*. Verlag Hans Jacobs. Lage 2000
- Hildebrandt, H.: *Lust am Leben. Gesundheitsförderung mit Jugendlichen. Ein Ideen- und Aktionsbuch für die Jugendarbeit*. 2. Auflage. Brandes & Apsel Verlag. Frankfurt/M. 1992
- Homfeldt, H.G., B.Hünersdorf (Hg.): *Soziale Arbeit und Gesundheit*. Luchterhand Verlag Neuwied etc. 1997
- Janig, H.: *Wirkungen von Selbsthilfegruppen auf Lebensqualität und Gesundheit*. In: Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. (Hrsg.): *Selbsthilfegruppenjahrbuch* 1999. Focus Verlag. Gießen 1999, S.103-108

- Kaplun, A. (Hrsg.): Gesundheitsförderung und Chronische Krankheit. BZgA. Köln 1989
- Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen u. Zentrum für Angewandte Gesundheitswissenschaften (Hrsg.): Armut und Gesundheit. Praxisprojekte aus Gesundheits- und Sozialarbeit in Niedersachsen. Lüneburg 2000
- Lehner, I.M. u.a.: Fühlst Du Dich nicht wohl ? Gesundheitsförderung im Kindergarten. Lambertus Verlag. Freiburg 1991
- Leidel, J.: Wie kann Gesundheit verwirklicht werden? Kommunale Strategien. In: Altgeld, T. u.a. (Hrsg.): Wie kann Gesundheit verwirklicht werden? Juventa Verlag. Weinheim und München 1997, S.83-90
- Mielck, A.: Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Huber Verlag. Bern 2000
- Mühlum, A. u.a.: Sozialarbeit und Gesundheitsarbeit. Versuch einer Positionsbestimmung. DGS-Mitgliederrundbrief. Dezember 1997
- Reinicke, P.: KrankenHaus. Sozialarbeiter als Partner in der Gesundheitsversorgung. Beltz Verlag. Weinheim 1994
- Sting, S., G. Zurhorst (Hrsg.): Gesundheit und Soziale Arbeit. Juventa Verlag. Weinheim und München 2000
- Trabert, G.: Der Kontext „Wohnungslosigkeit und Gesundheit“. In: Ortman, K. u. H. Waller (Hrsg.): Sozialmedizin in der Sozialarbeit. Forschung für die Praxis. Verlag für Wissenschaft und Forschung. Berlin 2000, S.25-38
- Waller, H.: Gesundheitswissenschaft. Eine Einführung in Grundlagen und Praxis. 2.Auflage. Kohlhammer Verlag. Stuttgart 1996
- Waller, H.: Sozialmedizin. Grundlagen und Praxis. 4.Auflage. Kohlhammer Verlag. Stuttgart 1997
- Winter, I. u. G. Ott-Gerlach: Aufgaben der betrieblichen Sozialberatung in der Gesundheitsförderung. Öff. Gesundheitswesen 53 (1991) 63-68 Sonderheft 1

*Prof. Dr. Dr. Heiko Waller
Universität u. FH Nordostniedersachsen
Wilschenbrucher Weg 84a, 21335 Lüneburg
Tel. 04131 - 677969, Fax 04131 - 677966
EMail: waller@fhnon.de*

Gesundheitsförderung im Rahmen der Pflege

1. These:

Gesundheitsförderung ist ein zentrales Aufgabengebiet der Pflegeberufe

Die immer komplexer werdenden Pflegebedürfnisse schaffen in Verbindung mit der zunehmenden Verlagerung großer Teile der gesundheitlichen Versorgung in den ambulanten Bereich neue Voraussetzungen für die Pflegeberufe. Die Erkenntnis, dass auch der kranke oder gesundheitsgefährdete Mensch nicht nur medizinisch und pflegerisch versorgt werden will, sondern aktiv und selbstbestimmt mit seiner Erkrankung und eventuellen Einschränkungen umgehen lernen will und soll, bestimmen einen wesentlichen Teil der Umorientierungen in den Pflegeberufen. Im Kontext dieser sich verändernden Pflege- und Gesundheitsbedürfnisse bedeutet dies für das Aufgabenspektrum und die Qualität von pflegerischem Handeln unter anderem die verstärkte Einbeziehung von Patienten und Angehörigen in Gesundheitsförderung, Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsberatung. Die konsequente Wahrnehmung dieser Aufgaben ist für die zukünftige Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung zentral. Folgende Argumente mögen dies stichwortartig verdeutlichen:

- Die Pflegeberufe machen den größten Anteil an allen Gesundheitsberufen im Gesundheitswesen aus (6 Millionen Pflegenden und Hebammen in Europa).
- Sie haben direkten und in der Regel relativ intensiven Patientenkontakt, mit zunehmender Option konstruktive Lernprozesse aktiv und gesundheitsförderlich zu gestalten. Vermehrt steht die Beachtung psychosozialer Faktoren im Zentrum des Berufsverständnisses (Motto: So gesund und selbstständig wie möglich trotz chronischer Erkrankung oder Behinderung).
- Realisierungsmöglichkeiten der Gesundheitsförderung sind auch gegeben durch enge Kooperationen mit Angehörigen, Selbsthilfegruppen, Ehrenamtlichen (Förderung des Laienpotentials).
- Gesundheitspolitisch wird den Pflegeberufen Verantwortung für Gesundheitsförderung zugeschrieben: In der BRD z.B. im Krankenpflegegesetz von 1985 und sehr verstärkt im Novellierungsentwurf von 2000, auf europäischer Ebene in der Erklärung der Gesundheitsminister von München vom 17. Juni 2000: „Wir bitten alle einschlägigen Behörden in der Europäischen Region der WHO eindringlich, ihre Maßnahmen zur Stärkung von Pflege- und Hebammenwesen zu beschleunigen, damit sich die Rolle von Pflegenden und Hebammen in Public Health, Ge-

sundheitsförderung und gemeindenaher Entwicklungsarbeit ausweiten kann.“

- Berufspolitisch wird diese Verantwortung für Gesundheitsförderung übernommen und deutlich gemacht z. B. auf den europäischen Pflegekonferenzen 1987 und 2000 in direkter Bezugnahme auf die WHO-Politik in Europa oder auch durch die aktive Beteiligung des DBfK am Fortbildungsprojekt Public Health / Gesundheitsförderung in Europa.
- In der zunehmenden akademischen Professionalisierung wird das Selbstverständnis der Berufsgruppe deutlich, sich zu einem medizinunabhängigen Gesundheitsfachberuf zu entwickeln. Es geht dabei unter anderem um die Ausgestaltung und Ausweisung spezifisch pflegerischer Leistungen im Prozess des Gesundens.

2. These:

Es lassen sich zentrale Beiträge der Pflegeberufe im Hinblick auf die Ziele der Ottawa-Charta ausweisen.

2.1. Mehrebenenmodell – Handlungsfelder der Gesundheitsförderung in der Pflege:

Handlungsfelder, in denen Pflegende qua Profession Gesundheit fördern bzw. in Zukunft verstärkt fördern könnten, lassen sich im Sinne des Mehrebenenmodells der WHO auf allen Ebenen ausmachen:

- **Individuen** – Gesundheitsaufklärung, Gesundheitserziehung und Gesundheitsberatung in der direkten pflegerischen Beziehung im Hinblick auf Kompetenzförderung und Optimierung der Lebensplanung und Lebensgestaltung
- **Gruppen** – Gesundheitsbildung mit pflegenden Angehörigen, spezifische Themen der Frauengesundheitsbildung (z.B. Inkontinenzprävention), Patientenschulung und –beratung, um den kranken oder gesundheitsgefährdeten Menschen zum höchstmöglichen Wohlbefinden im Alltagsleben zu verhelfen
- **Institutionen** – Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung in Krankenhäusern, Altenheimen und ambulanten Einrichtungen
- **Gemeinden** – pflegerisches Case-Management, Gesundheit durch Kooperationsprojekte fördern, Initiierung und Etablierung sozialer Netzwerkarbeit, ambulante und gemeindeorientierte Gesundheitsberatung
- **Gesamtpolitik** – Erarbeitung gesetzlicher Grundlagen für gesundheitsförderliche Richtlinien in unterschiedlichen pflegerischen Bereichen (z.B. Verbesserungen in der Pflegeversicherung, Verbesserung der Ausbildungsbedingungen, gesundheitsförderliche Arbeitsbedingungen).

Die genannten Handlungsansätze auf den verschiedenen Ebenen bauen nicht aufeinander auf, sondern bedingen und befruchten sich wechselseitig. Zur Verdeutlichung mögen die folgenden Beispiele dienen.

2.2. „Persönliche Kompetenzen stärken“ steht im Zentrum der pflegerischen Gesundheitsförderung

Eine zentrale Erkenntnis, der die Ottawa-Charta spezifisch Rechnung trägt, ist die, dass der kranke oder gesundheitsgefährdete Mensch sich seine eigenen Erfahrungen gesundheitsförderlich nutzbar machen kann. Durch geplante, bewusste und konstruktiv begleitete Lernprozesse können die Menschen sich aktiv mit ihrer jeweiligen Lebenswirklichkeit auseinandersetzen und dabei nicht nur ihre gesundheitlichen Risiken mindern, sondern vor allem auch ihre Fähigkeiten neu entdecken und entfalten, um selbstbestimmend mit einer chronischen Erkrankung oder Einschränkung umgehen zu lernen. Pflegende können hierzu einen wesentlichen Beitrag leisten, denn in jeder Interaktion mit dem pflegebedürftigen Menschen geht es auch darum, Lernprozesse zu initiieren und zu begleiten, angefangen bei der Verbesserung der Körperwahrnehmung bis hin zur Optimierung der Lebensplanung und Lebensgestaltung unter den Bedingungen chronischer Krankheit und/oder Behinderungen. Pflegen wird dabei zu einer komplexen Anforderung, die sich an den Bedürfnissen und Möglichkeiten der Patienten orientiert.

Traditionell sind Pflegende auf die Wahrnehmung von Prophylaxen geschult, um im Zuge einer Erkrankung präventiv Folgeerkrankungen zu verhindern. Darüber hinaus steht heute aber auch die Kompetenzförderung zu mehr Gesundheit im Alltag im Zentrum vieler Pflegemodelle, die sich nicht nur an den Problemen sondern auch an den Ressourcen und Möglichkeiten der PatientInnen orientieren. Pflegende richten damit ihre Aufmerksamkeit auf das für die PatientInnen relevante Gesundheitsdenken und -handeln, eingebettet in die Erfordernisse des Alltags. Damit rücken auch die Bedingungen für mehr Gesundheit im Alltag ins Bewusstsein pflegerischer Gesundheitsförderung.

Auf der Ebene der Körperwahrnehmung haben Pflegende spezifische Möglichkeiten, Gesundheit zu fördern. Sensible Körperwahrnehmung bildet die Grundlage für Selbstvertrauen und Eigenverantwortung. Nur wer selber wahrnehmen und beurteilen kann, was gut tut bzw. was stört, kann eigene Entscheidungen treffen. Die Medizin und in ihrem Gefolge auch die Pflege hat in den letzten Jahrzehnten ein objekthaftes Verhältnis vieler Menschen zu ihrem Körper gefördert, in dem sie vor allem Messwerten ihre Aufmerksamkeit schenkte. Damit wurde das, was ein Mensch fühlt, häufig zweitrangig. Bewusste Ermutigung zur Körperwahrnehmung

beim Waschen, bei Einreibungen, beim Lagern und Mobilisieren und zur Wiederentdeckung des eigenen Körpers als Orientierungspunkt sind spezifische pflegerische Möglichkeiten, hier gesundheitsförderlich tätig zu werden.

Mit der praktischen Einübung salutogenetischer Perspektiven in den unterschiedlichen Bereichen der pflegerischen Arbeit können Pflegende in Zukunft auch möglicherweise einen wichtigen Beitrag leisten zur Bestimmung zentraler Determinanten in Genesungsprozessen. Solche Determinanten als markante psychosoziale Wendepunkte in einer „Krankheitskarriere“ für alle Beteiligte – Patienten, Angehörigen und Ärzte – sichtbar als bisher werden zu lassen, wäre ein konzeptuell wichtiger Beitrag zur weiteren Ausgestaltung der Gesundheitsförderung.

2.3. Gesundheitsbildung erweitert die Ansätze der traditionellen Patientenschulung

Programme zur Patientenschulung gehören seit langem zur Berufspraxis der Pflegeberufe. Sie sind in der Regel auf das Erlernen bestimmter Verhaltensweisen oder Techniken gerichtet, die den selbstständigen Umgang mit krankheitsbedingten Einschränkungen ermöglichen oder erleichtern sollen. So entwerfen Pflegende auf dem Hintergrund ihres pflegerischen Wissens und ihrer pflegerischen Erfahrung Schulungsprogramme z.B. für Diabetiker oder dialysepflichtige Patienten.

In Anlehnung an die Ziele der Ottawa-Charta können solche Patientenschulungen Elemente der modernen Gesundheitsbildung aufnehmen und sich entsprechend an den Prinzipien der Partizipation und des sozialen Lernens orientieren. Zudem kann die Themenpalette solcher Angebote erweitert werden, damit Pflegende auf dem Hintergrund auch spezifisch pflegerischen Gesundheitswissens Kurse zu Gesundheitsfragen für ausgewählte Gruppen anbieten können. Wichtig ist es hierbei, im Gegensatz zu anderen Anbietern pflegerische Sichtweisen zu akzentuieren. Die immer größer werdende Gruppe der pflegenden Angehörigen zum Beispiel braucht nicht nur Unterweisung in pflegerischen Tätigkeiten, sondern gerade bei lang andauernder Pflege auch Unterstützung in eigenen gesundheitlichen Belangen. Die häusliche Pflege durch Angehörige muss weitaus mehr als bisher aus der Tabuzone herausgeholt und professionell begleitet werden, damit sie nicht zur Dauerbelastung der Angehörigen verkommt. In Zukunft wäre es also möglich und wünschenswert, Gesundheitsseminare z.B. auch über gesundes Schlafen, Essen, Verdauen, Bewegen ins alltägliche Angebot pflegerischer Institutionen zu integrieren. Auch in Krankenhäusern und Altenheimen ist eine solche Tätigkeitserweiterung pflegerischer Aufgaben möglich und ohne großen Aufwand umsetzbar. Dass in solchen Gesundheitsbildungsseminaren z.B. auch gerade frau-

enspezifische Gesundheitsthemen, die die Frauengesundheitsforschung in den letzten Jahren herausgearbeitet hat, besser behandelt werden können, als im Sprechzimmer des Arztes, liegt auf der Hand.

2.4. Gemeindebezogene Gesundheitsförderung

Die dritte Ebene betrifft das Handlungsfeld „Gemeindebezogene Gesundheitsförderung“. Gemeindeorientierung als Prinzip basiert auf der Erkenntnis, dass in der örtlichen Umgebung eines Menschen seine wesentlichen Belastungsfaktoren, aber auch seine wichtigsten Unterstützungsmöglichkeiten liegen. Auch in der Krankenversorgung und in der Rehabilitation ist Gemeinwesenorientierung wieder neu ins Blickfeld geraten. In dem pflegerisch sehr relevanten Konzept Primary Health Care wird die Mitwirkung der Gemeinde bzw. Gemeinschaft (community participation) als unabdingbar für eine bedarfsbezogene Gesundheitssicherung im umfassenden Sinne bezeichnet. Für die Pflege stehen heute überwiegend die alten und chronisch kranken Patienten im Zentrum. Sie brauchen Unterstützung zur Bewältigung des Alltags, bei der Integration ins Gemeindeleben und bei den Möglichkeiten, Freude und Sinn im Leben zu finden oder wiederzufinden. Es liegt auf der Hand, dass hier neben der medizinischen Versorgung pflegerische Konzepte zur Rehabilitation und zur Gesundheitsförderung gefragt sind. Diese sollten folgende Bereiche umfassen:

- die Durchführung pflegerischer Maßnahmen mit dem Patienten
- die Beratung und Betreuung der pflegenden Angehörigen,
- die Mobilisierung und Stabilisierung von Laienpflege - also Pflege durch Familienangehörige, Lebenspartner sowie informelle Helfer (Ehrenamtliche)
- die Vernetzung von Laiensystemen mit professionellen Helfersystemen
- die Zusammenarbeit mit den örtlichen Selbsthilfegruppen
- die Zusammenarbeit mit gemeindenahen gesundheitsrelevanten Einrichtungen.

Eine nicht medizinentrierte ambulante Versorgung erfordert ein pflegerisches Vorgehen, das PatientInnen im Zusammenhang ihres sozialen Umfeldes wahrnimmt und sie aus diesem heraus zur weitgehend selbstständigen Lebensführung befähigt. Ein gutes Beispiel dafür ist das von Schaeffer und Moers entwickelte Konzept zur selbstständigen Lebensführung von Aids-Patienten (Schaeffer und Moers 1995) oder das von Höhmann, Müller-Mundt und Schulz vorgestellte Kooperationsprojekt, in dem es darum geht, Berufsgruppen- und einrichtungsübergreifende Versorgungskonzepte für pflegebedürftige PatientInnen in der Region Groß-Gerau zu entwickeln (Höhmann et al 1998). Über den Versorgungsauftrag hinaus kann in der ambulanten pflegerischen Arbeit die Gesundheitsförderungsstrategie

des Vermittelns und Vernetzens so Platz finden, dass Pflegendе soziale Unterstützungsmöglichkeiten und gesundheitsrelevante Angebote in der Gemeinde ausfindig machen und sie ihren PatientInnen und Angehörigen nahe bringen (Selbsthilfegruppen, Sportvereine, Volkshochschulkurse, Bürgerinitiativen, Gesprächskreise usw.).

3. These:

Der Stellenwert der Pflegeberufe im Hinblick auf ein kooperatives Aktionsprogramm für Gesundheitsförderung muss auch von außen angestoßen und strukturell gefördert werden.

Den pflegerischen Berufen fehlt es noch an Prestige und Selbstbewusstsein. Das hat mit der Berufstradition zu tun. Professionalisierung in der Pflege bedeutet einen Entwicklungssprung zu vollziehen, von einem mehr oder weniger schlecht qualifizierten Heil- und Hilfsberuf, vielfach immer noch religiös-humanistisch motivierter Dienst von Frauen, hin zu einer qualifizierten autonomen Berufstätigkeit. Und das häufig gegen den Willen der ärztlichen Standesvertreter und bei schlechten strukturellen Voraussetzungen. Deshalb brauchen die Pflegeberufe einerseits Ermutigung zur Kooperation (d.h. man muss auf sie zu gehen) und andererseits stark verbesserte strukturelle Rahmenbedingungen zur Wahrnehmung ihrer Aufgaben in der Gesundheitsförderung. Die finanzielle Unterstützung von Modellprojekten könnte hier gute Wege weisen.

4. These:

Die pflegerische Aktivitätsmöglichkeiten zur Reduzierung sozial vermittelter Einschränkungen im Gesundheitswesen sind prinzipiell gegeben, finden aber bisher nur im Bereich der interkulturellen Pflege spezifische Aufmerksamkeit.

Pflegeberufe sind mit Menschen aller sozialer Schichten und unterschiedlicher Kulturen konfrontiert. Interkulturelle Pflege ist bereits ein wichtiges Aufgabenfeld der Pflege geworden, um hier möglichen kulturell vermittelten Defiziten entgegenzuarbeiten.

In der Altenpflege und auch im ambulanten Bereich sind Pflegendе verstärkt mit sozial weniger privilegierten Menschen konfrontiert. Sie versuchen einführend und durch persönlichen Einsatz sozial vermittelten Defiziten entgegenzuwirken. Konkrete pflegerische Konzepte zur Aufhebung sozialer Ungleichheit im Pflegewesen sind bisher aber noch wenig erarbeitet worden. Hier sehe ich allerdings ein wichtiges Aktionsfeld für die pflegerischen Berufe, in welchem sie nach Möglichkeit in enger Kooperation mit der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen handeln sollten.

5. These:

In einem kooperativen Aktionsprogramm könnten die Pflegenden vor allem die Anliegen alter Menschen, chronisch Kranker und Behinderter vertreten und konkrete Ansätze zur gesundheitsgerechteren Gestaltung der Versorgung entwickeln und vorstellen.

In einem kooperativen Aktionsprogramm zur Gesundheitsförderung kann die Berufsgruppe der Pflegenden wie aufgezeigt wichtige Aufgabenbereiche zur Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung übernehmen. Im Zentrum der professionellen Weiterentwicklung steht die Ressourcenorientierung als professionelle Kompetenz und die Bereitschaft zur Übernahme von Aufgaben aus verschiedenen Bereichen der Gesundheitsförderung. Die Zielgruppen sind zunächst vor allem chronisch kranke Menschen und ihre Angehörigen. In den neuen Studiengängen Pflegewissenschaft wird zudem eine enge Verbindung zwischen Public Health - relevanten Fragestellungen und der professionellen Weiterentwicklung der Pflegeberufe angestrebt. Pflege wird hier in einem weiten Sinne als integrierender Kern interdisziplinärer Praxisansätze zur Entwicklung eines gesundheitsförderlichen Gesundheitswesens verstanden und richtet sich gezielt auf

- eine verbesserte Patientenorientierung im Sinne der Förderung von Autonomie
- auf eine integrierte Versorgungsgestaltung
- auf die Kooperation mit anderen Berufsgruppen
- auf die gezielte Vernetzung von Laienpotentialen mit der professionellen Versorgung.

*Prof. Dr. Marianne Brieskorn-Zinke
Evangelische Fachhochschule Darmstadt
Zweifalltorweg 12, 64293 Darmstadt
Tel. 06151 - 24708
EMail: brieskorn@aol.com*

in Kooperation mit dem Deutschen Berufsverband für Krankenpflege

Gesundheitsförderung durch psychologische Arbeit

„**Psychologinnen und Psychologen** sind Fachleute der Gesundheitsförderung für Individuen, Institutionen und soziale Systeme.“

„**Psychologinnen und Psychologen** arbeiten seit Jahrzehnten in verschiedenen Tätigkeitsfeldern für die Gesundheit der Menschen. Mit ihren Fachkenntnissen und Berufserfahrungen tragen sie als Experten zur Förderung gesunder Lebens-, Lern-, Arbeits- und Umweltbedingungen sowie zur Förderung gesunder Lebensgestaltung von Menschen in ihren alltäglichen sozialen Beziehungen bei.“

(Leitsätze des BDP zur Psychologischen Gesundheitsförderung, 1995)

1. Berufsfelder von PsychologInnen für die Gesundheitsförderung

Die gesundheitspolitische Etablierung der Tätigkeitsfelder Gesundheitsförderung und Prävention in den 80er Jahren erfolgte durch maßgeblichen Einsatz von PsychologInnen und ihre leitende Mitarbeit in verschiedenen Organisationen. Beispiele dafür sind:

- Ein von der Bundesregierung als Modellförderung unterstütztes kreisweites Projekt zur Gesundheitsförderung der AOK des Kreises Mettmann wurde von Psychologen in Zusammenarbeit mit dem von Psychologen geführten Institut für Therapieforchung (IFT) in München durchgeführt. Für Kurse zur Gesundheitsförderung wurden Konzeptionen entwickelt, Kursleiterschulungen durchgeführt und Evaluationen vorgenommen. Diese Entwicklung trug zur gesetzlichen Einfügung von Prävention und Gesundheitsförderung in den Leistungskatalog der Krankenkassen bei.
- In Spitzenverbänden und Landesgeschäftsstellen der Krankenkassen arbeiteten PsychologInnen für Konzeptionen und Durchführungen im Feld der Verhaltensprävention und der betrieblichen Gesundheitsförderung.
- Die Gesundheitsämter verstärkten Aufgaben der Prävention und stellten dazu vermehrt PsychologInnen ein.
- Die Selbsthilfebewegung fand einen großen Aufschwung. In vielen Städten entstanden Selbsthilfe-Kontaktstellen. Diese Bewegung wurde vor allem von der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Selbsthilfegruppen (DAG SHG) unter maßgeblicher Mitarbeit von PsychologInnen gefördert.
- In vielen Orten wurden Gesundheitszentren geführt und meist von psychotherapeutisch ausgebildeten Ärzten und PsychologInnen geleitet, z.B. der Gesundheitspark im Münchener Olympiastadion.

- Für Rehabilitationskliniken wurde von der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) unter psychologischer Leitung in Zusammenarbeit mit dem Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) das Programm „Gesundheit selbst machen“, ein Vortrags- und Kursprogramm zur Gesundheitserziehung, in Rehabilitationskliniken als Standardleistung eingeführt. Kursleiterschulungen zur Durchführung dieses Programmes wurden von PsychologInnen durchgeführt.

Viele fachliche Anwendungsfelder der Psychologie tragen zum querschnittshaften Handlungsfeld der Gesundheitsförderung bei:

- Klinische Psychologie, insbesondere Beratung, Diagnostik und Therapie bei vielen Arten psychosozialer Störungen;
- Rehabilitationspsychologie, insbesondere als Hilfen zur Krankheitsbewältigung;
- Arbeits-, Betriebs und Organisationspsychologie, insbesondere Arbeitsschutz, Gesundheitsschutz und betriebliche Gesundheitsförderung;
- Verkehrspsychologie, insbesondere im Problemfeld „Alkohol im Straßenverkehr“ als auch Unfallprävention;
- Umweltpsychologie, insbesondere Beratung und Fortbildung im Feld „Umwelt und Gesundheit“
- Notfallpsychologie, insbesondere psychologische Bewältigung traumatisierender Ereignisse
- Schulpsychologie, insbesondere zur Unterstützung schulischer Gesundheitsförderung.

Die **Gesundheitspsychologie**, die sich seit den 80er Jahren entfaltet, integriert Fragestellungen und Kenntnisse aus allen Bereichen der Psychologie und aus den Gesundheitswissenschaften, um theoretische Modelle und praktische Maßnahmen zur Gesundheitsförderung zu entwickeln und ihre Qualität zu sichern.

Gegenwärtige Arbeitsfelder von PsychologInnen für die Gesundheitsförderung

sind folgende:

- Sie gestalten in verantwortlicher Position Gesundheitsprojekte von der Konzeptionierung über die Organisation und Durchführung bis hin zur Evaluation, und zwar
- in Organisationen des Gesundheitswesens (Träger der Sozialversicherung, Gesundheitsämter, Gesundheitszentren, Kliniken, Selbsthilfe-Organisationen, Selbsthilfe-Kontaktstellen, ...),
- bei kommunalen und sozialen Organisationen (Wohlfahrtsverbänden, Beratungsstellen, ...),
- bei wirtschaftlichen Organisationen (Betriebe, Einrichtungen zur beruflichen Rehabilitation),
- in Erziehungs- und Bildungsinstitutionen (Schulen, Familienbildungsstätten, Volkshochschulen).

- Sie sind im Gesundheits-Management koordinierend für Gesundheitsaufgaben und Gesundheitsförderung in verschiedenartigen Organisationen tätig;
- Träger der Sozialversicherung (Krankenkassen, Rentenversicherung, Unfallversicherung, ...)
- kommunaler Bereich: Gemeinden, Landkreise
- Gesundheitspolitik in Ländern und im Bund
- Modellprojekte
- Gesundheitshäuser, Gesundheitszentren
- Selbsthilfe-Kontaktstellen und -Organisationen
- Sie führen an Hochschulen Forschung und Lehre zur Gesundheits- und Umweltpsychologie und zu gesundheits- und umweltpsychologischen Aspekten im Rahmen der Psychologie und Gesundheitswissenschaften durch.
- Sie führen für Angehörige pädagogischer, psychosozialer und medizinischer Berufe sowie für Führungskräfte in der Arbeitswelt und in verschiedenen Organisationen des Gesundheitswesens gesundheits- und umweltpsychologische Aus-, Weiter- und Fortbildungen sowie Coaching und Supervisionen durch.
- Sie beraten Organisationen, insbesondere Betriebe, in bezug auf gesundheitsförderliche Prozesse der Organisationsentwicklung.
- Sie arbeiten in Selbsthilfe-Organisationen und Selbsthilfe-Kontaktstellen mit.
- Sie gestalten gesundheitsbezogene Informationen für die Öffentlichkeitsarbeit im Feld der Gesundheitsförderung.

2. Psychologische Aufgaben in der Gesundheitsförderung

Zu folgenden Aufgaben in der Gesundheitsförderung tragen PsychologInnen durch ihre Fachkompetenzen, insbesondere durch gesundheitspsychologische Kompetenzen, im interdisziplinären Kontext in besonders qualifizierter Weise bei:

Psychologische Querschnittsaufgaben für die Gesundheit

Folgende psychologischen Aufgaben gelten als wichtige Querschnittsaufgaben für die Gesundheit in allen Tätigkeitsfeldern und auf allen Tätigkeitsebenen:

- Menschen gelten in allen gesundheitsbezogenen Kontexten als sich selbst bestimmende Personen; sie haben ein Recht auf Selbstbestimmung. Ihre Fähigkeiten zur Selbstbestimmung und zur Selbsthilfe sind prinzipiell vorhanden und sind oftmals zu aktivieren und zu fördern.
- Menschen leben in Kommunikationen und Beziehungen miteinander und sollten faire Kommunikationen und Beziehungen unter wechselseitiger Anerkennung von Selbstbestimmung pflegen. Kommunikations-, Beziehungs- und Kooperationsfähigkeiten sind deutlich mehr zu för-

dern.

- Menschen leben, lernen, arbeiten und spielen alltäglich/allwöchentlich in Gemeinschaften: Familien, Schulklassen, Arbeitsplätze, Freundeskreise, regelmäßig besuchte Gruppen und Vereine, usw.. Ihr Streben zu sozialer Integration in Alltagsgemeinschaften beeinflusst deutlich alles Gesundheits-Erleben und -Handeln. Alltagsgemeinschaften sind primäre Sozialsysteme der Gesundheitsförderung und –verminderung und der solidarischen Gesundheitshilfe. Alle Gesundheitsförderungsmaßnahmen sollten die Integration in Alltagsgemeinschaften unterstützen und positiv nutzen.

Diese Aufgaben gelten insbesondere in folgenden Handlungsfeldern der Gesundheitsförderung: schulische Gesundheitsförderung, betriebliche Gesundheitsförderung, Gesundheitsförderung für Familien, personenzentrierte Gesundheitsförderungsmaßnahmen, Klient/Patient-Berater/Therapeut-Kommunikationen, Patientenberatung, Selbsthilfeförderung, Maßnahmen zur Krankheitsbewältigung.

Beschreibung personenzentrierter Ziele für die Gesundheitsförderung

- positives emotional-kognitives Selbstverständnis: Selbstachtung, Selbstvertrauen, Selbstbestimmungsfähigkeiten, Bewusstsein zu eigenen Lebenszielen, Selbstmanagement eigenen Handelns;
- Gesundheitsbewusstsein als Selbstbestimmungsfähigkeit, „gesunde Entscheidungen zu treffen“ (WHO-Ziel), Bereitschaft zu gesundheitlicher Selbsthilfe und Selbstverantwortung;
- positive Integration in Alltagsgemeinschaften (s.o.);
- Sozialkompetenzen zu: Kommunikationen, Kontaktpflege, Sozialbeziehungen, Stabilisierung von Partnerschaften, fairer Sexualität, Rollenhandeln, „Eltern“-Fähigkeiten für Kinder und Betreute;
- Stress- und Belastungsbewältigung gegenüber: alltäglichen Anforderungen, Burn-Out-Phasen, Wandlungsprozessen im Lebenslauf, Sozial- und Krankheits-Belastungen;
- gesunde Handlungsweisen: bewusste Wohlfühl-Aktivitäten, Ernährung, Bewegung, Ausgleichssport, Entspannung, Erholung, Hobbys, Kreativität, kontrollierter Umgang mit Suchtstoffen;
- „Empowerment“: soziale Zusammenarbeit zur Verbesserung von Lebensbedingungen (z.B. in Selbsthilfegruppen, Bürgerinitiativen); ehrenamtliches Engagement im Sinne eigener Lebensziele.

Personenzentrierte Maßnahmen der Gesundheitsförderung

- Maßnahmen für definierte Zielgruppen in den Zielsetzungen, Inhalten und methodischen Durchführungen konzipieren, durchführen und evaluieren;
- vorrangige Zielsetzungen: Selbstverständnis, Körperbewusstsein, Entspannung, Stressbewältigung, Kommunikation, Partnerschaft, Gewichtsreduzierung, Nichtraucher-Training, Suchtprävention, Krank-

heitsbewältigung, Schmerzbewältigung;

- Durchführung in verschiedenen Settings: offene Gruppen, Einzelbehandlung, etablierte Gruppen in spezifischen Organisationen und Betrieben, Angebote für Selbsthilfegruppen.

Gesundheitsförderung für belastete Familien

- Zielgruppen: ‚Familien‘ (Kleinfamilien, unvollständige Familien, Alleinerziehende mit Kindern, großfamiliäres Umfeld, familienähnliche Lebensgemeinschaften etc.) mit ökonomischen und sozialen Belastungen, mit chronisch erkrankten, psychisch erkrankten, behinderten, pflegebedürftigen, sterbenden Angehörigen;
- systemisch-sozialpsychologische Konzeptionen für definierte Zielgruppen entwickeln, in Modellprojekten durchführen und evaluieren;
- Fortbildungen von Multiplikatoren, besonders Erziehungs-, Gesundheits-, und Sozialberufe, für systemisch-sozialpsychologische Konzeptionen der Gesundheitsförderung.

Aus-, Weiter- und Fortbildungen in Gesundheitsförderung

- verschiedene Multiplikatoren-Zielgruppen: Berufe des Bildungs-, Erziehungs-, Gesundheits- und Sozialwesens, Führungskräfte, ehrenamtliche HelferInnen (z.B. Hospiz-Gruppen);
- Zielkompetenzen: gesundheitsförderliches Denken und Handeln im Alltag, systemische Orientierungen für die Gesundheitsförderung, Durchführung von Gesundheitsfördermaßnahmen.

Projekte zur schulischen Gesundheitsförderung

- Zielgruppen: Schulklassen und unterrichtende LehrerInnen;
- vorrangige Zielsetzungen: Persönlichkeitsstärkung und Sozialkompetenzen zwecks besserer Stressbewältigung und Suchtprävention;
- Settings: Entsprechend geschulte LehrerInnen führen Unterrichtscurricula in Schulklassen durch.

Betriebliche Gesundheitsförderung

Beratung, Unterstützung, Durchführung und Evaluation in Betrieben

- zu gesundheitsförderlichen Organisationsentwicklungen,
- zur Einrichtung von ‚Gesundheitszirkeln‘,
- zu gesundheitsförderlicher Gestaltung von Arbeitsbedingungen,
- zu Kommunikationstrainings für Führungskräfte,
- zu Gesundheitstrainings, zu Suchtpräventionsmaßnahmen, usw.

Umwelt- und Gesundheits-Verträglichkeitsprüfung

- Ziele, Kriterien und Verfahren zusammenführen.

Umweltpsychologische Konzeptionen und Maßnahmen

- Umweltpsychologisches Denken: Menschen verursachen durch ihr Han-

deln Umweltveränderungen mit positiven/negativen Auswirkungen, und Menschen sind von diesen Auswirkungen betroffen.

- Beratung, Fortbildung, Planung und Gestaltung zu psychologisch gesunden Umweltveränderungen, insbesondere bei der Gestaltung von Wohnumgebungen, Arbeitsplätzen und Erholungsräumen;
- Analyse und Bewertung zum menschlichen Erleben von Umweltveränderungen;
- psychologische Unterstützung zur Bewältigung von umweltbedingten Krisen und Erkrankungen.

Psychologische Inhalte und Formen der Öffentlichkeitsarbeit

- Zielsetzung: Verbreiterung von Gesundheitsförderungs-Bewusstsein in der Bevölkerung über Fernsehen, Zeitschriften, Internet, usw.
- psychologische Inhalte und psychologisch günstige Präsentationsformen aufbereiten und einsetzen.

Literatur und Quellen

- Rieländer, M.; Hertel, L. & Kaupert, A. (Hrsg) (1995). Psychologische Gesundheitsförderung als zukunftsorientiertes Berufsfeld. Bonn: DPV
- Rieländer, M. & Brücher-Albers, C. (Hrsg) (1999). Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert – Ziele der Weltgesundheitsorganisation mit psychologischen Perspektiven erreichen. Bonn: DPV
- Internet: www.gesundheit-psychologie.de/gus-bdp/gesundheitspsychologie

Dipl.-Psych. Maximilian Rieländer
 Sektion Gesundheits-, Umwelt- und Schriftpsychologie
 im Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen (BDP) e.V.
 Georg-August-Zinn-Straße 90, 64823 Groß-Umstadt
 Tel. 06078 - 74404, Fax 06078 - 74244
 Email: Gesundpsych.Rielaender@T-online.de

Gesundheitsförderung und Public Health-Forschung

Gesundheitsförderung und Prävention bilden zentrale Aufgaben der Public Health-Forschung und -Praxis. Das gilt auch für die in den 90er Jahren des vergangenen Jahrhunderts dank großzügiger staatlicher Förderung in Deutschland entstandene Public Health-Forschungslandschaft. Die gleichwohl hierzulande prekäre Situation der Praxis der Gesundheitsförderung und Prävention zeigt sich darin, daß einer stark intensivierten Forschung eine sehr zurückhaltende bis restriktive Nutzung ihrer Ergebnisse gegenübersteht, es Mitte der 90er Jahre sogar zu einer politisch verfügbaren Unterbindung der Gesundheitsförderung durch die Krankenkassen kam.

Rückblickend auf die große Zahl der Forschungsvorhaben zum Thema in den fünf Public Health-Forschungsverbänden fällt weiter auf: eine das Umsetzungsdefizit vielleicht miterklärende Distanz der Forschung zu den mit Gesundheitsförderung und Prävention und mehr noch mit Akutversorgung, Rehabilitation und Pflege befaßten Akteuren im Gesundheitswesen. Das Denken in Versorgungssektoren und deren unverbundenes Nebeneinander wird in der Public Health-Forschung – noch zu oft – eher verfestigt denn aufgebrochen. Forschung in den Bereichen Gesundheitsförderung und Prävention fristet hierzulande ein Inseldasein, relativ schwach verbunden mit dem „Festland“ gesellschaftlicher Praxis auf diesem Gebiet, z. B. in der Gemeinde, in den Schulen oder in der Arbeitswelt. In dieser noch unterentwickelten „strategischen Ausrichtung“ an der gesellschaftlichen Entwicklung und sich daraus ergebenden Anforderungen, und sicherlich auch in der noch gänzlich ungenügenden internationalen Sichtbarkeit nationaler Forschung liegen zwei wesentliche Schwachstellen, deren Bearbeitung zukünftig von Seiten der Forschung mehr Aufmerksamkeit verdient.

Der mangelhaften Außenorientierung entspricht eine ebenso entwicklungsbedürftige Binnenkoordinierung der verschiedenen Forschungsaktivitäten: Die projekt- und standortübergreifende Zusammenarbeit ist noch eher gering, bedingt auch durch den mangelhaften Konsensus unter Public Health-Experten über Ziele, Konzepte, Vorgehensweisen und Methoden. Im Vordergrund steht die Prüfung einzelner Arbeitshypothesen, die Wirksamkeitsprüfung einzelner (meist verhaltensbezogener) Interventionen oder der Gesundheitszustand einzelner Teilpopulationen. Synergieeffekte zwischen einzelnen Projekten oder Forschungsgruppen sind eher selten, systematische Reflexion über Möglichkeiten und Voraussetzungen verstärkter Praxistauglichkeit noch seltener. Im übrigen erscheint die Kontinuität der Forschung auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung und

Prävention ungesichert. Nur an ganz wenigen Standorten fand bisher so etwas wie eine Schulbildung, orientiert an ausgewählten Paradigmen, Themen oder Zielgruppen bzw. Zielfeldern („settings“) statt. Der gesamte Forschungsdiskurs erscheint unterorganisiert und wenig fokussiert, d.h. er ist noch nicht so ausgerichtet, daß es zu einem längerfristigen Aufbau von Forschungskompetenz und zu einem organisierten Austausch über Forschungsergebnisse, ihre wissenschaftliche Qualität und praktische Relevanz kommt.

Ausgehend von den Empfehlungen des Institute of Medicine der US Academy of Science zum Thema „Public Health-Zyklus“ (Institute of Medicine (1988), *The Future of Public Health*), und ausgehend u.a. von eigenen Erfahrungen in drei größeren Modellprojekten (Badura/Siegrist et al. 1999; Badura/Ritter/Scherf 1999; Müller/Münch/Badura 1997) wird hier der Vorschlag gemacht, den Forschungsdiskurs zum Thema Gesundheitsförderung und Prävention entlang folgender fünf Themenkreise zu organisieren, um mehr Synergien und mehr Wissenskumulation zu ermöglichen:

- Strukturen der Gesundheitsförderung und Prävention
- populationsbezogene Diagnostik
- Interventionsplanung
- Interventionssteuerung
- Evaluation.

Strukturen der Gesundheitsförderung und Prävention

Strukturell sind wir hierzulande rein quantitativ betrachtet sicherlich recht gut ausgestattet. Mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst und der staatlichen Gewerbeaufsicht, mit den Diensten der Unfallversicherung und des betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutzes und den wiederzugelassenen Aktivitäten der Krankenkassen auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung, mit der Bundes- und den Landeszentralen für gesundheitliche Aufklärung verfügen wir über eine durchaus beachtliche Infrastruktur. Die tatsächliche Leistungsfähigkeit dieser Einrichtungen bedarf allerdings einer sehr viel differenzierteren Analyse, als dies bisher geschehen ist. Die Tatsache, daß ein wohlformulierter gesetzlicher Auftrag besteht, sagt beispielsweise nichts darüber aus, wie es um die Angemessenheit, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit entsprechender Bemühungen bestellt ist. Eine Konzertierung der verschiedenen Dienste und Leistungen findet bisher kaum statt – abgesehen von ersten Anstrengungen in diese Richtung seitens der Spitzenverbände der GKV und der UV. Auch bestehen erhebliche Angebotslücken z. B. an Schulen und im Bereich der Klein- und Mittelbetriebe sowie in der gemeindebezogenen, an sozialen Brennpunkten oder vulnerablen Gruppen ansetzenden Gesundheitssozialarbeit. Eine kontinuierliche wissenschaftliche Beobachtung und Bewertung des Ist-Zustandes

der Gesundheitsförderung und Prävention könnte wesentlich dazu beitragen, daß Leistungsangebote bedarfsgerechter ausgerichtet und wirksamer und effizienter gestaltet werden.

Geboten erscheint schließlich auch eine sehr viel systematischer betriebene Weiterentwicklung und Pflege der wissenschaftlichen Grundlagen. Hohe Qualität der Wissensbasis ist eine wesentliche Voraussetzung für hohe Qualität der verfolgten Ziele und erbrachten Leistungen.

Öffentliche Aufgaben – und darum handelt es sich im überwiegenden Teil von Gesundheitsförderung und Prävention – bedürfen der kontinuierlichen öffentlichen Förderung. Das Bundesforschungsministerium hat hier einen sehr verdienstvollen Neuanfang gesetzt, bei dem es aber nicht belassen werden darf, wenn die nunmehr vorhandenen Kompetenzen an Forschung und Entwicklung nicht wieder verfallen sollen.

Gesundheitsförderung ist eine neue Dienstleistung. Ihre Erstellung erfordert neue Prozesse in bestehenden Einrichtungen; darüber hinaus aber auch ein Reengineering überkommener Strukturen. Public Health-Forschung und -Entwicklung können dazu einen wesentlichen Beitrag leisten, daß die hierzulande durchaus beachtlichen Ressourcen bürgerorientierter, wirksamer und effizienter verwendet werden, d. h. ein Mehr an Gesundheit mit geringerem Aufwand produziert wird.

Populationsbezogene Diagnostik

Ebenso wie für den einzelnen Patienten behandelnden Arzt gilt für den in der Gemeinde, in Schulen, Fabriken, bei den Kassen, in der Berufsgenossenschaft oder der Gewerbeaufsicht tätigen Experten: ohne valide und reliable Diagnostik keine treffsichere und wirksame Intervention! Wissenschaftliche und praktische Bemühungen müssen sich hierbei auf die folgenden Fragestellungen konzentrieren: Wie steht es um den Gesundheitszustand der Angehörigen einer Region, einer Schule, eines Betriebes? Wie steht es um ihr physisches und seelisches Befinden? Welche gesundheitsrelevanten Einflüsse gilt es besonders zu berücksichtigen (Risiken, Gesundheitspotentiale)? Wo sollten Prioritäten gesetzt werden? Eine solide epidemiologische Ausbildung ist zur Bewältigung dieser Aufgabe unverzichtbar. Dies gilt darüber hinaus aber auch für entsprechende Grundkenntnisse im Bereich der empirischen Sozialforschung. Im betrieblichen Gesundheitsmanagement, dem hierzulande eine gewisse Pionierfunktion für das gesamte Gebiet moderner Gesundheitsförderung zukommt, hat sich international insbesondere auch der vergleichsweise unaufwendige Einsatz von Mitarbeiterbefragungen als Diagnoseinstrument bewährt – nicht zuletzt weil dadurch auch die subjektiven Erwartungen und Deu-

tungen in der Bevölkerung erfaßt werden, die zukünftig bei jeder Interventionsplanung verstärkt zu berücksichtigen sein werden (Bertelsmann Stiftung/Hans Böckler Stiftung (Hrsg.) 2000; Fehlzeitenreport 2000).

Interventionsplanung

Neben einer validen und reliablen Diagnostik entscheidet als zweites die Qualität der Interventionsplanung über die Qualität des Endproduktes. Kunstgerechte Interventionsplanung hat stets dreierlei zu berücksichtigen: Bedarf und Prioritäten seitens der Bevölkerung, Leistungsfähigkeit der zur Verfügung stehenden Experten und Einrichtungen, nationale und internationale Erfahrungen mit bestimmten Instrumenten und Vorgehensweisen. Interventionsplanung sollte problembezogen und interdisziplinär geschehen und nicht – wie bisher noch allzu oft – regelbezogen und disziplinär. Rechtzeitige Unterstützung und Einbeziehung der Zielgruppen bzw. Zielorganisationen ist mitentscheidend für den Erfolg. Im Einzelnen beinhaltet Interventionsplanung folgende Teilarbeitsschritte: Bedarfs- und Problemanalyse, Konsensusbildung, Zielsetzung, Abwägung einzelner Optionen, Entwurf von Handlungsabfolgen (wer, was?), Zuteilung von Budgets und Festlegung von Zuständigkeiten, Terminen, Teilzielen, Definition und (womöglich) Quantifizierung der anzustrebenden Endergebnisse.

Steuerung der Intervention

Interventionssteuerung sorgt für die plangerechte Durchführung einzelner Interventionsprojekte mit Hilfe eines professionellen Projektmanagements. Die politische Verantwortung liegt z. B. bei einem dafür zuständigen „Arbeitskreis Gesundheit“, der wiederum den entsprechenden Gremien im Betrieb (Vorstand), in der Gemeinde (Rat, kommunale Gesundheitskonferenz) oder in der Schule berichtspflichtig ist. Der Projektablauf sollte dokumentiert werden („Projekttagbuch“, Protokolle, Experteninterviews etc.) als Grundlage für die angeratene Prozeßevaluation. Bei besonders komplexen oder innovativen Projekten empfiehlt sich darüber hinaus eine wissenschaftliche Begleitung, empfiehlt sich ferner eine kontinuierliche Vernetzung und Qualifikation der Akteure und eine kontinuierliche Unterrichtung der Betroffenen über den Projektverlauf (Transparenz, internes Marketing).

Evaluation

Evaluation dient der intersubjektiv nachvollziehbaren Dokumentation und Bewertung von Strukturen, Programmen, Prozessen und Ergebnis-

sen. Sie dient der Außenlegitimation der verwendeten Ressourcen und der Binnenversicherung von Rationalität, Kunstgerechtigkeit und Effizienz des eigenen Tuns. Hierfür entwickelt werden müsste eine begrenzte Anzahl robuster, unaufwendig zu erstellender, aber gleichwohl aussagekräftiger Indikatoren: zur Erfassung der erzielten Veränderungen im Gesundheitszustand, in den gesundheitsrelevanten Einflüssen und im Interventionssystem, mit deren Hilfe der jeweilige Grad der Zielerreichung überprüft werden kann (vgl. Badura 1999; Pfaff 1999).

Leitbildentwicklung

Reicht es aus, wenn Public Health-Experten dies alles technisch unterstützen, oder sollten wir darüber hinaus auch Leitbilder und Visionen entwickeln? Leitbildentwicklung scheint mir dringend geboten zur Re-professionalisierung der Gesundheitsexperten und zum „Reengineering“ gewachsener Strukturen und eingeschliffener Prozesse der Gesundheitsförderung und Prävention.

Mit Blick auf Forschungsergebnisse zum Thema „Gesunde Gesellschaft“ erscheinen folgende Größen für eine Leitbildentwicklung besonders relevant:

- *Führungsverhalten und Führungssysteme* – weil sie für die gesundheitsförderliche Gestaltung gesellschaftlicher Institutionen und Bedingungen, z. B. für die eingeräumten Partizipationschancen, für Gesundheitsrisiken und -potentiale, für Ungleichheiten im Status und Einkommen hauptverantwortlich sind.
- *Wirtschaftliche Prosperität* – weil sie eine wesentliche Voraussetzung zur Verbesserung der Arbeits- und Lebensbedingungen und auch des gesamten sozialen Klimas einer Gesellschaft bildet.
- *Vertrauenskultur* – weil ihre Spielregeln und Werte Konsensbildung und Kooperation erleichtern, was erheblich zur Vermeidung von Belastungen und Konflikten beiträgt.
- *Sozialkapital* – weil es ein Klima des gegenseitigen Vertrauens von Reziprozität und Solidarität gewährleistet, das sowohl gewalt- wie krankheitspräventiv wirkt durch Bereitstellung gesundheitsförderlicher und streßvermeidender bzw. die Streßbewältigung erleichternder sozialer Beziehungen (Etzioni 1995; Kawachi/Kennedy 1997).
- *Bürgerorientiertes Gesundheits- und Sozialwesen* – das Priorität auf gesundheitsförderliche Leistungen und auf bedarfsgerechte, wirksame und effiziente Kuration, Rehabilitation und Pflege legt (Badura 2000).

Literatur

- Badura, B. Ritter, W., Scherf, M. (1999): Betriebliches Gesundheitsmanagement – ein Leitfadens für die Praxis. Berlin, Edition Sigma.
- Badura, B., Siegrist, J. (Hrsg.) (1999): Evaluation im Gesundheitswesen. Ansätze und Ergebnisse. Weinheim, München, Juventa.
- Badura, B. (1999): Einleitung, in: Badura, B., Siegrist, J. (Hrsg.), Evaluation im Gesundheitswesen, Weinheim u. München, Juventa, S. 9-12.
- Badura, B. (2000): Beitrag zu „Gesellschaft und Gesundheit“ Bertelsmann Stiftung/Hans Böckler Stiftung (Hrsg.) (2000): Fehlzeitenreport 2000.
- Etzioni, A. (1995): Die aktive Gesellschaft, Campus, Frankfurt a. M.
- Institute of Medicine (1988): The Future of Public Health.
- Kawachi, I./Kennedy, B.P. (1997): Health and Social Cohesion: Why Care About Income Inequality? In: BMJ 314, 1037-1040.
- Müller, B., Münch, E., Badura, B. (1997): Gesundheitsförderliche Organisationsgestaltung im Krankenhaus – Entwicklung und Evaluation von Gesundheitszirkeln als Beteiligungs- und Interventionsmodell. Weinheim, Juventa.
- Pfaff, H. (1999): Organisationsdiagnose im Rahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements, in: Badura, B./Ritter, W./Scherf, M.: Betriebliches Gesundheitsmanagement – ein Leitfadens für die Praxis, Berlin, Edition Sigma, S. 135-139.

Prof. Dr. Bernhard Badura
 Universität Bielefeld
 Fakultät für Gesundheitswissenschaften
 Postfach 100131, 33501 Bielefeld
 Tel. 0521 - 1064263, Fax 0521 - 1066429
 EMail: bernhard.badura@uni-bielefeld.de

Anhang / Materialien



Gesundheitsförderung – Eine Gleichstellung der Gesundheitschancen erreichen

*Fünfte Weltkonferenz zur Gesundheitsförderung
Mexiko, 5. - 9. Juni 2000*

Erklärung der Minister zur Gesundheitsförderung

Von Ideen zu Maßnahmen

Die diese Erklärung unterschreibenden, anlässlich der Fünften Weltkonferenz zur Gesundheitsförderung in Mexiko City versammelten Gesundheitsminister:

1. Würdigen, dass das Erreichen des höchstmöglichen Gesundheitsstandards für den Genuss des Lebens positiv zu Buche schlägt und für die soziale und wirtschaftliche Entwicklung und Gleichstellung notwendig ist.
2. Erkennen an, dass die Förderung von Gesundheit und sozialer Entwicklung eine zentrale Pflicht und Aufgabe der Regierungen ist, an der alle Bereiche der Gesellschaft teilhaben.
3. Nehmen Rücksicht darauf, dass es in den letzten Jahren durch die anhaltenden Bemühungen der Regierungen und der jeweiligen Gesellschaft zur Zusammenarbeit bedeutende Verbesserungen im Bereich der Gesundheit und Fortschritte in der Bereitstellung von gesundheitlichen Dienstleistungen in vielen Ländern der Welt gegeben hat.
4. Erkennen, dass es trotz dieses Fortschritts noch viele gesundheitliche Probleme gibt, welche die soziale und wirtschaftliche Entwicklung behindern und die daher dringend angegangen werden müssen, um die Gleichstellung beim Erreichen von Gesundheit und Wohlergehen zu fördern.
5. Nehmen Rücksicht darauf, dass gleichzeitig neue und wieder auftauchende Krankheiten den in der Gesundheit erreichten Fortschritt bedrohen.
6. Erkennen, dass es dringend ist, die sozialen, wirtschaftlichen und umweltbedingten ausschlaggebenden Faktoren für Gesundheit anzusprechen und dass dazu verstärkte Mechanismen der Zusammenarbeit zur Förderung der Gesundheit über alle Bereiche und alle Schichten der Gesellschaft hinaus benötigt werden.
7. Ziehen den Schluss, dass die Förderung der Gesundheit eine grundlegende Komponente der öffentlichen Politik und der Programme in allen Ländern, beim Streben nach Gleichheit und besserer Gesundheit für alle sein muss.
8. Erkennen, dass es ausreichende Beweise gibt, dass gute Gesundheitsförderungsstrategien zur Förderung der Gesundheit wirkungsvoll sind.

Eingedenk des oben Gesagten unterschreiben wir das Folgende:

Maßnahmen

- A. die Förderung der Gesundheit als grundlegende Priorität in den örtlichen, regionalen, nationalen und internationalen Politiken und Programmen festzulegen.
- B. Die führende Rolle zu übernehmen bei der Sicherstellung der aktiven Beteiligung aller öffentlichen Bereiche und der Unterstützung bürgerschaftlichen Engagements bei der Durchführung von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung, welche die Partnerschaften für die Gesundheit stärken und erweitern.
- C. Die Erstellung von landesweiten Aktionsplänen zur Förderung der Gesundheit zu unterstützen, nötigenfalls unter Hinzuziehung der Sachkenntnis der Weltgesundheitsorganisationen und ihrer Partner in diesem Bereich. Diese Pläne werden je nach nationalem Zusammenhang unterschiedlich sein, sich aber nach einem grundlegenden Rahmen richten, der während der Fünften Weltkonferenz zur Förderung der Gesundheit vereinbart wird und unter anderem folgendes enthalten kann:
 - Festlegung der gesundheitlichen Prioritäten und Errichtung von gesundheitsfördernden öffentlichen Politiken und Programmen, um diese gezielt zu verwirklichen.
 - Die Unterstützung der Forschung, die das Wissen über die ausgewählten Entwicklungsbereiche fördern.
 - Die Mobilisierung von finanziellen und organisatorischen Ressourcen, um die personelle und institutionelle Kapazität zur Entwicklung, Durchführung, Überwachung und Evaluierung der landesweiten Aktionspläne aufzubauen.
- D. Nationale und internationale Netze zur Förderung der Gesundheit einzurichten oder zu stärken.
- E. Dafür einzutreten, dass die Behörden der Vereinten Nationen für die gesundheitlichen Auswirkungen ihrer Entwicklungs-Vorhaben rechen-schaftspflichtig sind.
- F. Die Generaldirektorin der Weltgesundheitsorganisation zum Zweck ihres Berichts auf der 107. Sitzung des Vorstands über den Fortschritt zu informieren, der bei der Durchführung der obengenannten Maßnahmen erzielt wurde.

Unterzeichnet in Mexiko City am 5. Juni 2000 in Arabisch, Chinesisch, Englisch, Französisch, Portugiesisch, Russisch und Spanisch, wobei jeder Wortlaut gleichermaßen verbindlich ist.

Die vorliegende deutsche Übersetzung wurde auf der Grundlage einer Vorlage des Bundesministeriums für Gesundheit erstellt.

Rahmen für Aktions-Pläne zur Gesundheitsförderung

Dokument der 5. globalen Konferenz zur Gesundheitsförderung der WHO vom Juni 2000 in Mexiko-City

I. Allgemeiner Rahmen

A. Präambel

Der Zweck dieses Dokuments ist es, einen Rahmen für die Entwicklung von landesweiten Aktionsplänen zu schaffen, um die Verpflichtungen zu erfüllen, die in der **Erklärung der Minister zur Gesundheitsförderung auf der Konferenz von Mexiko** festgelegt wurden.

Gleiche Gesundheitschancen zu erreichen ist eine der größten Herausforderungen unserer Zeit. Die Förderung der Gesundheit ist eine wirksame Strategie, um diese Arten von Ungleichheit abzubauen. Um Gesundheit für alle zu erreichen ist es unbedingt erforderlich, die Bemühungen auf die Verbesserung der Lebensbedingungen für die Unterprivilegierten und Randgruppen sowohl in den Entwicklungs- als auch in der Industrieländern zu konzentrieren.

Die Gesundheitsförderung hat bei der Erreichung gleicher Gesundheitschancen sowie bei der Beschäftigung mit den Hauptdeterminanten für die Gesundheit einen wichtigen Beitrag zu leisten. Ein solcher Beitrag kann am besten durch gemeinsam erarbeitete Planung und daraus resultierende Überlegungen und Maßnahmen geleistet werden. Man sollte diese landesweiten Pläne im Gesamtzusammenhang sehen, weltweite Chancengleichheit auf dem Gebiet der Gesundheit zu erreichen.

B. Ziele

1. Einstufung der Gesundheit als ein fundamentales Menschenrecht und als ein Mittel zur gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Weiterentwicklung im Zusammenhang mit struktureller Veränderung und weltweiten Kräften;
2. Mobilisierung von finanziellen, personellen und technischen Mitteln, um dauerhafte kommunale, institutionelle und Verwaltungskapazitäten aufzubauen, die sich mit den Hauptdeterminanten für die Gesundheit beschäftigen;
3. Beschäftigung mit der sozialen und der geschlechtsbezogenen Chancen-

gleichheit auf allen Ebenen der Regierungsform und in allen Bereichen der Gesellschaft;

4. Unterstützung der Weiterentwicklung von Wissen, welches das Verständnis für Mittel und Wege zur vollen Entwicklung von menschlichem Potential und institutionellen Kapazitäten fördert;
5. Förderung von sinnvoller Beteiligung und gesundheitsförderlichen Lebenswelten, um so den Zusammenhalt der Gemeinschaft zu stärken und soziales Kapital aufzubauen;
6. Systematische Integration von Gesundheitsförderung in die Tagesordnung zur Reform des Gesundheitswesens.

C. Grundsätze für den Erfolg

Aktionspläne sind am leichtesten durchführbar und am wirkungsvollsten, wenn

1. sie eindeutige Ziele haben,
2. die Rollen und Aufgaben der betroffenen Interessengruppen untereinander klargestellt und akzeptiert wurden,
3. es klar erkennbare Mechanismen für die Verantwortlichkeit gibt,
4. die entwickelten Strategien umfassend sind,
5. Mechanismen zur Überwachung und Evaluierung in den Plänen enthalten sind.

D. Wichtige Überlegungen

Beteiligung: Die öffentlichen, privaten und kommunalen Bereiche werden dazu ermutigt, sich an der Erarbeitung der Aktionspläne zu beteiligen, was durch das Gesundheitsministerium erleichtert wird.

Anpassungsfähigkeit: Aktionspläne müssen auf die Bedürfnisse vor Ort eingehen. Die Länder werden Pläne vorbereiten, die sich nach ihren jeweiligen Umständen richten, indem sie auf den gegebenen Plänen, Rahmenbedingungen, Programmen und Investitionen aufbauen.

Durchführbarkeit: Es wird möglich sein, die vorgeschlagenen Aktivitäten in einem festgelegten Zeitrahmen durchzuführen, wenn die erforderlichen Personalressourcen sowie unterstützende Grundsätze der Wirtschafts-, Rechts- und Sozialpolitik und genügend Kapazität zum Aufbau von Partnerschaften und Bündnissen vorhanden sind.

Messbarkeit: Man wird eine Bewertung des Verfahrens und seiner Auswirkungen durchführen.

Innovation: Das Verfahren zur Entwicklung von Plänen wird neue Ansätze zur Kommunikation sowie zur Förderung von kreativen Maßnahmen und Dialogen enthalten.

E. Unterstützung und Erleichterung

Die Entwicklung dieser Aktionspläne muss die Infrastruktur aufbauen oder stärken, wie institutionelle Netzwerke, durchführungsorientierte Programme und Forschung zur Weiterentwicklung von Kenntnissen und Fähigkeiten. Es ist vorgesehen, die Unterstützung hauptsächlich durch vorhandene Mittel in jedem Land und auch aus anderen Bereichen als die Gesundheit zu gewähren.

Die Gesundheitsminister haben sich selbst dazu verpflichtet, dieses Verfahren zu unterstützen und zu erleichtern. Sie werden zur Koordinierung auf höherer Ebene zwischen den Abteilungen und den Ministerien aufrufen. Die Dienststellen der Weltgesundheitsorganisation, der Panamerikanischen Gesundheitsorganisation, der Vereinten Nationen, bilaterale und multilaterale Stellen, die akademische Welt, Zentren und nationale Stiftungen zur Gesundheitsförderung, der Internationalen Vereinigung für Gesundheitsvorsorge und -ausbildung (IUHPE) und andere nichtstaatliche Organisationen, der private Sektor, Sozialversicherungsgruppen, Genossenschaften und andere werden ebenfalls zuständige Partner sein.

F. Erwartete Resultate

Die Hauptbeteiligten werden sich über die ersten Schritte der Aktionspläne einigen. Dazu wird eine sinnvolle und offene Beratung mit den Gemeinden und allen Bereichen der Gesellschaft gehören.

Gemäß der Erklärung der Minister für Gesundheitsförderung auf der Konferenz von Mexiko werden folgende Maßnahmen ergriffen:

- Nationale, regionale und internationale Netzwerke zur Förderung der Gesundheit einrichten oder stärken;
- Dafür eintreten, dass die Organe der Vereinten Nationen für die gesundheitlichen Auswirkungen ihrer Weiterentwicklungspläne verantwortlich sind;
- Den Regionalkomitees und der Weltgesundheitsversammlung regelmäßig über den Fortschritt bei der Durchführung der obengenannten Maßnahmen berichten.

Das Verfahren der Entwicklung und Durchführung von landesweiten Aktionsplänen wird zu gemeinsamem Eigentum und gemeinschaftlicher Verantwortung führen und die nationale Kapazität zum Schließen der Lücke in der Chancengleichheit stärken.

II. Strategien zur Durchführung

1. Planungsverfahren

A. Einschätzung der Bedürfnisse

Die Erarbeitung der Aktionspläne sollte nach der Feststellung der:

- wichtigsten Themen der Gesundheitsentwicklung, die angesprochen werden müssen;
- verfügbaren Vermögenswerten (Politik, Gesetzgebung, personelle und finanzielle Ressourcen);
- Kapazität der Personalressourcen und verfügbarer Infrastruktur erfolgen.

Der nationale Aktionsplan sollte auf der Grundlage der zuverlässigsten Daten und der verfügbaren Erfahrungen entwickelt werden. Die Definition des Problems würde eine Übersicht der (a) epidemiologischen und demographischen Informationen sowie (b) der Verhaltens- und Sozialforschung über die für die Gesundheit ausschlaggebenden Faktoren und (c) der Bedürfnisse der Nachbarschaften und Gemeinden und wahrgenommenen Prioritäten umfassen. Bei der Feststellung der Bedürfnisse und Prioritäten müssen die Mitglieder der Gemeinde sowie die zuständigen öffentlichen und privaten Bereiche mitbeteiligt werden. Dieses Verfahren sollte folgende Merkmale enthalten:

- Eindeutig definierte Ziele und erwartete Resultate innerhalb vorgegebener Zeitrahmen.
- Eindeutig beschriebene erwartete Resultate und festgestellte Anzeichen des Fortschritts.
- Einen Teil der gesamten nationalen Entwicklungspläne und insbesondere der nationalen Gesundheitspläne, falls sie vorhanden sind, zu bilden oder zu ihnen beizutragen.
- Beteiligung aller zuständigen Interessengruppen sowie der wichtigsten Geldgeber, einschließlich der Gemeinde, der nichtstaatlichen Organisationen, des privaten Sektors, der akademischen Welt, der religiösen Institutionen, der WHO, der PAKO, der Vereinten Nationen und der Dienststellen der Geldgeber auf den geeigneten Ebenen und in den richtigen Phasen.

Zu den Instrumenten, die zur Feststellung von Problemen, Bedürfnissen und Themen gehören, zählen Problembäume, das Fischgrättdiagramm, kommunale Beratung, Schwerpunktgruppen und -übersichten. Bei der Bereitstellung von vorgeschlagenen Lösungen und Ideen für Maßnahmen ist es entscheidend, die soziale und die Verhaltenstheorie sowie die Interventionsmodelle zu überprüfen, die Beweise anderer Programme zu analysieren und die Erfahrungen der Gemeindemitarbeiter und anderer zuständiger Fachleute der Praxis miteinzubeziehen.

Die obersten Ziele der Gesundheitsförderungspläne sind es, die Gesundheit der Gemeinschaften und der einzelnen zu verbessern und ein jeweils annehmbares Niveau der Chancengleichheit in der Gesundheit zu erhalten. Es ist äußerst wichtig bei den Aktionsplänen zur Gesundheitsförderung die Strategien zum Schließen der Lücke in der Chancengleichheit miteinzubeziehen.

Ein Instrument, das zur positiven Diskriminierung führt, um die Ungleichheiten abzubauen, ist Zielgerichtetheit: Konzentrierung von besonderen Aktivitäten, Dienstleistungen und Ressourcen auf spezielle Bevölkerungsgruppen oder besondere Erzeugnisse, wie etwa Hauptnahrungsmittel. Die Kriterien für die Zielgerichtetheit sind unterschiedlich und hängen von den jeweiligen Bedürfnissen und dem gewünschten Ergebnis ab: es könnte die Verbesserung von Chancen sein, wie etwa den Vorschulkindern einen Vorsprung durch Frühförderung, Nährstoffergänzungsmittel, Unterrichtsstunden für die Eltern geben etc.; Einkommensübertragung zur Linderung von Armut oder die Bereitstellung von Wasser und Kanalisation in Gegenden, wo diese Dienstleistungen fehlen.

Zielgerichtetheit bedeutet nicht, Gruppen auszuschließen oder sie zu vernachlässigen. Es bedeutet, Leistungsempfängern mit unterschiedlichem Niveau an Bedürfnissen mit unterschiedlichen Dienstleistungen zu versorgen. Zielgerichtetheit hat durchaus einen Preis, je nach Art und Umfang der Mechanismen und der spezifischen Kriterien. Die Zielgerichtetheit auf Gemeinden, Nachbarschaften und Schulen mit niedrigem Einkommen ist manchmal weniger kostenintensiv als sich auf bestimmte Bevölkerungsgruppen zu konzentrieren.

B. Festlegung von Prioritäten, Zielen und Ergebnissen

Dieser Verfahrensschritt ist häufig mit einer Reihe von zu lösenden Problemen verbunden, von denen viele Maßnahmen zur Bekämpfung und Vorbeugung besonderer Krankheiten implizieren. Es ist wichtig, über die Definition des Problems der Feststellung von Ursachen und Folgen hinauszugehen und die Menschen miteinzubeziehen, indem versucht wird zu visualisieren, was sie in der näheren Zukunft und längerfristig erwarten.

Die Konzentration auf Krankheitsvorbeugung und Gesundheitsförderung ist ein wenig anders. Das Ziel der Vorbeugung ist das Nichtvorhandensein von Krankheit, während die Gesundheitsförderung versucht, gesundheitsförderliche Lebenswelten zu schaffen und aufrechtzuerhalten, wobei sie schützende Faktoren auf politischer und kommunaler Ebene sicherstellt, Erziehung in lebenspraktischen Fähigkeiten bietet und gesunde Lebensweisen und -bedingungen entwickelt. Trotz dieser unterschiedlichen Ansätze tragen beide zum Erreichen von Gesundheit bei, und erwiesenermaßen sind die Programme zur Vorbeugung immer die Pforten zur

Gesundheitsförderung. Es ist sehr wichtig, dass die beschlossenen Ziele und Resultate alle Bereiche der Gesellschaft miteinbeziehen und von den verschiedenen Interessengruppen vollständig angenommen werden.

Wenn die Prioritäten einmal festgelegt sind, werden die gewünschten Ziele und Ergebnisse definiert. Diese Vorgehensweise trägt zum Aufbau und zur Stärkung der Kapazität aller Beteiligten bei: Gemeindemitglieder, Vertreter der zuständigen Bereiche und Institutionen. Eine Überprüfung der verfügbaren Ressourcen und Vermögenswerte ist erforderlich. Während des gesamten Verfahrens ist es wichtig, das öffentliche und politische Bewusstsein zu wecken. Anhaltende Beratung und Kommunikation mit der erweiterten Gemeinschaft sowie mit Politikern und Entscheidungsträgern in den entsprechenden Bereichen ist für den Erfolg wesentlich.

C. Auswahl der effektivsten Strategien und Interventionen

Dazu gehört die Art von Vorgehensweisen, die am besten zu der Situation passen, die Hauptpersonen (das Zielpublikum), das gewünschte Gesundheitsziel, die Art der Intervention (Mechanismen oder Ebenen) und den Schauplatz (wo) auszuwählen und anzupassen.

Gesundheitsförderung ist grundsätzlich auf diejenigen Faktoren gerichtet, welche die Gesundheit und die Ursachen der festgestellten Probleme oder Risikobedingungen, mehr noch als deren Folgen, bestimmen. Angesichts der unterschiedlichen Faktoren, die die Gesundheit beeinflussen, ist die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Bereichen äußerst wichtig, vor allem zwischen denen mit wirtschaftlicher, sozialer und umweltbezogener Verantwortung. Das Ausmaß, in dem sich die Maßnahmen in den verschiedenen Bereichen überschneiden, sollte ebenfalls mitberücksichtigt werden, wenn eine Strategie geplant wird.

Die Strategien zur Gesundheitsförderung, die sich als die wirksamsten erwiesen haben, sind jene, die in verschiedenen Bereichen der Gesellschaft basierende ergänzende Maßnahmen miteinander kombinieren. Die am häufigsten anzutreffenden Partner bei solchen Maßnahmen sind Regierungsbehörden, Gesundheitseinrichtungen, nichtstaatliche Organisationen, Schulen und Universitäten, die Massenmedien, religiöse Gruppen sowie öffentliche und private Organisationen.

Je nach Aktionsplan wird es notwendig sein, die zu verwendenden Methoden und Materialien zu entwickeln und vorher zu testen. Maßnahmen der Gesundheitsförderung führen häufig eine erzieherische Strategie durch, d.h. volksnahe oder populärwissenschaftliche Erziehung, schulische Gesundheitserziehung und Vermittlung von lebenspraktischen Fähigkeiten, Patientenaufklärung, Stärkung der die Familie unterstützenden Gruppen. Eine soziale Kommunikationsstrategie, die die Radio- und Fernsehsender

sowie die Pressemedien miteinbezieht, kann ebenfalls wirkungsvoll sein. Soziale Mobilisierungsstrategien, einschließlich Gemeindeentwicklung, Stärkung der sozialen Auffangnetze, Erleichterung für Gruppen, zielgerichtete Massenkommunikation sowie auch andere Strategien werden angewendet. Fürsprache ist ein wichtiges Instrument, und dazu gehört Beeinflussung von Abgeordneten durch Lobbies, politische Organisation und Aktivismus, Überwindung bürokratischer Trägheit, Festlegung eines Verfechters für die Sache, Befähigung von Anführern einer Gemeinschaft und Vermittlung zur Konfliktbewältigung.

2. Durchführung

Die Betonung bei der Durchführung sollte darauf liegen, die Kapazität des Landes auf allen Ebenen zu stärken, die Vermögenswerte und Ressourcen weiterzuentwickeln und eine geeignete Infrastruktur für die Förderung der Gesundheit sicherzustellen. Wenn die Bedürfnisse und Prioritäten einmal festgestellt, die Ziele und Ergebnisse vereinbart sind und der Plan entworfen ist, können Maßnahmen ergriffen werden. Es muss auch ein Plan für die Überwachung und Qualitätskontrolle entwickelt werden sowie ein Mechanismus zur Überprüfung der Ergebnisse.

Zu dem Aktionsplan für eine wirkungsvolle Gesundheitsförderung gehören verschiedene Arten von Maßnahmen:

- Wecken des öffentlichen und politischen Bewusstseins;
- Übermittlung der Botschaft der Gesundheitsförderung;
- Vorschlag einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik;
- Unterstützung von gesundheitsbezogenen Gemeinschaftsaktionen;
- Schaffung von gesundheitsförderlichen Lebenswelten und Förderung von gesunden Lebensweisen.

3. Evaluierung

Ständige Überwachung und regelmäßige Überprüfung sollten frühzeitig miteinbezogen werden, um rechtzeitig vor Schwierigkeiten zu warnen, die es notwendig machen, den Schwerpunkt oder die Richtung der Aktionspläne neu festzulegen. Die Evaluierung der Ergebnisse sollte anhand von vorher vereinbarten Indikatoren gemessen werden. Unerwartete Ergebnisse sollten ebenfalls sorgfältig festgehalten und in entsprechende Taten umgesetzt werden.

Es gibt verschiedene Ansätze für eine Evaluierung. Einige vertreten die Auffassung, dass man a priori keine quantifizierbaren Ziele für die Gesundheitsförderung festlegen kann, dass Maßnahmen nicht im voraus bestimmt

werden können, da es an den einzelnen Personen und Gemeinschaften liegt zu entscheiden, ob diese ergriffen werden oder nicht. Andererseits besteht ein erheblicher Druck von seiten der Sponsoren, Politiker und der wissenschaftlichen Gemeinschaft im allgemeinen, messbare Ergebnisse und Vorschläge vorzulegen, die eindeutige, messbare und realisierbare Ziele enthalten sowie einen strategischen Plan, der das Was, Wer, Wie und Wann der spezifischen Maßnahmen definiert.

Um auf diesen Druck zu reagieren, müssen wir die Herausforderung der Prüfung und Validierung von Instrumenten auf uns nehmen, welche in objektiver Weise das Verfahren, die Ergebnisse und die Kosten verschiedener Gesundheitsförderungsprogramme dokumentieren.

Evaluierung ist nicht gleichzusetzen mit der Messung von Ergebnissen oder nur mit der Sammlung von Daten über eine Reihe von Indikatoren. Evaluierung kann die Ergebnisse oder das Verfahren betreffen oder sie kann Teil der Ausbildung sein. Obwohl die Gesundheitsförderung über ihre Ergebnisse Rechenschaft ablegen muss, ist es gleichermaßen wichtig, die Verfahren zu verstehen. Die Überwachung und Evaluierung komplexer Interventionen erfordert unterschiedliche Evaluierungsmodelle und -instrumente.

Zu den ergebnisorientierten Maßnahmen der Gesundheitsförderung können folgende zählen:

1. Maßnahmen zur Förderung des Umgangs mit Gesundheitsinformationen einschließlich gesundheitsbezogenem Wissen, Einstellungen, Motivierung, Verhaltensabsichten, persönliche Fähigkeiten und Selbstwirksamkeit;
2. Gesellschaftliche und einflussnehmende Maßnahmen, einschließlich Beteiligung und Ermächtigung der Gemeinschaft, gesellschaftliche Normen und öffentliche Meinung;
3. Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik und Maßnahmen der organisatorischen Praxis, einschließlich politischer Erklärungen, Vorschriften, Zuweisung von Mitteln, organisatorische Verfahren, Kultur und Verhalten;
4. Gesunde Lebensweise und dementsprechende Maßnahmen, einschließlich des Gebrauchs von Tabak, Auswahl und Verfügbarkeit von Lebensmitteln, körperliche Betätigung, Konsum von Alkohol und illegalen Drogen und das Verhältnis zwischen Schutz- und Risikofaktoren in der gesellschaftlichen und physischen Umgebung;
5. Wirkungsvolle gesundheitsdienstliche Maßnahmen, einschließlich der Bereitstellung von Vorsorgediensten, Zugang zu Gesundheitsdiensten sowie die soziale und kulturelle Angemessenheit der Gesundheitsdienste;
6. Maßnahmen für gesunde Umfeldler, einschließlich eingeschränktem Zugang zu Tabakerzeugnissen, Alkohol und illegalen Drogen, positive

- Umgebungen für Jugendliche und ältere Menschen, Gewalt- und Missbrauchsfreiheit;
7. Ergebnisorientierte soziale Maßnahmen, einschließlich Lebensqualität, fachliche Unabhängigkeit, soziale Auffangnetze, positive Diskriminierung und Chancengleichheit;
 8. Ergebnisorientierte Gesundheitsmaßnahmen, einschließlich verminderter Morbidität, Behinderung, vermeidbare Mortalität, psychosoziale Fähigkeiten und lebenspraktische Fähigkeiten;
 9. Ergebnisse des Kapazitätsaufbaus, einschließlich Maßnahmen zur Dauerhaftigkeit, Beteiligung und Ermächtigung der Gemeinde.

4. Mechanismen zum Handeln

Die von der Ottawa-Charta vorgeschlagenen fünf ergänzenden Mechanismen zum Handeln sind:

A. Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik

Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik ist ein Instrument zur Investition in die Gesundheit sowie in eine dauerhafte menschliche und gesellschaftliche Entwicklung. Gesundheitsfördernde Gesamtpolitiken sind die Schlüsselmechanismen zur Sicherung der Existenz von Voraussetzungen für die Gesundheit, einschließlich Arbeit, Frieden, Bildung, soziale Gerechtigkeit und Chancengleichheit.

Zur Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik gehört es, Schutzfaktoren in der physischen und psychosozialen Umgebung festzustellen, die normalerweise dazu beitragen, die für die Gesundheit ausschlaggebenden Determinanten zu verbessern. Dazu können folgende gehören: Zugang zur Arbeit, finanzielle Sicherheit, angemessene Wohnsituation, allgemeiner Zugang zu qualifizierter Bildung, Lebensmittelsicherheit, Zugang zu gesunden Lebensmitteln, Zugang zu Informationen, Verfügbarkeit von sicheren Transportmitteln, Bereiche für Erholung und körperliche Betätigung und Gelegenheiten zur Entwicklung von lebenspraktischen Fähigkeiten sowie Verbundenheit mit sozialen Auffangnetzen. Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik wird oft in Gesetzgebung umgesetzt, die die notwendigen Bedingungen zur Entwicklung gesunder Lebensweisen sichert. Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik schützt Gemeinden, Familien und Einzelpersonen vor Risikofaktoren und Bedingungen und führt dazu, dass es am leichtesten ist, den gesündesten Weg einzuschlagen. Sie versucht auch, eine gleichmäßige Verteilung von Ressourcen zu bewirken.

Politik wird auf verschiedenen Ebenen entwickelt. Auf kommunaler Ebene dienen die Vorschriften einem doppelten Zweck: einerseits liefern sie die Instrumente, um konkrete Aspekte der wichtigen nationalen politischen

Grundsätze in die Praxis umzusetzen, andererseits dienen sie als Werkzeug, um bestimmte politische Verantwortungen, die auf dieser Ebene geregelt werden, zu entscheiden und sie den örtlichen Bedürfnissen anzupassen. Auf der nationalen Ebene sind legislative Themen mit einer Auswirkung auf die Gesundheit bestimmt nicht die einzige Aufgabe der Gesundheitsministerien. Die verabschiedeten Richtlinien werden den richtigen Ansatz übernehmen müssen, um sowohl die auf kommunaler Ebene durchzuführenden instrumentellen Maßnahmen festzustellen als auch diejenigen, welche die Gesundheit bestimmenden makroökonomischen und sozialen politischen Grundsätze betreffen.

Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik sind vom Staat verabschiedete Erlasse, Vorschriften und Normen zum Schutz der ökonomischen und sozialen Bedingungen, welche eine entscheidende Wirkung auf die Gesundheit der Gemeinschaft haben.

B. Gesundheitsförderliche Lebenswelten schaffen

Bis zum Jahr 2010 wird die Mehrheit der Weltbevölkerung und ihre wirtschaftlichen Aktivitäten in städtischen Gebieten angesiedelt sein. Das führt zu entscheidenden Sorgen in bezug auf die Zuteilung von Ressourcen, Einkommensverteilung und Bereitstellung von Dienstleistungen wie etwa Wasserversorgung, Kanalisation und Umweltverschmutzung. Armut und Ungerechtigkeit tragen zum Entstehen von schwierigen psychosozialen Umfeldern bei, wo Gewalt ein Hauptthema ist.

In diesem Zusammenhang schlägt die Gesundheitsförderung Initiativen vor, um die Gemeinden zu ermächtigen und Partnerschaften zwischen ausgewählten Kommunalen Behörden, Vertretern verschiedener Bereiche, öffentlichen und privaten Führungspersonlichkeiten aufzubauen, um Aktionspläne aufzustellen und gesunde und gesundheitsförderliche Lebensumfelder zu schaffen. Interdisziplinäre Arbeitsgruppen in der ganzen Welt tun sich zusammen, um Strategien zu entwickeln, die gesundheitsförderliche Lebenswelten schaffen und die Gesundheit dort fördern, wo Menschen leben, arbeiten und spielen. Gesunde und sichere Lebensumfelder werden geschaffen, indem viele Bereiche in die Gesundheit investieren. Die enge Verbindung zwischen psychologischer und gesellschaftlicher Umgebung muss auch mitberücksichtigt werden.

C. Die Gesundheitsdienste neu orientieren

Die Neuorientierung von Gesundheitsdiensten ist ein Prozess der Anpassung von Strukturen und Aufgaben an die neuen Anforderungen der Gesundheit. Die gängigsten Bestandteile sind Vorbeugungsmaßnahmen, Strategien zur Entwicklung von Gesundheit, Miteinbeziehung verschiedenster Bereiche, Beteiligung der Gemeinschaft, Steigerung der Chancengleichheit und Förderung der Dezentralisierung. Es ist allgemein bekannt, dass Ge-

sundheit von biologischen Faktoren, Lebensweise und Umweltbedingungen abhängt. Folglich müssen die Gesundheitsdienste in Verbindung mit anderen, die Gesundheit beeinflussenden Bereichen arbeiten. Die Aufgabe der Zusammenarbeit mit anderen Bereichen erfordert Erfahrung und fachliche Kompetenz.

Für die primäre Gesundheitsversorgung können die Angehörigen der Gesundheitsberufe eine wichtige Rolle dabei spielen, die Bedürfnisse der Verbraucher zu erfüllen und ihnen dabei zu helfen, sich an der Bereitstellung der Dienstleistungen zu beteiligen. Auf kommunaler Ebene bedeutet das, die Form und Art der bereitgestellten Dienste an die Bedürfnisse der Bevölkerung anzupassen. Auf nationaler Ebene bedeutet das, zuzusichern, dass die Angehörigen der Gesundheitsberufe einen guten Platz in der Gesellschaft haben, um Mechanismen zu schaffen und aufrechtzuerhalten, welche Einzelpersonen, Familien, Bevölkerungen und Gemeinden unterstützen.

Ein vollständiges Konzept der Chancengleichheit auf dem Gebiet der Gesundheit darf nicht nur zur vollständigen Absicherung mit gleichen Zugangsmöglichkeiten, Inanspruchnahme und Qualität der Gesundheitsdienste führen, sondern auch zur Untersuchung und Verbesserung von vermeidbaren ungerechten und unnötigen Faktoren, welche die Gesundheit verschiedener Teile des Landes beeinträchtigen.

Die Dezentralisierung der Gesundheitsdienste ist ein weiterer wichtiger Bestandteil der Umwandlung des Gesundheitssektors. Sie verlangt, administrative und exekutive Befugnisse von der zentralen auf die kommunalen Ebenen zu verlagern. Ihr Zweck ist es, die Verteilung der Ressourcen zu optimieren und doppelte Fähigkeiten zu vermeiden. Das bedeutet auch effektivere effizientere und gerechtere Versorgung mit Gesundheitsdiensten, wobei deren Bereitstellung an die Bedürfnisse des jeweiligen Teils des Landes angepasst ist.

D. Gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen unterstützen

Gemeinschaftsaktionen stellen ein sowohl aufregendes als auch komplexes Konzept dar. Tatsächlich kann der Begriff „Gemeinde“ in verschiedenen Zusammenhängen unterschiedliche Bedeutungen haben. Der traditionelle Begriff der Gemeinde ist ein genau definiertes geographisches Gebiet mit formellen Einrichtungen wie etwa einer Kirche, einem Rathaus und einer Schule, wo Familien leben, deren Wertvorstellungen in einer gemeinsamen Geschichte ihre Wurzeln haben. Dies fing an, sich an den Orten zu verändern, wo geographische Schranken durch Kommunikation und öffentliche Transportmittel überwunden wurden. Die Menschen wohnen nicht mehr dort, wo sie zur Arbeit gehen und ihr soziales Auffangnetz stimmt nicht mit irgendwelchen geographischen Grenzen überein. Diese Überlegungen sind mitzuberücksichtigen, wenn die Aktivitäten von Gruppen, Gemein-

den oder sozialen Auffangnetzen in einem bestimmten Gebiet analysiert und bewertet werden.

Stärkung und Unterstützung vermittelt ein Gefühl von persönlicher Kontrolle und der Fähigkeit, durch kollektive Mobilisierung eine Veränderung der gesellschaftlichen und gesundheitlichen Bedingungen zu bewirken und wirkt den Gefühlen von Machtlosigkeit und Verzweiflung entgegen. Die Beteiligung an den Entscheidungsprozessen ist nicht nur aus ethischen Gesichtspunkten wünschenswert sondern auch, um die Effektivität zu gewährleisten.

E. Persönliche Kompetenzen entwickeln

Obwohl viele Faktoren, die die Gesundheit betreffen, über die Einflussmöglichkeiten des Einzelnen hinausgehen, können manche Formen der individuellen Wahl oder des Lebensstils – Konsum von Tabakprodukten und Alkohol, Diät, körperliche Betätigung und Sexualpraktiken – die Gesundheit und das Wohlergehen beeinflussen. Eine solche Art der Wahl kann durch Maßnahmen beeinflusst werden, die die Schwächsten stärken und unterstützen.

Der Unterschied zwischen der Stärkung und Unterstützung von Einzelpersonen und Gemeinschaften ist eher theoretisch als real. In der Praxis sind das Verstehen eines Problem und das Erlangen persönlicher Fähigkeiten, um damit umzugehen, die Grundlage für gemeinschaftliche Maßnahmen zur gesellschaftlichen Veränderung. In einem sozialen Auffangnetz bewahrt jeder einzelne seine soziale Identität während er materielle Unterstützung, Dienstleistungen, Information und neue soziale Kontakte bekommt.

Die obengenannten fünf Mechanismen gesundheitsfördernder Maßnahmen sind weit davon entfernt, sich gegenseitig auszuschließen, sondern ergänzen sich. Das Erreichen der Ziele der Gesundheitsförderung hängt davon ab, ein angemessenes Gleichgewicht der Strategien innerhalb dieser fünf Bereiche zu bewerkstelligen.

Sachverständigengutachten 2000/2001

Auszug aus der Kurzfassung des Gutachtens 2000/2001 des Sachverständigenrats für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen

Optimierung des Systems durch Gesundheitsförderung und Prävention

Definitionen, Konzepte und Rahmenbedingungen

13.- Konzepte, Programme und Aktivitäten zur Verhütung der Entstehung und des Eintritts von Erkrankungen verwenden heute mit unterschiedlichen Inhalten und oft nicht trennscharf Stichworte wie Gesundheitsschutz, Vorsorge, Prävention, Gesundheitsförderung. Im Einklang mit den meisten wissenschaftlichen Definitionen versteht der Rat unter Prävention generell Maßnahmen zur Vermeidung eines schlechteren Zustandes, während Kuration und Rehabilitation einen besseren Zustand zu erreichen suchen. Demnach bezeichnet Primärprävention die Verminderung von (Teil-)Ursachen bestimmter Erkrankungen oder von Krankheit überhaupt. Das Ziel ist die Verminderung von Eintrittswahrscheinlichkeiten oder Inzidenzraten. Sekundärprävention bezieht sich demgegenüber auf die Entdeckung von biomedizinisch eindeutigen (auch symptomlosen) Frühstadien einer Erkrankung und deren erfolgreiche Frühtherapie. In jüngster Zeit wird unter Sekundärprävention auch die Verhinderung des Wiedereintritts eines Krankheitsereignisses verstanden (z.-B. eines zweiten Myokardinfarkts nach überstandenen Erstinfarkt). Unter Tertiärprävention kann sowohl die wirksame Verhütung bzw. Verzögerung der Verschlimmerung einer manifesten Erkrankung (weites Konzept) als auch die Verhinderung bzw. Milderung bleibender, insbesondere sozialer Funktionseinbußen verstanden werden (engeres Konzept).

14.- Strategien, die diesen Zielen dienen, können sich zwar in manchen Feldern darauf beschränken, tatsächliche oder mögliche Gesundheitsbelastungen (z.-B. biologische, physikalische oder chemische Belastungen, Disstress, körperliche und seelische Erschöpfungszustände, schlechte Ernährung, Rauchen, Bewegungsmangel, soziale Isolierung) zu beeinflussen. Meist wird es jedoch auch darauf ankommen, zugleich die Vermehrung von gesundheitsdienlichen Ressourcen (z.-B. Selbstbewusstsein, Information, Bildung, Einkommen, angemessene Partizipation, Verhaltensspielräume, Unterstützung durch soziale Netze, Erholung) der betroffenen Individuen bzw. der Zielgruppen anzustreben; sei es, um die physischen bzw. psychischen Bewältigungsmöglichkeiten von Gesundheitsbelastungen zu erhöhen, sei es, um die individuellen Handlungsspielräume zur Überwindung gesundheitlich belastenden Verhaltens zu vergrößern, sei es, um

Handlungskompetenz für die Veränderung von Strukturen, die entweder direkt die Gesundheit belasten oder gesundheitsbelastendes Verhalten begünstigen, zu entwickeln bzw. freizusetzen. Dieser Aspekt – die Stärkung bzw. Vermehrung von Ressourcen – entspricht dem Ansatz der Gesundheitsförderung. Der Aspekt ‚Gesundheitsförderung‘ als Ressourcensteigerung lässt sich nicht auf die Prävention beschränken, sondern ist vielmehr funktional in allen Bereichen der Gesundheitsversorgung zu verorten.

15.- Die individuelle Kompetenzsteigerung der Gesundheitsförderung entspricht in Teil-Elementen dem weitergehenden (zusätzlich einen ‚Kohärenzsinn‘, postulierenden) ‚Salutogenese‘-Konzept von Antonovsky (1987). Der Rat hält dieses Modell für theoretisch anregend, aber in der Praxis noch nicht belastbar. Auch in der Theorie stellen ein zeitgemäß modernisiertes ‚pathogenetisches, und ein ‚salutogenetisches‘, Modell keine einander ausschließenden Gegensätze dar.

16.- Prävention der heute vorherrschenden chronisch-degenerativen Erkrankungen zielt sinnvollerweise sowohl auf die Senkung und Vermeidung als auch auf die verbesserte Bewältigung von Gesundheitsbelastungen. Bei der Entwicklung von Präventionsstrategien, -programmen und -maßnahmen sollte immer nach beiden Aspekten gefragt werden: Welche Belastungen können im Hinblick auf Krankheitsvermeidung gesenkt werden und welche gesundheitlichen Ressourcen können gestärkt werden? Prävention – darauf weist der Rat wiederholt hin (JG 1988, SG 1995 und 1996) – kommt zur Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung eine hohe und zunehmende Bedeutung zu. Eine Schwerpunktbildung auf Prävention entspräche auch dem Geist des Sozialgesetzbuches, das in §-1 SGB V unter den Aufgaben der Krankenversicherung als Solidargemeinschaft die Verbesserung der Gesundheit gleichberechtigt neben die Erhaltung und Wiederherstellung derselben gestellt hat.

17.- Chronische Erkrankungen, die heute das Krankheits- und Sterbe geschehen in industrialisierten Ländern weitgehend dominieren, sind trotz des in der Vergangenheit erzielten und für die Zukunft zu erwartenden medizinischen Fortschritts in der Mehrzahl der Fälle nicht heilbar im Sinne einer Wiederherstellung des ursprünglichen Gesundheitszustandes. Das Auftreten und der Verlauf chronischer Erkrankungen ist aber in hohem Maße abhängig vom persönlichen Verhalten sowie von Fehlanreizen und gesundheitlichen Belastungen aus der sozialen und physischen Umwelt. Gesundheitliche Belastungen und gesundheitsdienliche Ressourcen sind auch in einem wohlhabenden Land wie Deutschland sozial ungleich verteilt, Gesundheitsrisiken und Gesundheitserwartungen weisen in der Regel erhebliche inverse Gradienten entlang der sozialen Schichtung der Gesellschaft auf (vgl. auch SG 1996 Ziffer 111 und Abb. 13). Dies wird erstmals durch den neugefassten §-20 Abs. 1 SGB V (1999) aufgegriffen.

§ 20 SGBV – Prävention und Selbsthilfe

Neufassung Sozialgesetzbuch V vom 17.12.1999

(1) Die Krankenkasse soll in der Satzung Leistungen zur primären Prävention vorsehen, die die in den Sätzen 2 und 3 genannten Anforderungen erfüllen. Leistungen zur Primärprävention sollen den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern und insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringen. Die Spitzenverbände der Krankenkassen beschließen gemeinsam und einheitlich unter Einbeziehung unabhängigen Sachverständigen prioritäre Handlungsfelder und Kriterien für Leistungen nach Satz 1, insbesondere hinsichtlich Bedarf, Zielgruppen, Zugangswegen, Inhalten und Methodik.

(2) Die Krankenkassen können den Arbeitsschutz ergänzende Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung durchführen; Absatz 1 Satz 3 gilt entsprechend. Die Krankenkassen arbeiten bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren mit den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung zusammen und unterrichten diese über die Erkenntnisse, die sie über Zusammenhänge zwischen Erkrankungen und Arbeitsbedingungen gewonnen haben. Ist anzunehmen, dass bei einem Versicherten eine berufsbedingte gesundheitliche Gefährdung oder eine Berufskrankheit vorliegt, hat die Krankenkasse dies unverzüglich den für den Arbeitsschutz zuständigen Stellen und dem Unfallversicherungsträger mitzuteilen.

(3) Die Ausgaben der Krankenkasse für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach den Absätzen 1 und 2 sollen insgesamt im Jahr 2000 für jeden ihrer Versicherten einen Betrag von fünf Deutschen Mark umfassen; sie sind in den Folgejahren entsprechend der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 des Vierten Buches anzupassen.

(4) Die Krankenkasse soll Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen fördern, die sich die Prävention oder die Rehabilitation von Versicherten bei einer der im Verzeichnis nach Satz 2 aufgeführten Krankheiten zum Ziel gesetzt haben. Die Spitzenverbände der Krankenkassen beschließen gemeinsam und einheitlich ein Verzeichnis der Krankheitsbilder, bei deren Prävention oder Rehabilitation eine Förderung zulässig ist; sie haben die Kassenärztliche Bundesvereinigung und Vertreter der für die Wahrnehmung der Interessen der Selbsthilfe maßgeblichen Spitzenorganisationen zu beteiligen. Die Spitzenverbände der Krankenkassen beschließen gemeinsam und einheitlich Grundsätze zu den Inhalten der Förderung der Selbsthilfe; eine über die Projektförderung hinausgehende Förderung der gesundheitsbezogenen Arbeit von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen durch Zuschüsse ist möglich. Die in Satz 2 genannten Vertreter der Selbsthilfe sind zu beteiligen. Die Ausgaben der Krankenkasse für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach Satz 1 sollen insgesamt im Jahr 2000 für jeden ihrer Versicherten einen Betrag von einer Deutschen Mark umfassen; sie sind in den Folgejahren entsprechend der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 des Vierten Buches anzupassen.