

Dieses Kapitel beschreibt die Situation der Gesundheitsförderung seit 2010. Sie ist Grundlage für die weiteren Darstellungen.

Nach 1945 entwickelten sich neue soziale und kulturelle Lebensformen. Veränderte Arbeitsregelungen führten zu mehr Freizeit. Doch neue Arbeitsbedingungen und neue Kommunikationsformen bringen in den letzten Jahren eine ständige Verfügbarkeit des Arbeitnehmers mit sich. Die Stressbelastung nimmt in der Folge zu. Entsprechend ändern sich die Inhalte der Prävention und Gesundheitsförderung. Inzwischen haben Präventionsmedizin, Sportwissenschaften, Ernährungswissenschaften und Psychologie fundierte Grundlagen für diese Inhalte entwickelt. Breitensport, richtige Ernährung, und Verfahren der Stressbewältigung werden zu den vorherrschenden Gesundheitsthemen (vgl. Hoffmann 2010, 197ff). Im „tägliche Leben“ der Mitbürger bestehen erhebliche Unterschiede des Gesundheitsverhaltens. Die soziale Schicht und der Bildungsstand haben darauf wesentlichen Einfluss. Erlernte Verhaltensweisen sind mächtiger als Wissen über Gesundheit. Daher sind heute konkrete Zielvereinbarungen und pädagogisch sinnvolle Vermittlungsmethoden für die Gesundheitsförderung in den Vordergrund gerückt. Zunehmend werden Überprüfungen und Erfolgsmessungen für die Projekte verlangt.

2.1 Prävention

Der Arzt Max von Pettenkofer (1818-1901) entwickelte in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts die Vorsorgemaßnahme einer staatlich verordneten allgemeinen Hygiene. In München schuf er „Gesundheitseinrichtungen“ wie eine effektive

Kanalisation und eine überprüfte Trinkwasserversorgung. München war um 1900 die sauberste Stadt Europas.

Damit begründete er die Prävention als medizinische Disziplin.

Prävention lässt sich als vorsorgende Problemvermeidung übersetzen (prävenire = „zuvorkommen“). Viele heutige Maßnahmen lassen sich als Prävention (IKK Bundesverband; Präventionsgesetz (2016-11-11) kennzeichnen (vgl. auch Altgeld/Kolip 2006, 33ff; Kirch/Badura 2005; Stender/Böhme 2011; Rieger et al. 2016).

Sinnvoll unterscheidet man zwischen einer personenbezogenen Prävention (*Verhaltensprävention*, z. B. Körperhygiene) und einer staatlich verordneten Prävention (*Verhältnisprävention*, z. B. Verkehrsregeln, Nahrungsmittelüberwachung).

In allen Bereichen wird zwischen Primärprävention, Sekundärprävention und Tertiärprävention unterschieden.

Primärprävention umfasst alle Maßnahmen, die eine Erkrankung verhindern sollen. *Sekundärprävention* will bei schon eingetretenen Schäden eine weitere Beeinträchtigung verhindern.

Tertiärprävention befasst sich in der Rehabilitation mit der Wiederherstellung der ursprünglichen Leistungsfähigkeit oder mit der Aufrechterhaltung der noch vorhandenen Möglichkeiten.

Beispiel:

1. Zähneputzen von Jugend an mit gesunden Zähnen: Primärprävention
2. Zähneputzen trotz schon vorhandener Plomben: Sekundärprävention
3. Zahnpflege bei Ersatzzähnen oder Gebiss: Tertiärprävention

Verhaltensprävention

Die Maßnahmen der individuellen Vorsorge werden oft als persönliche Hygiene zusammengefasst. Diesem Thema ist ein eigenes Kapitel gewidmet, weil sich Gesundheitsförderung wesentlich auf diese Verhaltensweisen beziehen muss (S. 335).

Verhältnisprävention

Die Verhältnisprävention befasst sich mit Erkrankungen und Einschränkungen, die von äußeren Umständen (= Verhältnissen), wie Arbeitsplatzgestaltung, Unfallquellen, Hygienebedingungen verursacht sind. Sie lassen sich vergleichsweise leicht durch gesetzliche Vorschriften „verordnen“. Dazu gehören Arbeitsplatzvorschriften, Sicherheitsauflagen, Verbot des Rauchens in öffentlichen Räumen. In den letzten 100 Jahren wurde ein großer Erfahrungsschatz z. B. durch Schutzimpfungen gesammelt (vgl. z. B. Reiter/Rasch 2003, 3ff; Rosenbrock 2005).

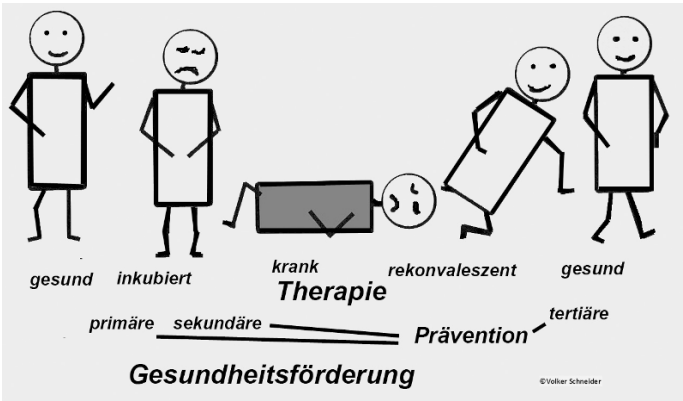


Abb. 2.1 Therapie, Prävention und Gesundheitsförderung

Tab. 2.1 Bereiche der Prävention (Auswahl, beteiligte Organisationen)

Öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD)	Privater Bereich	Organisationen und Einrichtungen
Betriebsärzte Niedergelassene Ärzte	Niedergelassene Ärzte	
Seuchenüberwachung Meldepflicht bei Erkrankungen Seuchenbekämpfung Impfaktionen Allgemeine öffentliche Hygiene Nahrungsmittelüberwachung Trinkwasserüberwachung Überwachung von Betrieben Schulhygiene Schwimmbäderüberwachung Vorsorgeuntersuchungen	Körperhygiene Wohnhygiene Mülltrennung Mäuse- und Ratten- bekämpfung, Schädlinge im Haushalt Vorsorge	Vorsorgeuntersuchungen Müllentsorgung (Stadt) Stadtreinigung (Stadt) Abwasserentsorgung (Kommunen) TÜF Bauwesen, Bauamt Krankenhaushygiene: resistente Keime Lärmschutz
Primärprävention	Primärprävention Sekundärprävention Tertiärprävention	Primärprävention Sekundärprävention Tertiärprävention

Gesundheitsförderung

Die Unterschiede zwischen Prävention und Gesundheitsförderung lassen sich wie folgt darstellen:

Gesundheitsförderung und Prävention stehen für unterschiedliche gesundheitspolitische Konzeptionen. Der Begriff der Prävention entstammt der sozialhygienischen Sichtweise des 19. Jahrhunderts. Der Staat hat die Aufgabe, durch sinnvolle Prävention den Gesundheitszustand der Bevölkerung aufrechtzuerhalten oder wiederherzustellen.

Gesundheitsförderung wurde erst sehr viel später durch die WHO seit 1948 propagiert. Dieser Ansatz zielt darauf ab, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen. Hier ist die Selbstbestimmung der entscheidende Faktor, um durch Selbstständigkeit und Selbsthilfe ein Mehr an persönlicher Gesundheit zu erreichen.

Die grundsätzlichen Unterscheidungen lassen sich in der Praxis jedoch nicht wirklich einhalten: Präventionsmaßnahmen und Gesundheitsförderung müssen im konkreten Fall in der Sache und im pädagogischem Handeln zusammenspielen. Die betroffenen Bürger müssen beides akzeptieren. Beispielhaft sei das Händewaschen als einfachste Hygienemaßnahme in der Gesundheitsförderung angeführt (= Verhaltensprävention). Dazu müssen aber auch Handwaschbecken, fließendes sauberes Wasser und Seife zur Verfügung stehen (= Verhältnisprävention). Der Betroffene muss dies auch nutzen und als Gesundheitsförderung in seinen Lebensstil (Haltung aufgrund von Bildung) aktiv einordnen.

Dies ist nicht selbstverständlich. Das zeigen Verhaltensweisen von Ärzten selbst in Krankenhäusern. Solche Maßnahmen müssen von den Betroffenen verstanden, akzeptiert und befolgt werden. Dabei ist die erzieherische Komponente nicht zu übersehen.

Viele Maßnahmen zielen auf eine indirekte Beeinflussung des Gesundheitszustands. Trinkwasserversorgung, Abwasserentsorgung oder die Anlage von Parks und Grüngürteln in den Städten sind effektive Maßnahmen der Gesundheitsförderung. Fahrradwege und Erholungsgebiete dienen demselben Zweck. Üblich ist im Rahmen einer Gesundheitsförderung eine Zuwendung zu bestimmten Problemgruppen zu beobachten, die soziale Unterstützung erfahren. Diese Einengung der Gesundheitsförderung erscheint naheliegend, ist aber auch problematisch.

Insgesamt erscheinen Verhaltens- und Verhältnisprävention heute als eine Bildungsaufgabe in unserer Gesellschaft mit dem Ziel, gesundheitsförderliche Prozesse bei einzelnen Personen zu ermöglichen. Damit lassen sich Verhältnisprävention, Verhaltensprävention und Gesundheitsförderung als ein Netzwerk von Maßnahmen verstehen, die insgesamt einen besseren Gesundheitszustand in der Bevölkerung bewirken.

2.2 Erfolge – Misserfolge

Hier soll ein Überblick über die bisherigen Erfolge der Prävention (vgl. DGPB 2016-01-012) gegeben werden

Infektionserkrankungen

Der Erfolg der Prävention gründet sich zuallererst auf die Zurückdrängung der Infektionserkrankungen durch Schutzimpfungen: Während noch Ende des 19. Jahrhunderts die Erkrankungen und Todesfälle durch Infekte an erster Stelle standen, machen diese heute nur noch rund 2 % der Sterbefälle aus. Die Behandlungskosten sind auf rund 2 % der Gesamtkosten im Gesundheitswesen gesunken. Von der Zunahme der Lebenserwartung um rund 30 Jahre werden rund 25 Jahre auf die Verbesserung der Ernährung, der Verkehrssicherheit, des Arbeitsschutzes, der Nahrungsmittel- und Wasserhygiene zur besseren Versorgung von Müttern und Kleinkindern zurückgeführt, nur rund 5 Jahre werden der klassischen Medizin wie Operationstechnik oder Rehabilitationsmaßnahmen zugeschrieben.

Eine Gefahr stellt die zunehmende Reiseaktivität dar: Keime breiten sich rasch weltweit aus. Dies gilt für die Tuberkulose, AIDS und neue Infektionserkrankungen. Die neuen antibiotikaresistenten Keime aus Krankenhäusern stellen eine besonders schwere Gefährdung dar (vgl. Hicare 2012). Insgesamt hat die Überwachung der Bevölkerung durch den ÖGD ungeheure positive Effekte für die individuelle Gesundheit und die Lebenserwartung.



Abb. 2.2

Spezielle Schutzimpfung
vor einer Reise

Schutzimpfung gegen bestimmte Erkrankungen im Gesundheitsamt“ als eine Aufgabe des Öffentlichen Gesundheitsdienstes. (Diese Aufgabe wird zunehmend von Privatärzten übernommen.)

Breitensport

Projekte zur Förderung des Breitensports lassen sich aus methodischen Gründen weit weniger gut als andere Projekte evaluieren. Es gibt zu wenige Langzeitstudien. Bisher ist ein Beweis für die nachhaltige Wirksamkeit von Bewegungsprogrammen in der Primärprävention nicht erbracht. Sportliche Betätigung steigert das Wohlbefühl, erhöht die Zufriedenheit, die körperliche Fitness steigt, eine Lebensverlängerung ist nicht nachweisbar. Die Teilnahme an sportlichen Angeboten nimmt nicht im erwünschten Ausmaß zu.

Nikotin und Alkohol

Projekte zur Raucherentwöhnung brachten eine Abnahme des Rauchens bei Jugendlichen um 50 % (Suchtbericht 2016). Programme zur Alkoholprävention wurden bisher nicht ausreichend evaluiert (Sckoll/Kramer/Bödeker 2007).

Die Belastung durch Zigarettenrauch ist in den letzten Jahren gesunken. Maßgeblich daran beteiligt sind die in den letzten Jahren auch in Deutschland langsam realisierten Rauchverbote in öffentlichen Gebäuden, Kneipen, Verkehrsmitteln und Restaurants. Eine Fülle von Studien aus Ländern, die bereits länger Rauchverbote erlassen und durchgesetzt hatten, zeigen, dass die positive Wirkung der Rauchverbote unmittelbar eintritt: Die raucherspezifischen Erkrankungen sind deutlich gesunken. Die Erfolge wurden offensichtlich durch staatliche Zwangsmaßnahmen erreicht und nicht durch Antirauchkampagnen und Drohbilder auf Zigarettenpackungen.

Zivilisationserkrankungen

Hier haben die Präventionsmaßnahmen bisher versagt. Dies gilt für Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krankheiten des Nervensystems wie Depression und Demenz. Psychische Erkrankungen nehmen deutlich zu. Der heutige Lebensstil ist die Ursache. Zwar nehmen die Kreislauferkrankungen leicht ab, allerdings stirbt jede zweite Frau an Kreislaufversagen. Frauen nehmen zu selten an Vorsorgeuntersuchungen teil, von Männern ganz zu schweigen (DAK 2012).

Ernährungsverhalten

Projekten zur gesunden Ernährung zeigen – wenn überhaupt – nur eine geringe positive Wirkung. Das Geld, das in solche Projekte gesteckt wird, ist umsonst investiert. „Auch wenn die Beteiligten an solchen Einfachinterventionen überrascht sind, hätten sie streng genommen das Ergebnis voraussehen können. Und zwar dann, wenn sie die seit Jahren und Jahrzehnten weltweit gemachten Erfahrungen aus wissenschaftlich begleiteten Modellversuchen zur Reduktion des Übergewichts von Erwachsenen und Kindern zur Kenntnis und ernst genommen hätten“

(Braun 2007). Die Programme zur gesunden Ernährung in Betrieben führten zu einer geringen positiven Veränderung des Ernährungsverhaltens. Eine positiven Langzeitwirkung bis zu 12 Monaten zeigen 30 % bis 65 % der Teilnehmenden. Allerdings mussten Projekte zur Cholesterinsenkung, zur Blutdrucksenkung und zur Erreichung des Normgewichts als fehlgeschlagen bewertet werden. Die insgesamt negative Bewertung wird gestützt durch die Zunahme des chronischen Übergewichts bei Kindern und Erwachsenen trotz aller Bemühungen. Der Konsum von Fertiggerichten, in Nahrungsangeboten versteckte Zucker und Fette spielen eine kontraproduktive Rolle.

Zahngesundheit

Karies hat in Deutschland nachweislich deutlich abgenommen. Insofern waren die Präventionsbemühungen zur Zahngesundheit sehr erfolgreich, wenn sie auch als noch nicht ausreichend angesehen werden (*Zahngesundheit 2015*).

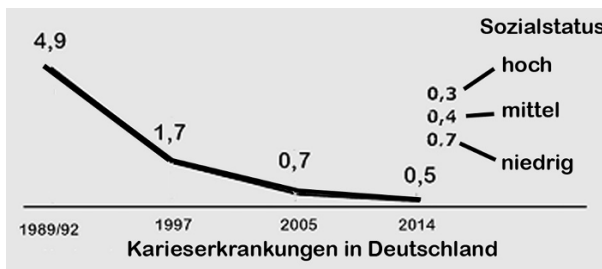


Abb. 2.3 Karieshäufigkeit in Deutschland (vereinfacht nach BZÄK 2016)

Lebensstil

Die verschiedenen Lebensweisen oder Lebensstile enthalten auch bestimmte Risikokomponenten. Die vier *Risikofaktoren* (*Rauchen, Übergewicht, Alkoholkonsum, Bewegungsarmut*) bewirken eine *Minderung des Lebensalters von rund 14 Jahren*.

Eine gesunde Lebensweise wäre demnach zu charakterisieren durch Nicht-rauchen, wenig Alkohol, viel körperliche Bewegung durch Sport oder Arbeit, fünf Portionen Obst und/oder Gemüse pro Tag. Offensichtlich wäre nachhaltige Lebensstiländerung zur Gewinnung von Lebenszeit vergleichsweise einfach zu erreichen. Offensichtlich wären diese Änderung mit vergleichsweise geringen Beeinflussungen und keinen Nachteilen einhergehen. Trotzdem findet eine solche Entwicklung gegenwärtig nicht statt.

Umweltschutz

Der Umweltschutz hat sich durch gesetzgeberische Maßnahmen in den letzten Jahren erheblich weiterentwickelt. Naheliegende und gesundheitlich wichtige Prävention durch Lärmschutz oder Abgase oder Staubbelastrung sind bisher in erforderlichem Ausmaß durch Einfluss der Interessenverbände nicht ausreichend. Die Ablehnung der Atomkraft als lang anhaltende Gefährdung der Gesundheit nachfolgender Generationen stellt einen weiteren Schritt zu einer „gesünderen Umwelt“ (Umweltschutz 2016) dar.

Aufklärung

Mit Aufklärung ist die sachliche Information über Gesundheit gemeint. In den letzten Jahren begann eine Forschungsrichtung, die Fähigkeiten der Bürger zu untersuchen, mit Gesundheitsinformationen umzugehen. Diese Fähigkeit hat die Bezeichnung Gesundheitskompetenz oder health literacy erhalten (vgl. Kickbusch 2006; ausführlich Krauss-Hoffmann 2011; Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung Statusbericht 11, 2015; Quenzel/Schaeffer 2016). Es geht dabei um die Fähigkeiten, im täglichen Leben Entscheidungen zu treffen, die sich positiv auf die persönliche Gesundheit auswirken (Abb. 2.4).



Abb. 2.4 Aspekte der Gesundheitskompetenz (verändert nach Lenhartz 2012)

Leider sind diese Fähigkeiten im Vergleich mit anderen Ländern aber geringer ausgeprägt: Auf die Frage z. B.: „Wie einfach ist es ihrer Meinung nach, aufgrund von Medien zu entscheiden, wie Sie sich vor Krankheiten schützen können?“ antworten 41 % der Deutschen mit „sehr schwierig“ gegenüber EU Mitgliedern mit 35,4 %.

Die Folgerung wäre, die Gesundheitskompetenz in Deutschland in der schulischen Gesundheitserziehung, in der Familie und auf dem gesamten Feld der Prävention deutlich zu fördern. In dieser Hinsicht bleibt der Gesundheitspädagogik ein großes Aufgabenfeld.

Akzeptanz

Untersuchungen zur Akzeptanz lassen sich besonders leicht in Betrieben durchführen. In betrieblicher Sicht ist man natürlich an einem „return of investment“ interessiert, wobei die eingesetzten Mittel sich in höherer Arbeitszufriedenheit, weniger Fehlzeiten und höherer Produktivität zeigen sollten. Beteiligte Betriebsangehörige schätzen Präventionsmaßnahmen sehr. Besonders beliebt sind Rückenschulprogramme und Betriebssportgruppen (Bödecker/Hüsing 2008). Insgesamt ist jedoch die Annahme solcher Angebote recht niedrig. Die Teilnahme schwankt zwischen 2 % und 3 % der Betriebsangehörigen. Etwa 50 % der Industriebetriebe bieten Maßnahmen an. Die Größe eines Betriebs hat Einfluss auf die Akzeptanz: Je größer der Betrieb, desto geringer die Zustimmung zu den angebotenen Aktivitäten. Allerdings wurde auch gefunden, dass in Betrieben, die überhaupt keine Präventionsangebote machen, die Akzeptanz der eigenen Tätigkeit nur halb so hoch ist. In den Bereichen Betrieb, Schule oder bei den Sozialdiensten besteht seit Jahren ein Defizit in der Untersuchung. Insgesamt weisen die bisher durchgeführten oder angebotenen Präventionsprogramme eine nicht ausreichende Akzeptanz und darum auch eine statistisch sehr geringe Effektivität auf.

Der kommerzielle Anreiz

Durch Gesundheitsprogramme, die eine höhere kommerzielle Effektivität versprechen, lassen sich nur begrenzt Erfolge erzielen. Die kaufkraftschwächsten Bevölkerungsteile haben den meisten Bedarf. Sie nehmen aber an Gesundheitsprogrammen nicht teil und könnten sich auch keine finanziellen Vorteile erarbeiten.

Offensichtlich sind bisher insgesamt weder Effektivität („die richtigen Dinge tun“) noch Effizienz („die Dinge richtig tun“) überzeugend bzw. auf alle Themen bezogen in wissenschaftlichen Untersuchungen nachweisbar. Dies ist zum Teil auf eklatante Mängel der Projektentwicklung und der pädagogischen Aufbereitung selbst zurückzuführen.

2.3 Zur Vermittlung der Präventionsanliegen

In Bezug auf Gesundheitsprogramme hat die Medizin bis heute die Definitionsmacht. Die gesellschaftliche Entwicklung geht jedoch dahin, gesellschaftliche Bedürfnisse verstärkt zu berücksichtigen.

Prävention im Medizinstudium

Im Medizinstudium findet der Präventionsgedanke nur geringe Umsetzung: „Die Hochschullehrerauswertung lässt im Gesamturteil erkennen, dass von einer systematischen, materiell und personell fundierten Lehre und Forschung im Bereich der Gesundheitsförderung und Präventivmedizin an bundesdeutschen Hochschulen derzeit noch mit gesprochen werden kann.“ (Stöbel 1995, 101). Relevante Themen in diesem Bereich sind: Biostatistik, Umsetzungsproblematik von public health, Verhaltenswissenschaften, Umweltwissenschaften, Arbeitsmedizin, Ernährungsinhalte und Verhalten. An erster Stelle steht jedoch die Epidemiologie. Und weiter ist ausgeführt: Zwar ... „wird dem Arzt eine nicht unbedeutende Rolle in der Prävention zugeschrieben ... Allerdings wird der Stellenwert solcher Themen eher als gering eingeschätzt“ (Stöbel 1995, 127). Folgerichtig zeigt die Ärzteschaft weder in der Ausbildung noch in der ärztlichen Praxis ein umfassendes Wissen über oder ein vertieftes Interesse an Prävention.

Ärztliche Beratungspraxis

Beratungsinstitutionen in der ärztlichen Praxis, beim medizinischen Personal und auch in Apotheken machen einen Großteil der primären oder tertiären Prävention aus. Zugleich führen Angebot und Inanspruchnahme beim Konsumenten dazu, Gesundheitsförderung als Dienstleistung der Ärzte und Apotheker anzusehen und sich selbst entsprechend passiv und nicht verantwortlich zu verhalten. Dies aber widerspricht dem Gedanken eines eigenverantwortlich praktizierten Gesundheitsverhaltens, zumal diese offene oder verdeckte „Medikalisierung von Gesundheit“ z. B. auch in der Fernsehwerbung stattfindet. Evaluationen über die Akzeptanz und die gesundheitliche Wirkung fehlen bisher.

Aufgrund des Auseinanderlaufens von sozialen, gesundheitlichen und ökonomischen Erfordernissen erscheint eine neue gesetzliche Regelung für die Gesundheitsförderung unerlässlich (Bellwinkel/Schröer 2005, 154). Hierzu trifft die Bemerkung Rosenbrocks (2005, 18) zu: „Die Geschichte zeigt, dass die wichtigsten Erfolge der Gesundheitsförderung nicht im Ergebnis ökonomischer Kalküle, sondern durch soziale Bewegungen induziert wurden.“

Gesundheitserziehung an Schulen

Lange Zeit beanspruchte die Ärzteschaft die Leitfunktion bei der Gesundheitserziehung in Schulen. Die pädagogische Vermittlung erscheint „nur“ als Zubringerdienst für die tatsächliche Umsetzung (vgl. Hörmann 1999).

1920 geschah eine gewisse politisch gewollte „Pädagogisierung“ der Themen in der schulischen Gesundheitserziehung: Lehrpersonen erhielten die Aufgabe der Gesundheitserziehung im Rahmen ihres Unterrichts. Nach 1945 setzte sich erneut der Anspruch der Medizin durch. Krankheitskunde wurde wieder zum beherrschenden Thema des Schulunterrichts, abgeschoben in die Fächer Biologie und Haushaltkunde. Dies lässt sich in vielen Lehrplänen nachlesen. Die Beschränkung von Gesundheitsförderung auf medizinisch notwendige Maßnahmen durch die Sozialgesetzgebung führte seit 1995 zu einer Einschränkung der von pädagogischer Seite als notwendig erachteten Themen.

Die zwischenzeitlich erfolgte Analyse der Ursachen für die Zunahme der Zivilisationserkrankungen machte aber deutlich, dass diese Erkrankungen wesentlich auf ein Risikoverhalten der betroffenen Personen zurückzuführen sind und Sachwissen nur eine geringe Rolle spielt.

Neben einer Eindämmung von Risikofaktoren soll ein pädagogischer Ansatz eine Förderung von Gesundheitsressourcen und Gesundheitsfaktoren verwirklichen (Schneider 1989, vgl. auch Hörmann 1999). Dazu gehört ein Einüben von Handlungsformen, die als gesundheitsfördernd nachgewiesen sind (Gesundheitsfaktoren, Schneider 1993). Dieser Ansatz der Gesundheitsförderung durch ein aufzubauendes Gesundheitsverhalten ist als ein pädagogischer Ansatz anzusehen, da die wesentlichen Erfolgsmöglichkeiten auf erzieherischem Tun basieren.

Dieser Vermittlungsansatz lässt sich auch aus den Verlautbarungen der WHO ableiten. Sie stellt Lebens-, Arbeits- und Umweltfaktoren im Mittelpunkt der Bemühungen (vgl. Amman/Wipplinger 1998, 38ff). Das Ziel ist, durch Verbesserung von Umwelt, sozial-ökonomischen Umständen und sozialen Widerstandsressourcen mehr Freiraum für einen persönlichen Gesundheitsstil zu erreichen. Eine solche Gesundheitsförderung ist also nicht auf die Vermeidung von Risikofaktoren für eine bestimmte Krankheit gerichtet, sondern will gleichsam im Vorfeld einer Erkrankung und im Krankheitsfall ein persönliches Gesundheitsverhalten aufbauen.

2.4 Mittelverteilung

Gesundheitswesen

Man muss bis heute sehr deutlich zwischen dem Gebiet der Gesundheitsförderung und dem in der Bundesrepublik gängigen Gesundheitswesen unterscheiden. Unter *Gesundheitswesen* wird durchgängig unser bestehendes Gesundheitssystem verstanden. Es umfasst Krankenkassen, medizinische Versorgung, Krankenhauswesen, bis hin zu Unfallversorgung, Rehabilitation und Altenpflege. Die Behandlung von Krankheiten steht im Mittelpunkt.

„Die Gesundheitswirtschaft beschäftigte im Jahr 2012 6,1 Millionen Menschen. Ihre Bruttowertschöpfung lag bei 261 Milliarden Euro. Das Gesundheitswesen im engeren Sinne wie auch die Gesundheitswirtschaft insgesamt haben also ein beträchtliches wirtschaftliches Potential und werden als wichtige Wachstums- und Beschäftigungstreiber innerhalb der Gesamtwirtschaft gesehen. Je nach Sichtweise sind die Ausgaben des Gesundheitswesens aber auch ein wichtiger Kostenfaktor zu Lasten der Sozialsysteme und nicht zuletzt der Menschen in Deutschland. Im Jahr 2013 betrug das gesamte Finanzvolumen des Gesundheitswesens 422,5 Milliarden Euro. Davon schulterten die privaten Haushalte über Versicherungsbeiträge, Zuzahlungen und Direktkäufe fast die Hälfte“ (Statistisches Bundesamt 2015).

Tab. 2.2 Mittelverteilung Therapien – Prävention/Gesundheitsförderung 2015 (GKV-Spitzenverband Präventionsbericht)

Ausgaben als „Gesundheitsausgaben“ in Milliarden		Ausgaben für „Prävention und Gesundheitsförderung“ in Millionen	
	328		238
Aufwendungen der Krankenkassen	191	Aufwendungen der Krankenversicherung	159
Haushalte und Organisationen	3,2	Betriebliche Gesundheitsförderung	54
Private Krankenversicherungen:	9,3	davon Stressbewältigung	27
Ambulante Pflege	13,3	Settings mit Schwerpunkt Bildung	30
Apotheken	44,4	davon in Kitas	15
Gesundheitshandwerk	18,9	Individuelle Kursangebote wie Gymnastik, Yoga etc.	183
Krankenhäuser	85,9		
Stationäre Pflege	28,5		
Vorsorge und Tertiärprävention	9,0		

Aus ethischen und sozialen Gründen, aber auch aufgrund fiskalischer Überlegungen kann man sich heute ein soziales Zusammenleben ohne Fürsorge und Krankenversorgung nicht mehr vorstellen. Andererseits zeigen fiskalische Überlegungen, dass eine umfassende Versorgung der Bevölkerung nicht zu finanzieren wäre.

Gesundheitsförderung und Prävention

Grundlage für ein erneutes Interesse an *Gesundheitsförderung und Prävention* ist aber auch die Erkenntnis, dass viele chronisch verlaufende Krankheiten durch medizinische Therapien nicht grundlegend zu heilen sind – wie Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems, Gelenkdegenerationen und Muskelschwächen. Diese Krankheiten stehen an erster Stelle der Todesursachen und sind mit erheblichen Kosten verbunden. Das Vordringen solcher Krankheiten wird auf soziale Ursachen zurückgeführt, insgesamt mit einem Lebensstil begründet, der als nicht gesunderhaltend betrachtet wird und der bei der Bevölkerung zunehmend Sorge bereitet (vgl. Zusammenfassung bei Kickbusch 2006). Die Entwicklung ist geprägt von Ausgabensteigerungen und intensiven Bemühungen für eine Gesetzgebung zur Gesundheitsförderung (Gesundheitsberichterstattung 2011).

Der § 20 des Sozialgesetzbuches hat allerdings bewirkt, dass die Krankenkassen sich an der Prävention verstärkt beteiligen (vgl. GKV Präventionsbericht 2014). Wenn 1999 Renn noch ernüchtert feststellt, „dass auch eine Steigerung der Ausgaben für Gesundheitsförderung keineswegs ein Ausdruck einer neuen genuinen Wertschätzung des präventiven Gedankens ist“, so ist insgesamt 2016 ein sehr viel besseres Verständnis und eine breitere Mittelverteilung zu beobachten.

Die Maßnahmen zur Gesundheitsförderung beschränken sich jedoch nach wie vor auf einzelne Projekte mit Praxisbezug und auf Forschungsprojekte. Da viele Präventionsangebote nicht evaluiert sind oder werden, ist die Mittelverteilung eher willkürlich und scheint politischen kurzfristigen Interessenlagen zu entsprechen.

Jedoch ist die in Tab. 2.2 zusammenfassend dargestellte veröffentlichte Verteilung nicht ganz zutreffend. In der Rubrik Gesundheitsausgaben sind nicht enthalten: Forschung, Ausbildung, krankheitsbedingte Ausgaben, Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall. Auch private Anstrengungen fehlen. Andere Institutionen wie Gemeindeämter leisten indirekt sehr viel Gesundheitsförderung, ganz im Sinne der WHO. Diese äußert sich in besserer Verkehrsplanung, Luftüberwachung bis hin zu Betreuungseinrichtungen für bedürftige Bürger. Auch werden die Kosten der ärztlichen Beratung nicht in die Präventionsaufwendungen eingerechnet. Die Kosten der sozialen Dienste, die auch Gesundheitsförderung betreiben, sind nicht aufgeschlüsselt. Wenn man dies berücksichtigt, fließen doch mehr Mittel in eine gesundheitsrelevante Prävention, als den Zahlen zu entnehmen ist.

In der gesamten Diskussion über die Gesundheitsförderung spielen Interessengruppen eine große Rolle. Rund 5 % der im Gesundheitswesen aufgewendeten Mittel gehen in Präventionsmaßnahmen (vgl. Präventionsbericht 2014).

Wenn Gesundheitsförderung mehr Erfolg haben soll, müssen die Maßnahmen noch präziser formuliert und besser auf die angesprochenen Bevölkerungsgruppen zugeschnitten sein. Sie müssen auch der nichtbeteiligten Bevölkerung durch gezielte Werbung bekannt gemacht und emotional positiv besetzt werden.

2.5 Kosten – Nutzen von Gesundheitsförderung

Maßnahmen in Gesundheitsförderung müssen „sich rechnen“. Das Gesundheitswesen hofft auf sinkende Behandlungskosten. Die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen hat zwei Ursachen: die Zunahme der Alterskrankheiten und der medizinische Fortschritt. Damit steigen auch die Behandlungskosten. Kosteneinsparungen werden wohl schon aus diesen Gründen nicht eintreten.

Tab. 2.3 Kostenvermeidung durch Prävention und Gesundheitsförderung
(vgl. Wieser 2009)

Vermiedene direkte Kosten	Vermiedene indirekte Kosten	Erhöhung der Lebensqualität
Medizinische Behandlung Materieller Schaden Tertiärprävention	Arbeitsabwesenheit Produktivitätsverlust	Höhere Lebenserwartung Mehr Wohlbefinden Weniger Einschränkungen
Externe Kosten: Verkehrstopfer, häusliche Pflegeaufwendungen, Kosten der Tertiärprävention, Schäden durch Umwelteinflüsse		

Betriebe erwarten eine höhere Produktivität in kurzer Zeit. Eine Übersicht über mögliche Kostensenkungen durch Gesundheitsförderung gibt Tab. 2.3. Da die Fristen recht kurz sind, sind solche ökonomischen Erfolge fast nie nachzuweisen. Vor allem lassen sich die Effekte selten ausschließlich auf das jeweilige Programm zurückführen. Es gibt zu diesem Bereich bisher keine tragfähigen Langzeitstudien (Plamper 2004, 367). Daher rührt auch ein Großteil der Vorbehalte gegenüber der Gesundheitsförderung.

Beispiele

Rauchen

Eine Kosten-Nutzen-Analyse in Bezug auf Rauchen ergab in Australien die folgenden Daten: Die Kosten von 1 Dollar in Programmen zur Raucherentwöhnung bei 10 % Rückgang des Konsums entsprachen einem Nutzen von 49 Dollar sozialer Kosten in den Jahren von 1971 bis 2010. Bei der Kosten-Nutzen-Analyse der Straßenverkehrsunfälle verringerte eine Investition von 1 Dollar die sozialen Kosten um 2 Dollar (Abelson/Taylor/Butler/Gadiel, 2003). Geringe ökonomische Erfolgsaussichten können aber nicht entscheidender Gesichtspunkt für die Einstellung von Gesundheitsförderung sein. Gerade die Bedürftigsten erbringen den geringsten Mehrwert in ökonomischer Hinsicht. Dieser Personenkreis hätte jedoch eine Gesundheitsförderung am nötigsten. Zu viele Projekte wenden sich an die gebildete Mittelschicht. Diese ist insgesamt wesentlich gesünder. Diese kann sich selbst leichter helfen. Diese benötigt weniger finanzielle Unterstützung.

Der Trend zur Individualisierung des Gesundheitsverhaltens stellt die Verantwortung für die Einzelperson heraus. Zuweilen entsteht der Eindruck, dass Gesundheitsförderung auf den Einzelnen „abgeschoben“ würde. Durch persönliche Mitverantwortung, durch die Aufforderung nach verstärkter persönlicher Vorsorge und Versicherung bleiben bestimmte Probleme, die gesellschaftlich und politisch gelöst werden müssten, unbearbeitet.

Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Die Senkung des Cholesterinspiegels im Blut wirkt gesundheitserhaltend, wenn schon erste Schädigungen vorliegen. Eine Untersuchung mit 800.000 Patienten, ob Kosten durch diese Sekundärprävention gesenkt werden können, hat erbracht: Rund 1,8 Milliarden (DM) werden eingespart in Bezug auf die Kosten, die bei Fortschreiten der Krankheit anfallen würden. Bei einer 10-jährigen Laufzeit lassen sich 6,9 Milliarden (DM) einsparen. Damit wäre die Sozialversicherung deutlich entlastet, wenn sie auch insgesamt durch derartige Erkrankungen weiterhin belastet bleibt.

Verschiedene Untersuchungen weisen nach, dass nur wenige Risikofaktoren eine bestimmte Erkrankung bewirken. Dies ist durch Teerablagerungen in der Lunge mit der Folge von mehr Lungenkrebs belegt. Im täglichen Leben greifen jedoch immer mehrere Risikofaktoren ineinander, daher kann die Minderung nur eines Risikofaktors nur in Ausnahmefällen mit der geringeren Erkrankungsrate in Beziehung gesetzt werden. Die gleichzeitige Berücksichtigung ganzer Risikoprofile wäre günstiger für einen wissenschaftlichen Nachweis. Die Analysen

von Projekten in Gesundheitsförderung beziehen sich meist auf Akzeptanz, Zufriedenheit während der Maßnahme, Veränderung des Verhaltens, Veränderung der Gesundheitsvorstellung. Die Minderung von Krankheiten in Bezug auf Normalgewicht, körperliche Aktivität und Nichtrauchen ist nachgewiesen.

Nur etwa 7 % der Untersuchungen erfassen die ökonomische Seite. Verallgemeinernde Aussagen über Kosten und Nutzen einzelner Projekte erlauben sich daher nicht. Dafür sind die einzelnen Maßnahmen auch zu verschieden (Klemperer 2015). Obwohl es ausreichend wissenschaftlich fundierte Untersuchungsmethoden gibt, werden immer noch zu wenige Kosten-Nutzen-Rechnungen angestellt.

2.6 Qualität von Gesundheitsprojekten

Qualitätssicherungen als Maß für die gesundheitliche Wirkung von Projekten sind sehr schwierig. Zu viele Faktoren üben Einfluss aus, die man vorab selten berücksichtigen kann. Die Gründe für fehlenden Messungen sind vielfach: zu kurze Laufzeiten der Projekte, mangelnde Berücksichtigung der sozialen Umstände, auch wenig ansprechende Öffentlichkeitsarbeit, zu geringe Einbindung von Zielgruppen. Daher wird die bisherige wissenschaftliche Evidenz auch sehr kritisch gesehen (Sockoll 2007).

Man hilft sich mit den Qualitätsbeschreibungen: „state of science“, „state of art“ oder „best practice“. Die jedes Jahr vergebenen Präventionspreise werden dazu weniger durch den Nachweis der Wirkung als durch gute Aufmachung und weite Streuung begründet, obwohl in den Förderrichtlinien „eine eindeutige Zielsetzung und eine nachgewiesene Wirksamkeit“ verlangt wird. Solche Preise sind „höchstens mit einem Mangel an Besserem zu entschuldigen“ (Paulus 2005, 42).

In den letzten Jahren ist die Lebenserwartung statistisch erneut gestiegen: Weniger Lungen- und Magenkreiserkrankungen wie auch weniger Herz-Kreislauf-Erkrankungen hätten die Lebenserwartung in Deutschland bei Frauen auf 84,9 Jahre und bei Männern auf 81,2 Jahre erhöht (bpi 2016 für 2008). Offensichtlich muss dieser Anstieg der Lebenserwartung eher auf ein besseres individuelles Gesundheitsverhalten als auf bessere Therapiemethoden zurückgeführt werden. Insofern hat die bisherige Gesundheitsförderung durchaus positive Effekte erbracht.

Inzwischen engagieren sich viele Krankenkassen in wissenschaftlich ausgerichteten Projekten. Diese beziehen sich meist auf Verhaltensprävention. Man hofft, dass eine Verbesserung des individuellen Lebensstils die mögliche Zeitspanne des aktiven Lebens deutlich verlängert und damit das Risiko, ein Pflegefall zu werden, senkt.

Eine ausführliche, aber keineswegs umfassende Meta-Untersuchung zur Verhältnisprävention in Betrieben weist für die einzelnen untersuchten Projekte erhebliche methodische Mängel nach. Untersuchungen ohne Kontrollgruppen geben 100 % ermutigende Ergebnisse an, Untersuchungen mit Kontrollgruppen nennen 22 % ermutigende Ergebnisse. Zum anderen „erscheint die Befundlage hinsichtlich der Effektivität von primärpräventiven Rückenschulen am Arbeitsplatz relativ diffus“ (Kreiss/Bödeker 2012-09-01, 29ff).

2.7 Moderne Einflüsse auf die Gesundheitsförderung

Pädagogische Sichtweisen

Einige weitere Begriffe im Arbeitsfeld Gesundheitsförderung und Prävention werden noch von verschiedenen Organisationen vertreten (Tab. 2.4): Im schulischen Bereich spricht man meist von Gesundheits„erziehung“. Aber auch hier wird die Gesundheits„erziehung“ zunehmend im Sinne des Setting-Ansatzes ergänzt (vgl. S. 242). Die Volkshochschulen nennen ihr Konzept „Gesundheits„bildung“. Dabei geht es vor allem um einen selbst verantworteten gesunden Lebensstil in einem Bildungsprozess (VHS 2016). Gesundheits„aufklärung“ war bisher an Schulen vorherrschend. Sie ist in allen Bereichen notwendig. Alle konkreten Umsetzungen aufgrund der unterschiedlichen Begrifflichkeiten haben heute das gleiche Ziel und ähnliche Verfahrensweisen. Daher soll auf diese eher theoretische Diskussion nicht weiter eingegangen werden.

Tab. 2.4 Begrifflichkeiten im pädagogischen Arbeitsfeld (vgl. auch Hörmann 1999, 13)

Gesundheitsaufklärung	Bereitstellung von Wissen
Gesundheitserziehung	Verhaltensänderung durch Einsicht
Gesundheitsbildung	Persönliche Weiterentwicklung von Haltung und Lebensstil
Gesundheitsberatung	Beratung zur Änderungen der Lebensbedingungen
Gesundheitsförderung	Äußere Maßnahmen zur Förderung des Lebensstils

Die übergeordneten Ziele aller Ansätze sind die Förderung der Wahrnehmung (Kognition), des konkreten Verhaltens und einer Verbesserung der Rahmenbedingungen. Die Kognition bezieht sich dabei auf Risikowahrnehmung, Wahrnehmung von Anzeichen, Forderung der Selbstwirksamkeit, Kenntnisse über Risikofaktoren und Gesundheitsfaktoren. Die Maßnahmen zum Gesundheitsverhalten sollen

die individuellen Fertigkeiten stärken, Bewältigungshandeln nachhaltig einüben, Gewohnheiten ausbilden. Die Rahmenbedingungen beziehen sich auf die sozialen Beziehungen, soziale gemeindenahе Unterstützungseinrichtungen, Selbsthilfegruppen und beteiligte Organisationen (Amman/Wipplinger 1998, 38ff).

Auch Umweltschutzmaßnahmen werden zu den Rahmenbedingungen für Gesundheit gerechnet.

Hier sind deren wesentliche Anliegen unter Einschluss der allgemeinen Ziele zu diskutieren:

Die Senkung der Belastungen stand lange Zeit im Vordergrund. Solche Belastungen sind chemischer, physikalischer, biologischer Art und sehr vielfältig. Sie reichen von Schadstoffen in Luft und Nahrung (Chemie, Umweltschutz) über Lärm und unzureichende Belüftung (Physik) bis hin zur Infektionsvermeidung und Seuchenbekämpfung (Biologie). Hinzukommen als soziale Belastungsfaktoren Bewegungsarmut (Arbeitsplatz), Stress (Familie und Arbeitsplatz), Drogenkonsum (Rauchen), Vereinsamung. Diese Faktoren können als Risikofaktoren für den persönlichen Gesundheitszustand zusammengefasst werden.

Die Senkung von Belastungen lässt sich mit der Stärkung von der Gesundheit dienlichen Ressourcen (Gesundheitsfaktoren) verbinden: Förderung des Selbstbewusstseins, Ausbau der persönlichen Kompetenzen, Information, Bildung, Einkommen, angemessene Teilhaberschaft (Partizipation) an den Maßnahmen der Gesundheitsförderung, Schaffung sozialer Netze, Ausbau von Erholungsmöglichkeiten. Durch eine solche Verschränkung von Risikofaktorenbekämpfung und Förderung von Gesundheitsfaktoren wird die gedachte Gegensätzlichkeit von Gesundheit versus Krankheit aufgehoben, wie dies schon in der Ottawa-Charta angedeutet ist. Die Förderung von Gesundheitsressourcen erscheint heute notwendig, um

1. die Bewältigungsmöglichkeiten gegenüber Belastungen zu erhöhen,
2. die persönlichen Handlungsspielräume zu vergrößern,
3. die Fähigkeiten zur Veränderung äußerer Umstände zu stärken,
4. gesundheitsförderliche Verhaltensweisen zu begünstigen.

Es ist erwiesen, dass die Beeinflussung solcher dem eigentlichen Krankheitsgeschehen eher fernen Faktoren genauso wirkungsvoll sein kann wie eine direkt auf die Erkrankung bezogene Präventionsmaßnahme. Damit erscheint der auf die Person zentrierte Ansatz der Gesundheitsförderung als erfolgversprechend inzwischen nachgewiesen.

Entwicklungslinie der Gesundheitsförderung

Die Verlautbarungen der WHO und die neuen Forschungsfelder geben nicht vor, auf welchen Wegen ein Mehr an Gesundheit beim Einzelnen zu erreichen sei. Das

Health-belief-Modell liefert eine erste Arbeitsgrundlage (vgl. Blättner 1999, 84ff). Es ging um Aufklärung in einer Art, in der die Folgen des Fehlverhaltens zum Teil drastisch dargestellt wurden. Diese Art der Vermittlung konnte man zusammenfassend als „Risikopädagogik“ bezeichnen (Schneider 1992), wobei die Pädagogik auf „pädagogisch methodische Tricks“ reduziert erschien, während die Medizin als Leitwissenschaft vorgab, auf welche Risikofaktoren das wesentliche Augenmerk gelenkt werden müsse, und die Psychologie für die Erfassung des Fehlverhaltens bzw. für das wünschenswerte Verhalten zuständig war. Dieses Konzept der Gesundheitsförderung ist rund 40 Jahre später als fehlgeschlagen zu bezeichnen (Schneider 1993, 42ff; vgl. auch Blättner 1999, 85).

Inzwischen wurden Konzepte entwickelt, die sich auf die Gesundheitspotentiale für und bei den Betroffenen stützen wollen. Zu solchen Konzepten zählt das Konzept der Gesundheitsfaktoren (Schneider 1992; Bengel/Meinders-Lücking/Rottmann 2009). Damit wurde zunächst eine neue Sicht für die pädagogische Arbeit erreicht. Seit 2000 besteht die Aufgabe, eine handlungsleitende Theorie der Gesundheitspädagogik auszuarbeiten. Dazu gehören Fragestellungen wie:

- Welche Motivationen hat der Adressat?
- Welche besonderen Bedürfnisse lassen sich bei Männern, Frauen, Kindern herausarbeiten?
- Welche Ziele sollte eine Gesundheitspädagogik verfolgen? Die Entwicklung von Gesundheitsbewusstsein sollte eine Vernetzung von Wissen, Handlungskompetenzen und Erfolgszuversicht beinhalten.
- Welche methodisch-didaktischen Umsetzungsvarianten sollten gewählt werden? Hier besteht ein Konzept, die methodischen Verfahrensweisen der angewandten Pädagogik als Richtschnur in Form von methodischen Gesundheitsfaktoren (Schneider 1992) zu nutzen.
- Welche sozialen Systeme sollten eingebunden werden? Der Setting-Ansatz, der von der WHO angeregt wurde, betont den Einfluss des sozialen Umfelds und die Bedeutung der Einfluss nehmenden Organisationen (wie Schulen, Gemeinden, finanzielle Ressourcen, Formen der sozialen Unterstützung).
- Wie soll der Erfolg gemessen und dokumentiert werden?

Während bei Schneider die individuelle Förderung zentral ist und der Pädagogik die Führungsrolle in der individuellen Entwicklung des Gesundheitsverhaltens zugewiesen wird (Schneider 2003), rücken im Lebensweisenkonzept die sozio-ökologischen Bedingungen in den Vordergrund. Erste Ansätze zu einer in dieser Hinsicht erweiterten Gesundheitsförderung liefert das Buch „Die Regelkreise der Lebensführung“ (Schipperges et al. 1988). Insgesamt wird in der verstärkten Einbindung

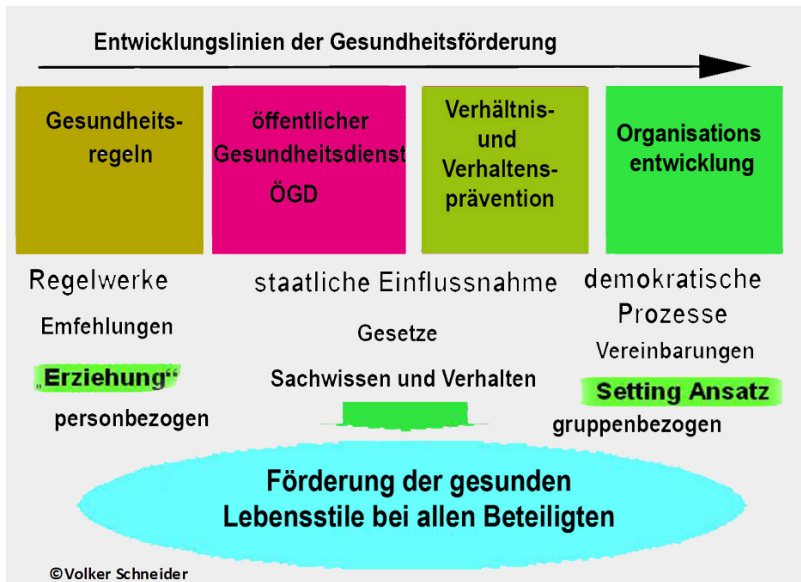


Abb. 2.4 Konzeptionelle Entwicklungen

sozialer Bedingungen eine notwendige Entwicklung gesehen (Amman/Wipplinger 1998, 59ff; vgl. Heindl 1997; Ritterbach/Wohlfahrt 2009). Die Entwicklung geht in Richtung einer Einbeziehung des Settings. Darunter versteht man die soziale Umgebung des Einzelnen und der sozial-ökonomischen Bezüge (vgl. S. 229ff). Diese Entwicklung ist keineswegs abgeschlossen.

Letztlich zeigt sich der Erfolg der verschiedenen Zugänge in der Lebenswirklichkeit der einzelnen Person und ihrem konkreten Gesundheitsverhalten.

Präventionsgesetz

Die WHO hat ausdrücklich auf die politische Dimension der Gesundheitsförderung hingewiesen (WHO 2005) und zusammenfassend festgestellt:

- Viele der Verhaltensweisen, die sich in Privatleben und Arbeitswelt herausgebildet haben, sind krankmachend und für die Person wie auch für das öffentliche Leben gesundheitlich nicht förderlich.
- Das bisherige Gesundheitssystem ist den neuen Aufgaben nicht gewachsen.

- Die Notwendigkeiten müssen von Staat, Wirtschaft und Gesellschaft neu diskutiert und realisiert werden.
- Die chronischen Erkrankungen/Zivilisationserkrankungen könnten mit dem schon vorhandenen derzeitigen Wissen durch einen neuen Lebensstil reduziert werden. Die chronischen Erkrankungen würden deutlich weniger häufig auftreten. Die Krebstodesfälle würden um etwa 50 % abnehmen, wenn in der Bevölkerung nicht mehr geraucht würde und eine gesündere Ernährungskultur sich verbreiten könnte.

Die Forderung, durch sinnvolle Prävention die Gesamtkosten zu senken, wird schon seit rund 20 Jahren diskutiert. Ein dazu notwendiges Präventionsgesetz hat mehrfach keine Mehrheiten gefunden. Hier wird die Meinung vertreten, dass dieser Bereich von staatlichen Maßnahmen begleitet und unterstützt werden muss. Ohne gesetzliche Wertschätzung werden die vorsorgenden Gesundheitsanstrengungen nicht den Erfolg haben, den sie benötigen.

Aufgrund der Ergebnisse über die Ursachen vieler Erkrankungen haben einige Krankenkassen Projekte entwickelt, um die sozialen Ungleichheiten zu reduzieren und die Gesundheitschancen bei allen Versicherten zu erhöhen. Dies soll mit Hilfe von einzelnen, auf den Abbau der wesentlichen Risikofaktoren zielenden Projekten gelingen (Bellwinkel/Schröer 2005, 143ff).

Eine politische Klärung der zersplitterten Aktivitäten auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung steht noch aus. Ein Beispiel ist das Rauchverbot in Gaststätten. Einerseits wird dadurch die „Freiheit des Bürgers“ eingeschränkt, das eigene Krankheitsrisiko deutlich zu erhöhen. Damit müsste dann aber auch die Eigenverantwortlichkeit stärker in den Blick kommen und in Form eines persönlichen finanziellen Beitrags eingefordert werden. Dies wird wiederum abgelehnt: Die Solidargemeinschaft der Krankenversicherungen soll für die Krankheitskosten aller Bürger aufkommen. Der Ausweg wird in einer Verstärkung der privaten Vorsorge gesehen, wobei die Anstrengungen für ein effektives Gesundheitsverhalten stärker zu honorieren wären (vgl. z. B. Geyer 2009, L11). Einig sind sich alle Autoren, dass noch sehr viel Entwicklungspotential für den Ausbau von Prävention und Gesundheitsförderung vorhanden ist.

Zur politischen Entwicklung

Mit der Einführung des § 20 SGB V im Jahr 1989 wurde Gesundheitsförderung und Prävention zu einer Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), ein umfangreiches Präventionsangebot wurde etabliert. Mit dem Beitragsentlastungsgesetz 1996 erfolgte die weitgehende Streichung des § 20 SGB V. Ab 2000 fanden ausführliche politische Diskussionen statt, die zum Gesetz zur Stärkung

der Gesundheitsförderung und Prävention (PrävG 2015) geführt haben. Im neuen Präventionsgesetz erfolgt die Finanzierung durch die Krankenversicherung: Eine ausreichende Umschichtung der Mittel ist in unserem „Gesundheitssystem“ nicht in Sicht, obwohl man weiß, dass Prävention – bezogen auf eine mögliche Erkrankung – ungefähr nur 10 % der Mittel beansprucht, die für eine Therapie derselben Erkrankung aufgewendet werden müssten. Damit erscheint bisher nicht zufriedenstellend gelungen, Gesundheitsförderung und Prävention als allgemeine, gesellschaftliche Aufgabe zu etablieren. Das Präventionsgesetz von 2015 (PrävG 2015; Liebig 2016, 63ff) stellt einen ersten Abschluss der Bemühungen dar: Ziel ist, Krankheiten zu vermeiden, bevor sie entstehen. Die wesentlichen Inhalte des neuen Gesetzes sind:

Verschiedener Akteure sollen zusammenarbeiten: Neben der gesetzlichen Krankenversicherung werden die Rentenversicherung, die Pflegeversicherung und die privaten Krankenkassen an der Finanzierung beteiligt. Eine Nationale Präventionskonferenz legt die Ziele fest und verständigt sich auf ein gemeinsames Vorgehen.

Der Impfschutz soll allgemein überprüft und die Früherkennungs- und Vorsorgeuntersuchungen sollen verstärkt durchgeführt werden. Eine bessere Berücksichtigung individueller Belastungen soll stattfinden.

Mehr als 500 Millionen Euro sollen in Prävention und Gesundheitsvorsorge investiert werden. Der Schwerpunkt soll auf die Settings Kita, Schule, Gemeinden, Betriebe und Pflegeeinrichtungen gelegt werden.

Gesundheitliche Selbsthilfe soll mit 30 Millionen Euro unterstützt werden.

Ausbildungsgänge

Trotz vieler noch bestehenden Lücken in wissenschaftlicher Hinsicht und des grundsätzlich angemahnten theoretischen Defizits (vgl. Wulfhorst 2002) entstand 1992 in Deutschland erstmalig ein Ausbildungsgang „Gesundheitspädagogik“, damals noch im Rahmen des Diplomstudiums (Schneider et al 1987; Kienzle et al. 1994; vgl. Troschke/Kälble 1999). Die Professionalisierung in diesem Bereich gilt als Berufsausbildung oder auch als Weiterbildung. Viele Hochschulen sind an dieser Entwicklung beteiligt (Auszug vgl. Tab. 2.5). Durch die Umstrukturierung der Hochschulausbildungen in Bachelor- und Masterstudium ergeben sich neue Möglichkeiten der beruflichen Orientierung.

Tab. 2.5 Ausbildungsgänge im Bereich Gesundheitsförderung (Auswahl)
(vgl. Internetangaben 2012-10-15)

Hochschule	ab 2012 BA und MA
Med. School Berlin	Gesundheitswissenschaften
Med. School Hamburg	Medizinpädagogik
Uni Osnabrück	MA Master of Education
Uni Gießen	BA Bewegung und Gesundheit
FH Gera	MA Medizinpädagogik
Med. School Hamburg	Medizinpädagogik
HS MagdeburgStendal	BA und MA Gesundheitsförderung und -management
FH Darmstadt	BA Pflege und Gesundheitsförderung
Uni Bremen	Promotion Public Health
Uni Bielefeld	Promotion Public Health
Uni Flensburg	BA und MA Prävention und Gesundheitsförderung
PH Freiburg	BA und MA Gesundheitspädagogik
PH Schwäbisch-Gmünd	BA und MA Gesundheitsförderung
PH Heidelberg	BA Gesundheitsförderung

Zusammenfassung

Gesundheitsvorsorge bekommt eine immer größere Bedeutung über die bisherige Prävention hinaus. Der politische Anspruch an die Bürger, sich selbst um mehr Gesundheit zu bemühen, hat deutlich zugenommen. Soziale, gesellschaftliche und ökonomische Gründe erschweren die praktische Umsetzung. Informationen erscheinen vielfältig, insgesamt aber auch verwirrend. Zunehmend werden Projekte der Gesundheitsvorsorge auf Kosten und Effektivität überprüft. Das neue Präventionsgesetz stellt einen ersten gesetzlichen Rahmen für die verschiedenen Aktivitäten dar. Die Gesundheitswissenschaften nehmen Gestalt an. Studiengänge zur Gesundheitsförderung haben sich seit 1990 etabliert.

Weiterführende Literatur

Präventionsgesetz (PrävG) (2015): (2016-10-25): <http://www.bmg.bund.de/ministerium/meldungen/2015/praeventionsgesetz.html>
 Präventionsgesetzgebung in Deutschland In: <http://link.springer.com/article/10.1007/s11553-016-0556-z>
 VHS (2016): Konzept <https://www.dvv-vhs.de/themenfelder/gesundheitsbildung.html>



<http://www.springer.com/978-3-658-18885-6>

Gesundheitspädagogik

Einführung in Theorie und Praxis

Schneider, V.

2017, XII, 385 S. 54 Abb., Softcover

ISBN: 978-3-658-18885-6