

Basiswissen Gesundheitsförderung

Rahmenbedingungen der Gesundheitsförderung

Autoren:	Diana Siebert, Prof. Dr. Thomas Hartmann
Titel/ Untertitel:	Basiswissen Gesundheitsförderung/ Rahmenbedingungen der Gesundheitsförderung
Auflage:	2
Stand:	02. Dezember 2007
Institution:	Hochschule Magdeburg-Stendal (FH)
Ort:	Magdeburg
Website:	http://www.gesundheitsfoerdernde-hochschulen.de/
Signatur:	B2_1-18

Prävention und Gesundheitsförderung

Die Unterscheidung der Begriffe Prävention und Gesundheitsförderung gestaltet sich als schwierig. In der Literatur finden sich eine Vielzahl von Definitions- und Abgrenzungsversuchen, wobei hinsichtlich der Verwendung der Begrifflichkeiten zum Teil erhebliche Differenzen bestehen. Im Folgenden soll versucht werden, Merkmale sowie Abgrenzungsmöglichkeiten der Begrifflichkeiten darzustellen und damit zu einer Begriffsbestimmung zu gelangen. Dafür ist es sinnvoll, zunächst die unterschiedlichen Sichtweisen und Verständnisse von Gesundheit und Krankheit zu reflektieren.

Sichtweisen von Gesundheit und Krankheit

Gesundheit und Krankheit werden aus unterschiedlichen Perspektiven heraus definiert. Bei der Betrachtung unterschiedlicher Sichtweisen von Gesundheit und Krankheit ergeben sich eine Vielzahl von Differenzierungskriterien. Bei den wissenschaftlichen Konzepten von Gesundheit und Krankheit existieren verschiedene Dimensionen von Gesundheit und Krankheit (z.B. physische, psychische, soziale und emotionale Gesundheit und Krankheit), unterschiedliche Auffassungen von Gesundheit und Krankheit (Gesundheit und Krankheit als alternative Zustände oder als Eckpunkte eines gedachten Kontinuums mit fließenden Übergängen zwischen Gesundheit und Krankheit) sowie unterschiedliche Konzepte (krankheits-, risikofaktorenorientierte Konzepte [Pathogenese] und gesundheits-, ressourcenorientierte Konzepte [Salutogenese]).

Dem gegenüber stehen die individuellen subjektiven Gesundheits- bzw. Krankheitszustände sowie die verschiedenen Laienkonzepte von Gesundheit und Krankheit, die sich je nach Gesellschaft, Kultur, Religion, Geschlecht, Alter, sozialer Schichtzugehörigkeit, etc. unterscheiden. „Unter Laienkonzepten (auch ‚subjektive Konzepte‘ oder ‚Alltagskonzepte‘ genannt) von Gesundheit werden die persönlichen Auffassungen und Definitionen von Gesundheit sowie die persönlichen Sichtweisen über Ursachen und Kontextbedingungen von Gesundheit verstanden (letztere werden auch als ‚subjektive Theorien‘ von Gesundheit bezeichnet)“ (Waller 2002, S.15).

Nach Faltermaier (1994) existieren folgende Dimensionen des subjektiven Gesundheitsbegriffes:

1. Gesundheit als Abwesenheit von Krankheit
2. Gesundheit als Reservoir an Energie
3. Gesundheit als Gleichgewicht
4. Gesundheit als funktionale Leistungsfähigkeit

Die Salutogenese (lat. Salus = Heil, griech. Genesis = Entstehung), die von dem Medizinsoziologen Aaron Antonovsky in erster Linie für körperliche Gesundheit entwickelt und in den 90ern aber auch mit Erfolg auf das Gebiet der seelischen Gesundheit übertragen werden konnte, ist vor allem durch die Frage nach den Entstehungs- und Erhaltungsbedingungen von Gesundheit gekennzeichnet und steht damit der pathogenetischen (griech. Pathos = Krankheit, Genesis = Entstehung) Perspektive, die sich in erster Linie an krankmachenden Faktoren bzw. Risikofaktoren orientiert und Kernelement der biomedizinischen Sichtweise ist, gegenüber. Gesundheit und Krankheit werden in einer salutogenetischen Sichtweise nicht als einander ausschließende Zustände sondern als angenommene Endpunkte eines Gesundheits-Krankheits-Kontinuums (vgl. Abb. 1) betrachtet, wobei sich der individuelle Gesundheitszustand eines Menschen aus der dynamischen Wechselwirkung zwischen Gesundheitsrisiken und Gesundheitsressourcen der Person und seiner Umwelt ergibt (Franzkowiak 2003).

Typische Fragestellungen der pathogenetischen Perspektive sind z. B. (Franzkowiak 2003):

- Warum und woran erkranken Menschen?
- Was sind Krankheitsvorläufer und -bedingungen?
- Welche Schlussfolgerungen lassen sich daraus für präventive Krankheitsvermeidung und Gesunderhaltung ziehen?

Die salutogenetische Perspektive kehrt die Richtung um - ihre Grundfragen lauten (Franzkowiak 2003):

- Warum bleiben Menschen trotz einer Vielzahl von krankheitserregenden Risikokonstellationen und kritischer Lebensereignisse gesund?
- Warum befinden sie sich auf der positiven Seite des Gesundheits-Krankheits-Kontinuums?
- Unter welchen persönlichen Voraussetzungen und unter welchen sozial-ökologischen Rahmenbedingungen können Menschen ihre Gesundheit bewahren und fördern?

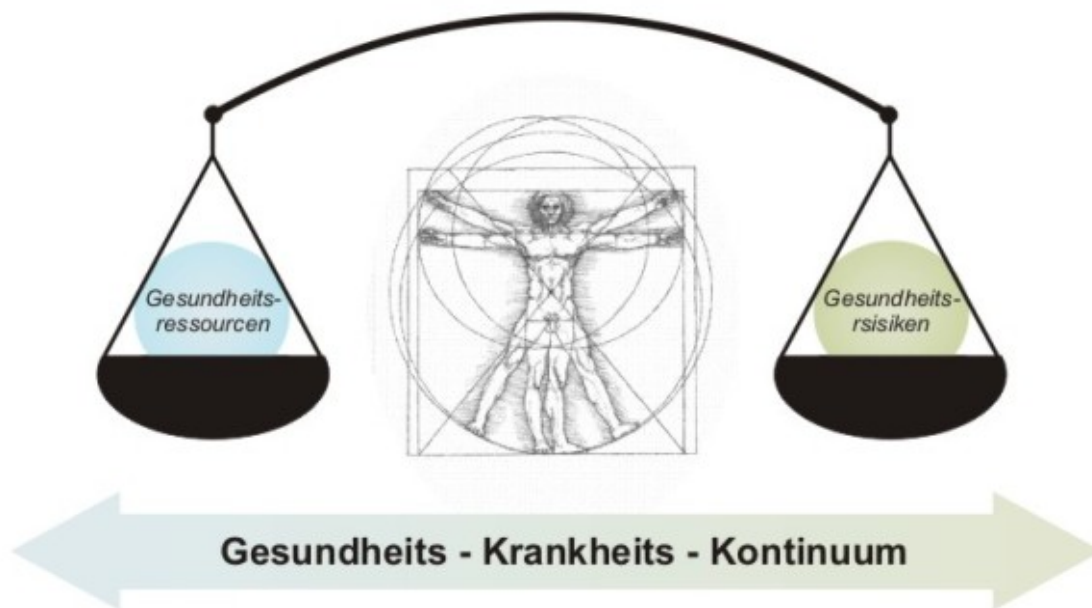


Abb. 1: Vereinfachte Darstellung des Gesundheits-Krankheits-Kontinuums

Prävention

Der Begriff Prävention stammt aus dem Lateinischen und bedeutet die Vermeidung bzw. Vorbeugung von Krankheiten durch die Beeinflussung bzw. Reduktion von krankheitsspezifischen Risikofaktoren.

Nach Waller (2002) lässt sich die Einteilung von Präventionsmaßnahmen nach dem Zeitpunkt, nach der Zielgröße und nach der Methode vornehmen: Nach dem Zeitpunkt unterscheidet man Primäre Prävention (Krankheitsvermeidung, bezieht sich auf die Krankheitsursachen), Sekundäre Prävention (Krankheitsfrüherkennung, bezieht sich auf die Krankheitsentstehung) und die Tertiäre Prävention (Verhütung des Rückfalls bzw. Rehabilitation, bezieht sich auf den Krankheitsverlauf). Nach der Zielgröße können Verhaltensprävention (Krankheitsvermeidung durch Änderung des Verhaltens) und Verhältnisprävention (Krankheitsvermeidung durch Änderung der Verhältnisse) unterschieden werden (vgl. Abb. 2). Bei der Einteilung der Präventionsmaßnahmen nach der Methode unterscheidet man Präventivmedizin, Gesundheitsaufklärung und -beratung, Gesundheitserziehung und -bildung, Gesundheitsselbsthilfe und Gesundheitspolitik.

Die **Primäre Prävention (Krankheitsverhütung)** soll schon vor Auftreten der Krankheit wirksam werden und zielt somit auf die Senkung der Inzidenz. Somit besteht die Zielgruppe primärpräventiver Maßnahmen aus Gesunden bzw. aus Personen ohne manifeste Symptomatik (Leppin 2004).

Primärpräventive Maßnahmen umfassen die Verhütung von Krankheit und Förderung der Gesundheit durch Beseitigung bzw. Reduktion eines oder mehrerer Risikofaktoren (z.B. Abbau verhaltens-

bedingter Risikofaktoren), durch Erhöhung der organismischen Widerstandskraft (z.B. Schutzimpfungen, Jodprophylaxe) und durch Veränderung von Umweltfaktoren (z.B. Verbesserung der Arbeitsbedingungen) (Franzkowiak 1999).

Durch **Sekundäre Prävention (Vorsorge/ Krankheitsfrüherkennung)** sollen Krankheiten möglichst frühzeitig erkannt werden, um vor dem Krankheitsausbruch rechtzeitig intervenieren zu können. Individuelle Krankheitsfrüherkennungsmaßnahmen (z.B. Gesundheits-Check-Up und Massen-Screenings wie Mammographien) sind ein „klassisches“ Beispiel sekundärpräventiver Maßnahmen, die sich an gesunde bzw. symptomlose Personen richten, welche jedoch durch die Identifikation der Krankheit oder des Risikofaktors zu Patienten/-innen werden (Leppin 2004).

Die **Tertiäre Prävention (Verhinderung der Krankheitsverschlechterung/ Rehabilitation)** „...richtet sich an Patienten/-innen, bei denen bereits eine Krankheit oder ein Leiden manifest ist und behandelt wird. Hier ist das Ziel die Verhinderung von Folgeerkrankungen bzw. die Verhütung von ‚Rückfällen‘ und Verschlimmerungen bzw. Chronifizierungen. Dazu werden notwendige Heil- und Folgebehandlungen [z.B. Ernährungstraining bei Diabetis-Patienten/-innen, Bewegungsprogramme bei Herz-Kreislauf-Patienten/-innen] so schnell wie möglich eingeleitet. Tertiärpräventive Maßnahmen und Rehabilitation überschneiden sich teilweise. Während Maßnahmen der tertiären Prävention rein krankheitsorientiert sind, zielt die Rehabilitation darauf ab, Kranke und ihre Umwelt nicht nur medizinisch-therapeutisch, sondern auch psychologisch und schulisch-beruflich zu einem Leben mit Krankheit oder Behinderung zu befähigen“ (Franzkowiak 1999, S.86).

Verhaltensprävention (vgl. Abb. 2) zielt darauf ab, individuelles (Risiko-)Verhalten wie Rauchen oder Fehlernährung zu verändern und Personen zu motivieren, Maßnahmen wie Impfungen oder Früherkennungsverfahren in Anspruch zu nehmen (Leppin 2004).

Verhaltenspräventive Maßnahmen werden nach Waller (2002) mit unterschiedlichen Methoden wie Gesundheitsaufklärung und -beratung, Gesundheitserziehung und -bildung sowie Gesundheits-selbsthilfe realisiert.

Verhältnisprävention (vgl. Abb. 2) zielt ab auf die Kontrolle, Reduzierung oder Beseitigung von Gesundheitsrisiken in den Umwelt- und Lebensbedingungen durch die Beeinflussung (z.B. durch die staatliche Gesetzgebung) von sozialen, kulturellen, ökonomischen und ökologischen Rahmenbedingungen von Gesundheit (Waller 2002).

Leppin (2004) nennt u.a. folgende Beispiele für verhältnispräventive Maßnahmen:

- flächendeckende Fluoridierung des Trinkwassers
- ergonomische Maßnahmen an Arbeitsplätzen
- die Einführung einer Salatbar in der Cafeteria eines Betriebes

- der serienmäßige Einbau von Airbags in Autos
- die Flexibilisierung von Arbeitszeiten
- die Einführung transparenter und partizipativer Entscheidungs- und Führungsstrukturen in Betrieben
- gesetzliche Regelungen zum Verbot gesundheitsschädlicher Baustoffe wie Asbest



Abb. 2: Verhaltens- und Verhältnisprävention (Leppin 2004)

Gesundheitsförderung

In der [Ottawa-Charta von 1986](#) (PDF) wird Gesundheitsförderung folgendermaßen definiert:

„Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. verändern können. In diesem Sinne ist die Gesundheit als ein wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens zu verstehen und nicht als vorrangiges Lebensziel. Gesundheit steht für ein positives Konzept, das in gleicher Weise die Bedeutung sozialer und individueller Ressourcen für die Gesundheit betont wie die körperlichen Fähigkeiten. Die Verantwortung für Gesundheitsförderung liegt deshalb nicht nur bei dem Gesundheitssektor sondern bei allen Politikbereichen und zielt über die Entwicklung gesünderer Lebensweisen hinaus auf die Förderung von umfassendem Wohlbefinden hin“ (WHO 1986).

Diese Definition ist in der [Jakarta-Erklärung von 1997](#) (PDF) der vierten Internationalen Konferenz der Gesundheitsförderung weiterentwickelt worden: danach wird Gesundheitsförderung verstanden als ein Prozess, der Menschen befähigen soll, mehr Kontrolle über ihre Gesundheit zu erlangen und sie zu verbessern durch Beeinflussung der Determinanten für Gesundheit. Gesundheitsförderung ist nach Verständnis der [Weltgesundheitsorganisation](#) (WHO) ein auf allen gesellschaftlichen Ebenen ansetzendes Konzept, das auf die Analyse und Stärkung der Gesundheitsressourcen und

–potenziale der Menschen abzielt. Kennzeichnend für die Gesundheitsförderung ist die Orientierung am Konzept der Salutogenese. Diese salutogenetische Fragestellung - wie und wo Gesundheit hergestellt wird - führt zur Identifikation und Stärkung von Ressourcen und Potenzialen. Dabei ist Gesundheitsförderung ein komplexer Ansatz, der sowohl die Verbesserung von gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen (verhaltensorientierte oder individuelle Gesundheitsförderung) als auch die Verbesserung von gesundheitsrelevanten Lebens- und Arbeitsbedingungen (verhältnisorientierte oder strukturelle Gesundheitsförderung) umfasst (Kaba-Schönstein 2003a).

Im Internetlexikon „[Wikipedia](#)“ findet man zu dem Begriff „Gesundheitsförderung“ folgende Informationen:

„Gesundheitsförderung ist ähnlich wie der Begriff Prävention eine Bezeichnung für Maßnahmen und Aktivitäten, mit denen die Stärkung der Gesundheitsressourcen und -potenziale der Menschen erreicht werden soll. Während die Prävention unmittelbar auf den Erhalt der Gesundheit zielt und dabei z.B. Impfungen, gesunde Ernährung und ausreichende Bewegung propagiert, ist Gesundheitsförderung komplexer und will durch die Veränderung ökonomischer, sozialer, ökologischer und kultureller Faktoren bessere Bedingungen für gesundes Leben schaffen...“ (Wikipedia 2005).

Ursprünglich wurde das Konzept der Gesundheitsförderung 1986 von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) entwickelt und in der Ottawa-Charta zusammengefasst...“ (Wikipedia 2005).

Weltweit gibt es verschiedene Netzwerke der Gesundheitsförderung. Unter anderem das *Netzwerk Gesunde Städte*, das *Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser*, das *Deutsche Netzwerk betriebliche Gesundheitsförderung* oder *„Schule & Gesundheit“*. Es bilden sich immer mehr Netzwerke heraus, die Ganzheitlichkeit in den Vordergrund stellen und mit vernünftigen Konzepten einen vorausschauenden Ansatz in der Industriegesellschaft prägen...“ (Wikipedia 2005).

Eine ‚Gesunde Stadt‘ im Sinne der WHO ist einem ganzheitlichen Ansatz (Körper, Geist und Seele) verpflichtet und sollte sich auf allen Ebenen (Gesunde Kindergärten, Gesunde Schulen, Gesunde Hochschulen, Gesunde Betriebe, Gesunde Verwaltungen, Gesunde Krankenhäuser und in der allgemeinen Gesundheitsförderung) bemühen, initiativ und aktiv zu sein. Der Weg ist hierbei auch oft das Ziel...“ (Wikipedia 2005).

Prävention und Gesundheitsförderung

„Prävention und Gesundheitsförderung sind zwei unterschiedliche Ansätze, die dasselbe Ziel anstreben: Das gesundheitliche Wohlbefinden der Gesamtbevölkerung soll gesteigert und Krankheiten sollen verhindert werden. Beide Strategien unterscheiden sich aber in ihren Ansatzpunkten und ihrer Zielrichtung“ (Glaeske et al. 2003, S.10):

Prävention nimmt ihren Ausgangspunkt bei spezifischen Krankheiten und hat das Ziel, die Risiken für diese Krankheiten zu minimieren. Zielgruppen sind Erkrankte oder Risikoträger. Gesundheitsförderung hingegen zielt nicht auf die Risiken, sondern auf die Ressourcen für die Gesunderhaltung oder Gesundung. Gesundheitsförderung hat das Ziel, personale und soziale Ressourcen zu stärken und Handlungsspielräume zu erweitern, um damit zur Gesunderhaltung und zum Wohlbefinden beizutragen (Beispiel: Aufbau partizipativer Organisationsstrukturen, Unterstützung der Netzwerkbildung)“ (Glaeske et al. 2003, S.10).

Gesundheitsförderung ist thematisch breiter angelegt als Prävention und will Individuen und soziale Gruppen befähigen, die personalen, sozioökonomischen und Umweltdeterminanten positiv für die Gesundheit zu beeinflussen und ist durch einen partizipativen, ganzheitlichen, intersektoralen und nachhaltigen Ansatz gekennzeichnet. Gesundheitsförderung berührt damit nicht nur die Gesundheitspolitik, sondern auch zahlreiche weitere Politikbereiche, die mit der Gestaltung gesundheitsförderlicher Rahmenbedingungen befasst sind (z.B. Familien-, Arbeitsmarkt-, Verkehrs-, Wohnungs- und Bildungspolitik). Gesundheitsförderung ergänzt die Prävention, weil Zielgruppen angesprochen werden, die z.B. einer Verhaltensänderung wenig aufgeschlossen sind. Hierdurch können Gesundheitspotenziale freigesetzt werden, die bei einer Beschränkung auf Prävention verloren gehen würden. Gesundheitsförderung ist zudem geeignet, positive Aspekte von Gesundheit hervorzuheben, was sich dann wiederum auf die Bereitschaft auswirken kann, auch Verhaltensänderungen in Betracht zu ziehen“ (Glaeske et al. 2003, S.10).

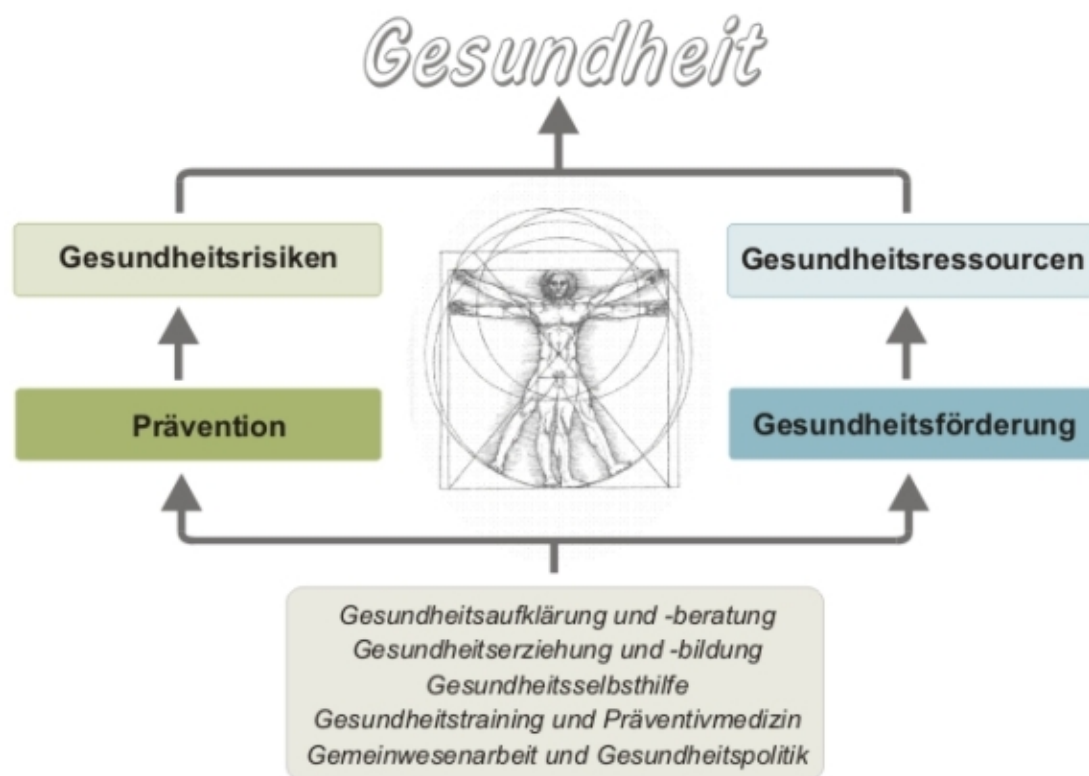


Abb. 3: Prävention und Gesundheitsförderung: Strategien und Methoden (modifiziert nach Waller 2002)

Die folgende Tabelle von Hurrelmann (2000) gibt zusammenfassend einen vergleichenden Überblick über die Bereiche Prävention und Gesundheitsförderung (vgl. Tab. 1).

Tab. 1: Übersicht Gesundheitsförderung und Phasen der Prävention (Hurrelmann 2000)

	Primärprävention	Sekundärprävention	Tertiärprävention	Gesundheitsförderung
Interventionszeitpunkt	Erkennbare Risikofaktoren	Frühstadium einer Krankheit	Krankheitsfolgen	Gesundheit
Ziel	Gesunderhaltung durch Verhütung spezifischer Krankheiten und Risikoschutz	Vorsorge bzw. Erkennung von Krankheiten im Frühstadium sowie Einleitung effektiver Interventionsmaßnahmen (Behandlung) mit dem Ziel, die Krankheit auszuheilen oder zum Stillstand zu bringen	Verhütung von Krankheitsverschlechterung und Rückfällen sowie Vermeidung von Folge- und Begleiterkrankungen	Förderung der Gesundheit durch Stärkung der Ressourcen, Verhütung der Entstehung von Krankheiten
Zielgruppe	(Noch) Gesunde, potentielle Risikogruppen	(scheinbar) Gesunde/ bereits erkrankte Personen	Bereits Erkrankte, die entsprechend behandelt werden, von Behinderung Bedrohte	Gesamtbevölkerung
Beispiele	Schutzimpfungen Vitamin-D-Prophylaxe Fluorid-Prophylaxe Anti-Raucher-Kampagnen Programme zur gesunden Ernährung und Stressbewältigung	Krebsvorsorge Früherkennungsuntersuchungen Screenings	Kur- und Heilbehandlungen Palliativpflege	Betriebliche Gesundheitsförderung als Organisationsentwicklung Gesundheitsfördernde Schule Gesundheitsfördernder Kindergarten

Die folgende Abbildung (vgl. Abb. 4) von Hartmann und Springer (2005, modifiziert nach Rosenbrock 2003) verdeutlicht die Zusammenhänge zwischen Gesundheitsförderung und Prävention.



Abb. 4: Die Verzahnung von Prävention und Gesundheitsförderung (Hartmann, Springer 2005 modifiziert nach Rosenbrock 2003)

Ziele, Zielgruppen und Handlungsfelder von Gesundheitsförderung

Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen ([Ottawa Charta 1986](#)) (PDF).

Zu den Zielen von Gesundheitsförderung gehören u.a. (vgl. Abb. 5).

- die Förderung gesunder und nachhaltiger Planung bei allen politischen Entscheidungen (Gesundheitsförderung als Querschnittsaufgabe)
- die Bereitstellung gesunder Arbeits- und Lebenswelten
- das Angebot gesunder und unterstützender sozialer Umwelten
- die Förderung der Selbsthilfe
- die Verbesserung und Optimierung der Gesundheitsversorgung
- die Unterstützung persönlicher und sozialer Entwicklung von Individuen und Gruppen
- die Sicherstellung einer gesunden und nachhaltigen Umwelt
- die Ermutigung zu wissenschaftlichem Interesse, Entwicklungen und Austausch in der Gesundheitsförderung (Netzwerkbildung)

Abb. 5: Ziele von Gesundheitsförderung (eigene Darstellung nach Gräser & Belschner 2001)

Gesundheitsförderung richtet sich an alle Menschen in allen Lebenslagen, insbesondere können aber u.a. folgende **Zielgruppen** (die teilweise gleiche Schnittmengen bilden) benannt werden (vgl. Abb.6).

- sozial benachteiligte Menschen
- Kinder und Jugendliche
- Senioren/-innen
- Lernende und Lehrende (Schüler/-innen, Studierende und Lehrende)
- Arbeitnehmer/-innen und Arbeitgeber/-innen
- Chronisch kranke Menschen und Menschen mit Behinderungen
- Männer und Frauen
- Individuen und Gruppen etc.

Abb. 6: Zielgruppen von Gesundheitsförderung

Die [Ottawa Charta](#) (PDF) unterscheidet drei zentrale Handlungsstrategien und fünf vorrangige Handlungsbereiche von Gesundheitsförderung. Als **zentrale Handlungsstrategien** werden in der Ottawa-Charta benannt:

1. *Interessen vertreten*

„Ein guter Gesundheitszustand ist eine wesentliche Bedingung für soziale, ökonomische und persönliche Entwicklung und ein entscheidender Bestandteil der Lebensqualität. Politische, ökonomische, soziale, kulturelle, biologische sowie Umwelt- und Verhaltensfaktoren können alle entweder der Gesundheit zuträglich sein oder auch sie schädigen. Gesundheitsförderndes Handeln zielt darauf ab, durch aktives, anwaltschaftliches Eintreten diese Faktoren positiv zu beeinflussen und der Gesundheit zuträglich zu machen“ (WHO 1986).

2. *Befähigen und ermöglichen*

„Gesundheitsförderung ist auf Chancengleichheit... gerichtet. Gesundheitsförderndes Handeln bemüht sich darum, bestehende soziale Unterschiede des Gesundheitszustandes zu verringern sowie gleiche Möglichkeiten und Voraussetzungen zu schaffen, damit alle Menschen befähigt werden, ihr größtmögliches Gesundheitspotenzial zu verwirklichen. Dies umfasst sowohl Geborgenheit und Verwurzelung in einer unterstützenden sozialen Umwelt, den Zugang zu allen wesentlichen Informationen und die Entfaltung von praktischen Fertigkeiten als auch die Möglichkeit, selber Entscheidungen in Bezug auf die persönliche Gesundheit treffen zu können. Menschen können ihr Gesundheitspotenzial nur dann weitestgehend entfalten, wenn sie auf die Faktoren, die ihre Gesundheit beeinflussen, auch Einfluss nehmen können. Dies gilt für Frauen ebenso wie für Männer“ (WHO 1986).

3. *Vermitteln und Vernetzen*

„Der Gesundheitssektor allein ist nicht in der Lage, die Voraussetzungen und guten Perspektiven für die Gesundheit zu garantieren. Gesundheitsförderung verlangt vielmehr ein koordiniertes Zusammenwirken unter Beteiligung der Verantwortlichen in Regierungen, im Gesundheits-, Sozial- und Wirtschaftssektor, in nichtstaatlichen und selbst organisierten Verbänden und Initiativen sowie in lokalen Institutionen, in der Industrie und in den Medien. Menschen in allen Lebensbereichen sind daran zu beteiligen als Einzelne, als Familien und als Gemeinschaften. Die Berufsgruppen und sozialen Gruppierungen sowie die Mitarbeiter des Gesundheitswesens tragen große Verantwortung für eine gesundheitsorientierte Vermittlung zwischen den unterschiedlichen Interessen in der Gesellschaft“ (WHO 1986).

Die fünf vorrangigen **Handlungsbereiche** der Gesundheitsförderung (vgl. Abb. 7 und 8) sind ([Ottawa Charta 1986](#)) (PDF):

1. *Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik*

„Gesundheitsförderung beinhaltet weit mehr als medizinische und soziale Versorgung. Gesundheit muss auf allen Ebenen und in allen Politiksektoren auf die politische Tagesordnung gesetzt werden... Dazu wendet eine Politik der Gesundheitsförderung verschiedene, sich gegenseitig ergänzende Ansätze an, u. a. Gesetzesinitiativen, steuerliche Maßnahmen und organisatorisch-strukturelle Veränderungen. Nur koordiniertes, verbündetes Handeln kann zu einer größeren Chancengleichheit im Bereich der Gesundheits-, Einkommens- und Sozialpolitik führen... Ziel muss es sein, auch politischen Entscheidungsträgern die gesundheitsgerechtere Entscheidung zur leichteren Entscheidung zu machen“ (WHO 1986).

2. *Schaffung gesundheitsfördernder Lebenswelten*

„Unsere Gesellschaften sind durch Komplexität und enge Verknüpfung geprägt; Gesundheit kann nicht von anderen Zielsetzungen getrennt werden. Die enge Bindung zwischen Mensch und Umwelt bildet die Grundlage für einen sozialökologischen Weg zur Gesundheit. Oberstes Leitprinzip für die Welt, die Länder, die Regionen und Gemeinschaften ist das Bedürfnis, die gegenseitige Unterstützung zu fördern – sich um den anderen, um unsere Gemeinschaften und unsere natürlichere Umwelt zu sorgen. Besondere Aufmerksamkeit verdient die Erhaltung der natürlichen Ressourcen als globale Aufgabe. Die sich verändernden Lebens-, Arbeits- und Freizeitbedingungen haben entscheidenden Einfluss auf die Gesundheit. Die Art und Weise, wie eine Gesellschaft die Arbeit, die Arbeitsbedingungen und die Freizeit organisiert, sollte eine Quelle der Gesundheit und nicht der Krankheit sein. Gesundheitsförderung schafft sichere, anregende, befriedigende und angenehme Arbeits- und Lebensbedingungen... Jede Strategie zur Gesundheitsförderung hat den Schutz der natürlichen und der sozialen Umwelt sowie die Erhaltung der vorhandenen natürlichen Ressourcen mit zu ihrem Thema zu machen“ (WHO 1986).

3. *Neuorientierung der Gesundheitsdienste*

„Die Verantwortung für die Gesundheitsförderung wird in den Gesundheitsdiensten von Einzelpersonen, Gruppen, den Ärzten und anderen Mitarbeitern des Gesundheitswesens, den Gesundheitseinrichtungen und dem Staat getragen. Sie müssen darauf hinarbeiten, ein Versorgungssystem zu entwickeln, das auf die stärkere Förderung von Gesundheit ausgerichtet ist und über die medizinisch-kurativen Betreuungsleistungen hinausgeht...“ (WHO 1986).

4. Unterstützung gesundheitsbezogener Gemeinschaftsaktionen

„Gesundheitsförderung wird realisiert im Rahmen konkreter und wirksamer Aktivitäten von Bürgern in ihrer Gemeinde: in der Erarbeitung von Prioritäten, der Herbeiführung von Entscheidungen sowie bei der Planung und Umsetzung von Strategien. Die Unterstützung von Nachbarschaften und Gemeinden im Sinne einer vermehrten Selbstbestimmung ist ein zentraler Angelpunkt der Gesundheitsförderung... Kontinuierlicher Zugang zu allen Informationen, die Schaffung von gesundheitsorientierten Lernmöglichkeiten sowie angemessene finanzielle Unterstützung gemeinschaftlicher Initiativen sind dazu notwendige Voraussetzungen“ (WHO 1986).

5. Entwicklung persönlicher Kompetenzen und Fähigkeiten

„Gesundheitsförderung unterstützt die Entwicklung von Persönlichkeit und sozialen Fähigkeiten durch Information, gesundheitsbezogene Bildung sowie die Verbesserung sozialer Kompetenzen und lebenspraktischer Fertigkeiten. Sie will dadurch den Menschen helfen, mehr Einfluss auf ihre eigene Gesundheit und ihre Lebenswelt auszuüben und will ihnen zugleich ermöglichen, Veränderungen in ihrem Lebensalltag zu treffen, die ihrer Gesundheit zugute kommen. Es gilt dabei, Menschen zu lebenslangem Lernen zu befähigen und ihnen zu helfen, mit den verschiedenen Phasen ihres Lebens sowie eventuellen chronischen Erkrankungen und Behinderungen umgehen zu können. Dieser Lernprozess muss sowohl in Schulen wie auch zu Hause, am Arbeitsplatz und innerhalb der Gemeinde erleichtert werden...“ (WHO 1986).



Abb. 7: Mehrebenenmodell der Gesundheitsförderung (Kaba-Schönstein 2003a)

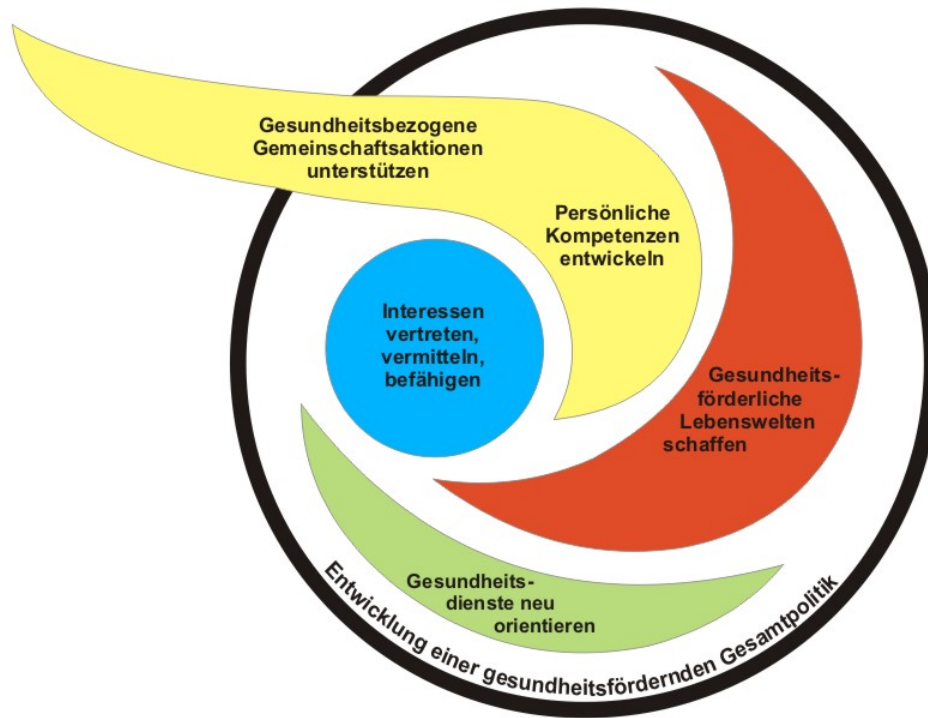


Abb. 8: Mehrebenenmodell der Gesundheitsförderung (WHO-Euro 1990)

Prinzipien und Merkmale von Gesundheitsförderung

Nach Verständnis der [Weltgesundheitsorganisation](#) (WHO) ist Gesundheitsförderung ein auf allen gesellschaftlichen Ebenen ansetzendes Konzept zur Analyse und Stärkung der Gesundheitsressourcen und -potenziale von Personen, Gruppen und Organisationen. Eine zentrale Strategie der Gesundheitsförderung ist demnach die Befähigung und Kompetenzförderung von Einzelnen und Gruppen (**Empowerment**) (Kaba-Schönstein 2003a).

Der Paradigmenwechsel **von der Pathogenese zur Salutogenese** (Abkehr von der ausschließlich pathogenen biomedizinischen Sichtweise bzw. der Risikofaktorenorientierung und Zuwendung zu einer Orientierung an Ressourcen und Potenzialen) ist ein zentraler Aspekt des Gesundheitsförderungskonzeptes (Kaba-Schönstein 2003a).

Kennzeichnend für den Ansatz der Gesundheitsförderung ist seit Alma-Ata (1978 Internationale Konferenz zur Primären Gesundheitsversorgung, [Deklaration von Alma-Ata](#) (PDF)) eine starke Fokussierung auf gesundheitliche und soziale Ungleichheit: Gesundheitsförderung soll **sozialkompensatorisch** ausgerichtet sein, d.h. insbesondere einen Beitrag zur Herstellung gesundheitlicher Chancengleichheit leisten (Kaba-Schönstein 2003a).

Das Gesundheitsförderungskonzept ist ein komplexer sozialer und gesundheitspolitischer Ansatz, der sowohl individuelle (verhaltensbezogene) als auch strukturelle (verhältnisbezogene) Maßnahmen umfasst. Dabei richtet sich Gesundheitsförderung an alle Menschen in allen Lebenslagen, also

z.B. auch an Menschen mit chronischen Erkrankungen oder an Menschen mit Behinderungen (Kaba-Schönstein 2003a).

Die Umsetzung des Gesundheitsförderungskonzeptes ist nicht vorrangig eine Aufgabe des Medizinsystems sondern erfordert die aktive Beteiligung der Bevölkerung (**Partizipation** und **Bürger/-innenbeteiligung**) und vor allem die Zusammenarbeit und Koordination einer Vielzahl von Akteuren, Sektoren und Berufsgruppen, auch außerhalb des Gesundheitswesens, auf allen politischen Ebenen (**multisektorale Ausrichtung/ intersektorale Kooperation**). Eine erfolgreiche Umsetzung des Gesundheitsförderungskonzeptes setzt voraus Gesundheitsförderung als Querschnittsaufgabe zu verstehen und das Gesundheitsförderungskonzept in alle politischen Diskussionen und Entscheidungen einzubinden (Kaba-Schönstein 2003a).

Die Kernstrategie der Gesundheitsförderung ist der **Setting-Ansatz**. Settings sind Orte an denen Menschen leben, lernen und arbeiten, also einen Großteil ihrer Zeit verbringen (wie z.B. Kindertagesstätten, Schulen, Hochschulen, Betriebe, Städte oder Gemeinden und auch Familien oder der Freizeitbereich, etc.) und die mit ihrer Organisationsstruktur und ihrem sozialen Gefüge die Gesundheit von Einzelnen und Gruppen entscheidend beeinflussen (Kaba-Schönstein 2003a).

Im Folgenden werden die grundlegenden **Prinzipien und Merkmale** der Gesundheitsförderung nochmals zusammenfassend dargestellt (vgl. Abb. 8).

Gesundheitsförderung ...

- orientiert sich an der salutogenetischen Perspektive
- soll befähigen und orientiert sich dabei an Ressourcen und Potenzialen (Empowerment)
- unterstützt soziale Gerechtigkeit (ist sozialkompensatorisch ausgerichtet)
- richtet sich an alle Menschen in allen Lebenslagen (ist lebenswelt-, alltags- und umweltorientiert)
- beinhaltet die zielgruppenspezifische Ausrichtung von Maßnahmen (wie geschlechts-, alters-, kulturspezifische Ausrichtung)
- umfasst sowohl verhaltensbezogene als auch verhältnisbezogene Maßnahmen
- lässt alle Betroffenen und Beteiligten teilhaben und unterstützt die Selbsthilfe (Partizipation)
- ist als Querschnittsaufgabe multisektoral ausgerichtet
- nutzt den Zugang über Settings als Kernstrategie

Abb. 9: Merkmale und Prinzipien der Gesundheitsförderung

Literatur

- Faltermaier, T.: Subjektive Konzepte von Gesundheit in einer salutogenetischen Perspektive, In: Kolip, P. (Hrsg.): Lebenslust und Wohlbefinden. Weinheim: Juventa 1994, S.103-119.
- Franzkowiak, P.: Salutogenetische Perspektive, In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden der Gesundheitsförderung. 4. erweiterte und überarbeitete Auflage. Schwabenheim a. d. Selz: Fachverlag Peter Sabo 2003, S. 198-200.
- Franzkowiak, P.: Prävention, In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden der Gesundheitsförderung. 2. Auflage. Schwabenheim a. d. Selz: Fachverlag Peter Sabo 1999, S. 85-86.
- Glaeske, G., Francke, R., Kirschner, K., Kolip, P., Mühlenbruch, S.: Friedrich-Ebert-Stiftung. Prävention und Gesundheitsförderung stärken und ausbauen. Diskussionspapier im Auftrag des Gesprächskreises Arbeit und Soziales der Friedrich-Ebert-Stiftung. Bonn: Friedrich-Ebert-Stiftung 2003. http://www.bvgesundheit.de/pdf/Praevention_FEST.pdf (Zugriff: 24.11.2004 10:15 MEZ).
- Gräser, S., Belschner, W.: Ansatz und Ziele einer Gesundheitsfördernden Hochschule, In: Hochschul-Informationssystem (HIS) (Hrsg.): Kurzinformation Bau und Technik. B 3. Gesundheitsförderung in der Hochschule. Hannover: Hochschul-Informationssystem 2001.
- Hartmann, T., Springer, S.: Ökologische Gesundheitsförderung für Kinder. Seminarscript SS2004 und WS 2004/05. Hochschule Magdeburg-Stendal (FH), Studiengang Gesundheitsförderung und –management. Magdeburg 2005.
- Hurrelmann, K.: Grundlagen der Prävention. Primäre Prävention und Gesundheitsförderung, In: Schlack, H. G.: Sozialpädiatrie. 2. Auflage. München, Jena: Urban & Fischer 2000, S. 57-63.
- Kaba-Schönstein, L.: Gesundheitsförderung I: Definition, Ziele, Prinzipien, Handlungsfelder und –strategien, In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden der Gesundheitsförderung. 4. erweiterte und überarbeitete Auflage. Schwabenheim a. d. Selz: Fachverlag Peter Sabo 2003a, S. 73-78.
- Leppin, A.: Konzepte und Strategien der Krankheitsprävention, In: Hurrelmann, K., Klotz, T., Haisch, J. (Hrsg.): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. 1. Auflage. Bern: Verlag Hans Huber 2004, S. 31-40.
- Rosenbrock, R.: Primäre Prävention. Vortrag BKK Tagung 26.11.2003 Köln. 2003.
- Waller, H.: Gesundheitswissenschaft. Eine Einführung in Grundlagen und Praxis von Public Health. 3. überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart: Kohlhammer 2002.
- Wikipedia: Gesundheitsförderung. <http://de.wikipedia.org/wiki/Gesundheitsförderung>. 2005. (Zugriff: 12.01.2006, 11:18 MEZ).
- World Health Organization (WHO): Fourth International Conference on Health Promotion. Jakarta, Indonesia. Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century, 1997. http://www.who.int/hpr/NPH/docs/jakarta_declaration_en.pdf (Zugriff: 25.11.2004, 14:49 MEZ).
- World Health Organization (WHO): First International Conference on Health Promotion. Ottawa, Canada. Ottawa Charter for Health Promotion, 1986. http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf (Zugriff: 24.11.2004, 15:58 MEZ).

World Health Organization (WHO): Declaration of Alma-Ata, 1978.

http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf (Zugriff: 26.11.2004, 10:58 MEZ).

World Health Organization – European Office (WHO_Euro): Glossar Gesundheitsförderung.

Nachdruck einer Broschüre vorbereitet für: Gesundheitsförderung – Eine Investition für die Zukunft - Internationale Konferenz Bonn, 17.-19. Dezember 1990. Kopenhagen: WHO-Euro 1990.