



HERLINDE STEINBACH

Gesundheitsförderung und Prävention

für Pflege- und andere Gesundheitsberufe

5., aktualisierte Auflage

Mit
Lern-App

facultas 

Herlinde Steinbach

Gesundheitsförderung und Prävention
für Pflege- und andere Gesundheitsberufe

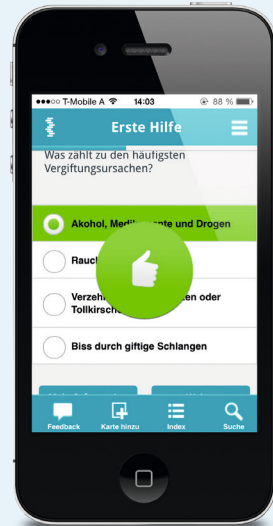
5., aktualisierte und überarbeitete Auflage



NEU: unsere Pflegelehrbücher ab sofort mit Lern-App

**So kommen Sie zur Lern-App
zu diesem Buch:**

- ▶ FacultasApp herunterladen
erhältlich für iPhone,
iPad und Android
- ▶ Kurs auswählen
→ Gesundheitsförderung
und Prävention
- ▶ Lernen und Üben
Wann und sooft Sie wollen.
Auch mit Erinnerungsfunktion!



Download unter:



Google Play Store



Apple Appstore

Die App wurde erstellt von



KNOWLEDGEFOX

www.facultas.at

www.knowledgefox.net

Herlinde Steinbach

Gesundheitsförderung und Prävention

für Pflege- und andere Gesundheitsberufe

5., aktualisierte und überarbeitete Auflage

facultas



Herlinde Steinbach

Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin, akademische Lehrerin für Gesundheits- und Krankenpflege am Wilhelminenspital in Wien. Studium der Pflegewissenschaft und Pflegepädagogik, freiberufliche Vortragstätigkeit. Mitarbeit im Netzwerk Gesunde Schulen.

Bibliografische Information Der Deutschen Nationalbibliothek

Bibliografische Information der Deutschen Bibliothek
Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der
Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten
sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

Copyright © 2006 Facultas Verlags- und Buchhandels AG, Wien
5. Auflage 2017

Alle Rechte, insbesondere das Recht der Vervielfältigung
und der Verbreitung sowie der Übersetzung, sind vorbehalten.

Umschlagfoto: © dinanana – fotolia.com

Abbildungen: Grieder Graphik, 2083 Pleißeing, sowie Mannsberger, Wien

Innengestaltung: Florian Spielauer, Wien

Druck: finidr

Printed in the E. U.

ISBN: 978-3-7089-1588-3

Inhalt

Teil I Einführung 13

1 Gesundheit im Brennpunkt14

- 1.1 Was ist Gesundheitsförderung?
Wem nützt Gesundheitsförderung?
Wessen Aufgabe ist Gesundheitsförderung? 14

2 Geschichtliche Entwicklung und kulturelle Wurzeln der Begriffe „Gesundheit“ und „Krankheit“ 17

Teil II Individuum und Gesundheit 24

3 Subjektive und wissenschaftliche Vorstellungen von Gesundheit 26

- 3.1 Gesundheit – ein mehrdimensionaler Begriff 27
- 3.2 Subjektive Gesundheitsvorstellungen 33
- 3.3 Einflussfaktoren auf Gesundheit und Krankheit 38
- 3.4 Gesundheitskompetenz 53

Teil III Prävention und Gesundheitsförderung 61

4 Prävention 62

- 4.1 Formen von Präventionsmaßnahmen 63
- 4.2 Kritik am Konzept der Prävention 69

5 Gesundheitsförderung 70

- 5.1 Ansätze und Methoden der Gesundheitsförderung 72
- 5.2 Gesundheitserziehung versus Gesundheitsförderung 76
- 5.3 Gesundheitsförderung versus Selbstoptimierung 79

Teil IV Gesundheitsförderung in Gesellschaft und Politik 83

6 Die Weltgesundheitsorganisation (WHO)	86
6.1 Die Geschichte der WHO	86
6.2 Meilensteine der WHO	88
6.3 Projekte der WHO	94

Teil V Theoretischer Hintergrund 101

7 Wissenschaftliche Theorien über die Entstehung von Gesundheit und Krankheit	102
7.1 Lerntheorien	102
7.2 Persönlichkeitstheorien	110
7.3 Stress- und Bewältigungstheorien	115
7.4 Theorien zur Interaktions- und Sozialstruktur	119
8 Zusammenfassung der wichtigsten theoretischen Hauptströmungen	125
8.1 Gesundheit als Bewältigung von Anforderungen	125
8.2 Gesundheit als Stadium des Gleichgewichts	126
8.3 Relative Gesundheit	127
8.4 Gesundheit als Reaktion auf gesellschaftliche Gegebenheiten	128
9 Modelle von Gesundheit und Krankheit	130
9.1 Krankheitsmodelle	131
9.2 Belastungs- und Bewältigungsmodelle	132
9.3 Das Devianzmodell	133
9.4 Das sozialisationstheoretische Modell nach Klaus Hurrelmann	134
9.5 Das Mandala-Modell nach Trevor Hancock	136
9.6 Der Setting-Ansatz	137
9.7 Das Konzept der Salutogenese nach Aaron Antonovsky	139

Teil VI Gesundheitsförderung in der Gesundheits- und Krankenpflege 157

10 Gesundheitsförderung als neues Teilgebiet der Krankenpflege 158

- 10.1 School Nurse 165
- 10.2 Family Health Nurse..... 167

11 Die Beratung als Instrument der Gesundheitsförderung 168

- 11.1 Alltagsberatung – professionelle Beratung – Therapie 171
- 11.2 Beratung in der Gesundheits- und Krankenpflege 173
- 11.3 Theorien der Verhaltensänderung und ihre Umsetzung in die Praxis 177
- 11.4 Selbstmotivation der Betroffenen 185
- 11.5 Strategien zur Vermehrung der Einsicht in die eigene Person 186
- 11.6 Strategien zur Entscheidungsfindung..... 190
- 11.7 Strategien zur Erzielung von Verhaltensänderungen 193
- 11.8 Die wirkungsvolle Verwendung von Strategien..... 197

12 Gesundheitsförderung im Pflegeprozess – der Gesundheitsprozess 201

- 12.1 Pflegeprozess versus Gesundheitsprozess 201
- 12.2 Der Gesundheitsprozess..... 202

Anhang 213

- Kurzbiografien bedeutender Theoretikerinnen und Theoretiker 213
- Literaturverzeichnis 218
- Stichwortverzeichnis..... 231

Geleitwort

Das Buch von Herlinde Steinbach liegt hier nun schon in der fünften Auflage vor. Die große Nachfrage hat ihre Gründe: Wer einen kompakten Überblick über die Fülle des Wissens zu Entstehung und Erhaltung der Gesundheit gewinnen will, greift zu diesem klar strukturierten Lehrbuch. Es stützt sich auf eine breite Palette von Einzelbefunden, ist aber so systematisch gegliedert und geschrieben, dass es über diese Details hinausgeht und damit fachliche Orientierung und Perspektive gibt. Das gelingt nur wenigen Lehrbüchern so gut wie diesem.

Das Buch ist von einer wissenschaftlich versierten Praktikerin geschrieben. Die Anforderungen an die professionell handelnden Akteure im Gesundheitswesen steigen von Jahr zu Jahr an, weil immer größere Teile der Bevölkerung ein hohes Alter erreichen und dadurch das Ausmaß von chronischer Krankheit in der Bevölkerung ansteigt, gleichzeitig aber der wirtschaftliche Druck und der Anspruch an die Effizienz steigen. Alle professionell Handelnden in Gesundheit und Pflege benötigen heute ein solides Basiswissen und müssen in der Lage sein, aktuelle Erkenntnisse direkt in die eigenen Aktivitäten zu übersetzen. Das ist bei der Fülle der Detailergebnisse aus der Forschung im Arbeitsalltag ein äußerst schwieriges Unterfangen.

Das vorliegende Lehrbuch macht es möglich, diese Aufgabe dennoch zu bewältigen. Die Autorin bereitet alle wichtigen aktuellen Forschungsergebnisse systematisch auf und schneidet sie auf den Bedarf der Praktikerinnen und Praktiker zu. Wissenschaftliche Begriffe werden aufgenommen und verständlich eingeführt, Forschungsergebnisse einfach erklärt. Die wichtigsten Theorien von Gesundheit und Krankheit werden vorgestellt, zueinander in Beziehung gesetzt und dann auf ihre Überschneidungen und Synergien hin abgefragt. Auf diese Weise vermittelt das Buch einen klaren theoretischen Rahmen, wie er für das praktische Handeln unter komplexen Bedingungen von immer größerer Bedeutung ist.

Das Buch schließt an die Erkenntnisse der modernen interdisziplinären Gesundheitswissenschaften einschließlich Public Health an und zeigt, welche Einflüsse sie auf die heutigen Ansätze der Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung nehmen. Auf diese Weise beantwortet es die

zentrale Frage, wie Gesundheit bei einem Menschen erreicht, sichergestellt und verbessert werden kann. Herlinde Steinbach bietet mit dem Konzept der Salutogenese ihren Leserinnen und Lesern die perspektivische Handlungsoption an, durch die eine Erweiterung und Steigerung des Gesundheitsgewinns auch in der schwierigen Phase des Alters mit chronischen Krankheiten möglich wird. Indem das Konzept der Gesundheitskompetenz als wichtigste Vermittlungsgröße zwischen der sozialen Lebenssituation und dem Gesundheitsverhalten einbezogen wird, wird auch die immer größere Bedeutung des Selbstmanagements und des „Empowerment“ betont.

Das Buch ist auch für Praktikerinnen und Praktiker von großem Wert, aber zugleich für Fachleute aus dem wissenschaftlichen Bereich zu empfehlen. Wer sich grundlegend über die wichtigsten theoretischen und konzeptionellen Ansätze von Gesundheit und Krankheit und die inzwischen langjährigen Erfahrungen mit den Ansätzen von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung informieren will, sollte zu diesem Buch greifen. Gerade für hochspezialisierte Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler sind die hier abgeleiteten klaren und präzisen Definitionen hilfreich. Besonders wertvoll auch für eine schnelle Orientierung sind auch die zahlreichen Grafiken und Schaubilder.

In der vorliegenden fünften Auflage werden die wichtigen Veränderungen der theoretischen und forscherschen Diskussion aufgenommen. Außerdem werden die neuesten gesetzlichen Veränderungen der Gesundheits- und Krankenpflege berücksichtigt. Durch sie hat sich bedauerlicherweise der Spielraum für Ansätze der Gesundheitsförderung weiter verengt. Gerade deshalb aber wird dieses Buch umso wichtiger. Ich wünsche deshalb auch der fünften Auflage den großen Erfolg, den die bisherigen hatten.

Klaus Hurrelmann

Professor of Public Health and Education
Hertie School of Governance Berlin

Vorwort

Einer der wesentlichsten, wenn nicht überhaupt der wichtigste Aspekt unseres Lebens ist „Gesundheit“. Wer aber ist verantwortlich dafür?

Für die Gesundheit gilt das Prinzip der Mehrfachverantwortung: Nicht einzelne, ausgewählte Personen oder Institutionen, sondern alle Mitglieder der Gesellschaft tragen Verantwortung für den Zustand „Gesundheit“. Das wiederum bedeutet, dass Gesundheit sowohl die Sache des Einzelnen wie auch ein politischer und gesellschaftlicher Auftrag ist.

Diese Verantwortlichkeiten werden aber nicht immer wahrgenommen. Die Bedeutung eines Themas oder Phänomens wird häufig erst dann bewusst, wenn es in Form eines Scheiterns oder Misslingens in Erscheinung tritt. Dies trifft ganz besonders auf das Thema Gesundheit zu. Erst dann, wenn der Leidensdruck entsprechend groß ist, kommt es zu Umgestaltungen und Verhaltensänderungen, die Verbesserung sowohl auf individueller als auch auf gesellschaftlicher Ebene bringen sollen.

Im gesellschaftlichen Bereich setzte in Bezug auf das Thema Gesundheit ein lang anhaltender Prozess ein, der mit gesellschaftspolitischen Entwicklungen und Entdeckungen (v. a. der Naturwissenschaften) einherging. Es kam zur Entstehung von Krankenanstalten, es entwickelte sich ein Versicherungswesen, die Medizin etablierte sich als Wissenschaft, und Berufe, die sich mit Gesundheit und Krankheit beschäftigten, bildeten sich heraus. Man erkannte die politische Bedeutung des Begriffs „Gesundheit“; die öffentliche Hand übernahm immer mehr soziale und nicht zuletzt ökonomische Aufgaben auf dem Gebiet des Gesundheitswesens.

Dieser Prozess dauert noch heute an, wobei heute gerade die Frage nach den Verantwortlichkeiten neu gestellt und etwa die Organisation des öffentlichen Gesundheitswesens genauso wie der private Anteil an Verantwortung und Aufgaben problematisiert wird.

Im Rahmen dieser Entwicklung steht die Frage im Vordergrund, wie für den Einzelnen „Gesundheit“ erreicht, sichergestellt und verbessert werden kann. Eines der dominierenden Konzepte aus der jüngeren Vergangenheit war und ist dabei die Vorbeugung. Dieser Ansatz weist aber stark bewahrende und passive Seiten auf. Dem fortwährenden gesellschaftlichen Wandel folgend und die jeweiligen Verantwortlichkeiten betonend, wurde daher das Konzept der Gesundheitsförderung entwickelt. Es setzt auf Befähigung, Verantwortung, Gemeinschaftlichkeit, Ganzheitlichkeit, aktives und proaktives Handeln.

Das Konzept der Gesundheitsförderung soll nicht andere verdrängen, sondern eine sinnvolle Ergänzung darstellen. Mit ihm eröffnete sich ein neues, bedeutendes Aufgaben- und Arbeitsfeld – auch und ganz besonders für die Pflegeberufe. Gesundheitsförderung als ganzheitlicher Ansatz kann ein System mit sich bringen, aus dem sowohl die Klienten als auch die Angehörigen der Pflegeberufe Gewinn schöpfen können – ein System, in dem der Mensch im Mittelpunkt steht, ebenso wie all das, was die soziale und pflegerische Kompetenz fördert und zur Verbesserung des Gesamtzustandes „Gesundheit“ beiträgt.

Gesundheitsförderung als Begriff findet sich daher auch in der öffentlichen Diskussion zum Thema und eröffnet unterschiedliche Ansätze und Perspektiven, die einen wesentlichen Beitrag zur Lösungssuche im Interesse der Gesundheit der Menschen leisten können.

Dieses Buch soll den in Pflegeberufen arbeitenden Menschen Gesundheitsförderung als Konzept sachlich und emotional näherbringen, Grundlagen vermitteln und Anknüpfungspunkte zur Praxis der Pflege bieten.

Für die Planung und Durchführung gesundheitsfördernder Projekte ist es unabdingbar, Inhalte und Methoden des Projektmanagements zu kennen und anwenden zu können; der Fokus dieses Buches liegt aber bewusst auf den Grundlagen der Gesundheitsförderung und Prävention. Es finden sich jedoch in einigen Abschnitten Hinweise auf die Grundsätze des Projektmanagements und Verknüpfungen zu seinen Methoden – dort, wo es besondere Bedeutung für den Gesundheitsförderungsprozess hat.

Wien, im Mai 2017

Herlinde Steinbach

Hinweise zum Gebrauch des Buches

Wichtige Worte im Text sind **fett** gedruckt.

Unbekannte Begriffe
werden in der Randspalte
erklärt.

Im Text verwendete und den Lesern vielleicht **unbekannte Begriffe** sind farbig gesetzt und in der Randspalte erklärt.

In der Randspalte sind weiters Erläuterungen angeführt, die wichtig sind oder das Verstehen des Textes erleichtern, jedoch den fortlaufenden Haupttext zu sehr belasten würden.

Kernaussagen

sowie Beispiele sind orange hinterlegt.



Am Ende eines jeden Teils finden sich wichtige Begriffe „**Zum Wiederholen**“



... sowie Fragen „**Zum Üben**“.

Teil I Einführung

Nach dem Studium dieses Abschnitts sollten Sie ...

- ... die Entwicklung des Begriffs Gesundheit verstehen und Zusammenhänge erklären können.
- ... unterschiedliche Auffassungen von Gesundheit innerhalb verschiedener Kulturen verstehen und erklären können.

Der Mensch hat das Bedürfnis, „gesund zu sein“, sich wohlfühlen. Ein neuer, seit den 1980er-Jahren beschrittener, aktiver Weg zu Gesundheit ist Gesundheitsförderung. Gesundheitsförderung – anders als „Krankheitsprävention“ – versucht aktiv Schritte zu setzen, um das Positive, die Gesundheit, im Menschen zu stärken.

Der erste Abschnitt dieses Buches setzt sich mit grundsätzlichen Fragen zu den Themen Gesundheit und Gesundheitsförderung auseinander. Zu Beginn stellen wir die Frage, welche Bedeutung Gesundheit in der modernen Gesellschaft hat bzw. haben sollte. In einem Streifzug werden dann sowohl **subjektive** als auch **objektive** Aussagen über Gesundheit kurz dargestellt und ihre individuellen, sozialen und politischen Auswirkungen beleuchtet. Aus dem Bewusstsein heraus, dass das menschliche Bedürfnis nach Sicherheit und Versorgung die Gesundheit mit einschließt, ist die Politik aktiv geworden: Sie hat Gesetze erlassen und Förderungen geschaffen. Beispiele dafür sind u. a. das Gesundheits- und Krankenpflegegesetz aus dem Jahr 1997 mit der Novelle aus dem Jahr 2016 sowie das öffentliche Propagieren gesundheitsfördernder Maßnahmen.

Zum besseren Verständnis des Status quo unternehmen wir dann einen Ausflug in die Entwicklung und Geschichte des Begriffs Gesundheit (für den es im Übrigen keine einheitliche Definition gibt, weswegen manchmal „Begriffsverwirrung“ entsteht; vgl. Schatalova 2009, S. 12). Er führt uns durch verschiedene Zeiten und Kulturen, von den frühen Hochkulturen der Antike über das Mittelalter bis in die Moderne. Dabei werden v. a. die großen Neuerungen und Umbrüche in philosophischen und wissenschaftlichen Fragen dargestellt. Im Verlauf dieser Entwicklung wird auch der Weg vom okkulten und religiös bestimmten Gesundheitsbegriff hin zur wissenschaftlichen Bestimmung von Gesundheit zu verfolgen sein.

Ein gemeinsames Verständnis für das Thema kann nur gewinnen, wer ein allgemeingültiges Basiswissen über Gesundheit erwirbt. Daher wird in diesem Buch ein Kapitel mit Definitionen an den Anfang gestellt – Definitionen elementarer Begriffe, die ein gemeinsames Grundverständnis sichern sollen.

subjektiv

zu einer Person (einem Subjekt) gehörend, von persönlichen Gefühlen bestimmt, parteiisch

objektiv

sachlich, unvoreingenommen, neutral

1 Gesundheit im Brennpunkt

1.1 Was ist Gesundheitsförderung?

Wem nützt Gesundheitsförderung?

Wessen Aufgabe ist Gesundheitsförderung?

Gesundheit wird erst seit kurzer Zeit wissenschaftlich erforscht; daher sind die Gesundheitswissenschaften ein relativ junges wissenschaftliches Gebiet. Das Nachdenken über das Phänomen Gesundheit hingegen ist alt; es geht mit der Geschichte der Menschheit einher und ist nicht von ihr zu trennen.

Betrachten wir zunächst, wie **im Alltag und in den Medien** über Gesundheit gesprochen und diskutiert wird. Was Gesundheit als Zustand betrifft (die „Volksgesundheit“), so kursieren zahlreiche Statistiken, deren Aussagen einander oft völlig zu widersprechen scheinen. Einerseits wird berichtet, dass wir im „Gesundheits- und Fitnesswahn“ leben und dass die durchschnittliche Lebenserwartung ständig steigt, andererseits muss es uns nachdenklich machen, wenn wir hören, dass alle Formen von Essstörungen rapide zunehmen, dass schon sehr kleine Kinder erhebliche Haltungsschäden aufweisen und dass die Österreicherinnen und Österreicher anscheinend alles unternehmen, um ihr Risiko, einen Herzinfarkt oder Schlaganfall zu erleiden, zu erhöhen. Sehr oft wird auch berichtet, dass die Zahl der Krankenstandstage in Österreich ein für die Wirtschaft bereits bedrohliches Ausmaß erreicht hat. Laut Statistik Austria entfielen im Kalenderjahr 2015 auf jede erwerbstätige Person 12,7 Krankenstandstage.

Interessant, aber ebenso widersprüchlich sind Zahlenmaterial und Aussagen zum Thema **Prävention**. In der Öffentlichkeit – sowohl von medizinischer als auch von politischer Seite – wird „Vorbeugung“ propagiert. Versicherungsunternehmen etwa vertreten jedoch sehr häufig und vehement die Ansicht, dass Kuraufenthalte oftmals nur dazu dienen, einen zusätzlichen „Erholungsurlaub“ zu lukrieren und die Versicherung zu einer Leistung zu zwingen. Wie kommt es zu diesen (scheinbaren?) Widersprüchen?

Laienhaft ausgedrückt, könnte man sagen: Mit **Gesundheitsförderung** meint man alle Maßnahmen, deren Ziel es ist, Gesundheit (zur Definition von Gesundheit siehe Kap. 3) zu erlangen, zu verbessern und über einen möglichst langen Zeitraum aufrechtzuerhalten.

Das aber bedeutet, dass Gesundheitsförderung ein **gesamtgesellschaftlicher Auftrag** ist – ein Auftrag also, der alle angeht – und nicht an einzelne Institutionen, Personen oder wissenschaftliche Disziplinen delegiert werden kann. Wenn wir die Struktur eines Staates genauer betrachten, können wir erkennen, dass jedermann von Gesundheitsförderung profitiert –

und dass es oft nur schwierig ist, diesen Profit für alle sichtbar, spürbar und verständlich zu machen. In der Folge soll nun versucht werden, diesen allgemeinen Nutzen von Gesundheitsförderung in einigen Bereichen zu veranschaulichen.

Die **Politik** auf allen Ebenen (Bund, Länder, Gemeinden) ist immer wieder mit Budgetproblemen konfrontiert. Die Ausgaben für das Gesundheitssystem stellen dabei einen nicht unbeträchtlichen Teil der öffentlichen Aufwendungen dar. 2015 wendete der österreichische Staat (inklusive Sozialversicherungsträger) insgesamt ca. 26,5 Mrd. Euro für Gesundheitsausgaben auf. Es muss daher u. a. politisches Ziel sein, diese Ausgaben zu senken bzw. die Verteilung der finanziellen Mittel an messbare Erfolge zu knüpfen. Hier kommt die Gesundheitsförderung zum Tragen. Die Förderung der Gesundheit ist nicht nur **effektiver** und angenehmer, sondern auch wesentlich billiger als die Heilung von Krankheit. (Überdies können wir mit Recht vermuten, dass eine „gesündere“ Gesellschaft auch eine leistungsfähigere und zufriedenerere Gesellschaft ist.)

Auch die **Dienstgeber**, sowohl jene in der Privatwirtschaft als auch jene in der öffentlichen Verwaltung, interessieren sich für die Frage, in welchem Ausmaß ihre Mitarbeiter imstande sind, zu arbeiten (zu den Aufgaben und Möglichkeiten der betrieblichen Gesundheitsförderung vgl. Steinbach (2016) in: Jurkowitsch/Schröder, S. 123 ff.) Die Diskussionen um die Zahl der durchschnittlichen Krankenstandstage österreichischer Arbeitnehmer oder um das tatsächliche Pensionsantrittsalter zeigen, dass sich hier einiges verbessern ließe. Verbesserungen könnten die Konkurrenzfähigkeit der Wirtschaft erhöhen und damit langfristig auch eine größere soziale und wirtschaftliche Sicherheit nach sich ziehen, womit vielleicht auch eine gesundheitliche Veränderung zum Positiven einhergehen kann.

Weiters kann Gesundheitsförderung auch all jenen (mittelbar und unmittelbar) von Nutzen sein, die im **Gesundheitswesen** tätig sind. Für den Bereich der Spitäler seien hier nur die Fragen nach der Anzahl der **Patienten**, ihrem Allgemeinzustand, den Erfolgsaussichten ihrer Behandlung und nicht zuletzt nach der persönlichen Belastung des Einzelnen im Beruf genannt.

Schließlich kann jede **Familie und jeder Einzelne** die Vorteile der Gesundheitsförderung für sich nutzen, und zwar in wirtschaftlicher Hinsicht (Einkommen, Versicherungsprämien und -leistungen) und im emotionalen Bereich (persönliches Wohlbefinden und Lebensgefühl).

Bereits nach Betrachtung dieser sehr grundsätzlichen Gedanken liegt der Schluss nahe, dass Gesundheitsförderung die Aufgabe aller Mitglieder und Institutionen eines Gemeinwesens ist. Im **Gesundheits- und Krankenpflegegesetz**, das 1997 verabschiedet wurde (vgl. Weiss-Faßbinder/Lust 2000), hat der Begriff Gesundheit erstmals ausdrücklich seinen Stellenwert bekommen. Diplomierte Pflegepersonen sind nicht mehr „diplomierte Krankenschwestern und Krankenpfleger“, sondern „diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerinnen bzw. -pfleger“. Seit der Gesetzesänderung 2016 lautet die Berufsbezeichnung „diplomierte/r Gesundheits-

effektiv

wirksam, wirkungsvoll

Patient

eine vom Arzt behandelte Person; in unserem Sprachgebrauch Kranke, die wegen gesundheitlicher Probleme ein Krankenhaus aufsuchen. Das Wort kommt von „patientia“ (lat.) = Geduld.

und Krankenpflegerin und -pfleger“ (vgl. GuK-Novelle 2016, BGBl. I Nr. 75/2016, § 11). Sie sind damit auch angehalten, nicht nur die Krankheit, sondern ebenso die Gesundheit eines Patienten im Auge zu behalten und als wesentlichen Teil ihrer beruflichen Aufgaben zu erkennen.

*„Neben das Recht des Patienten auf optimale Behandlung tritt die Verpflichtung der Behandelnden und Pflegenden, gesundheitliche Belehrung durchzuführen und den Patienten zu einer gesunden Lebensführung zu veranlassen.“
(Steuer/Steuer 1987, S. 1)*

Gesundheitspflege ist ein junges, spannendes Aktionsfeld der Pflege geworden. Die Förderung bzw. Pflege der Gesundheit und die Krankenpflege (die bisher einzige anerkannte pflegerische Tätigkeit) müssen als gleichwertig angesehen werden.

Wie wir sehen können, ist der gesetzliche Auftrag zu Gesundheitspflege also vorhanden. Seine Umsetzung ist jedoch noch sehr auf einzelne Teilaspekte fokussiert, denn Gesundheitsappelle allein sind im Allgemeinen zu wenig; sie fruchten nicht und wirken meist nur belehrend. Doch gerade was die Veränderung von schädlichem Verhalten betrifft, hält die Gesundheitsförderung eine Vielzahl wirksamer Methoden bereit.

Inwieweit Gesundheitsförderung ihren Einzug in die Pflege gehalten hat, werden wir im Folgenden noch diskutieren. Auf jeden Fall ist Gesundheitsförderung verbunden mit einem positiven Ansatz, der nicht mehr die Krankheit, sondern die Gesundheit ins Zentrum der Bemühungen rückt.

Pathogenese

Entstehung und Entwicklung von Krankheiten; abgeleitet von „pathos“ (griech.) = Schmerz, Leiden, Krankheit; „genese“ (griech.) = Ursprung, Entstehung, Beginn

Salutogenese

Entstehung von Gesundheit; abgeleitet von „salus“ (lat.) = heil, gesund; „genese“ (griech.) = Ursprung, Entstehung, Beginn

Kompetenz

Sachverstand, Zuständigkeit, Fähigkeit, Können

Der über Jahrzehnte bis heute praktizierte **pathogenetische** Ansatz muss in einen positiven, einen **salutogenetischen Ansatz** übergehen. Um dieses Umdenken zu ermöglichen, müssen als Erstes und Wichtigstes die **Kompetenzen des Einzelnen gestärkt** werden.

Patienten wie Pflegepersonen müssen für die Botschaften des eigenen Körpers sensibilisiert werden; das Nachdenken über das eigene Gesundheitsverhalten steht dabei an erster Stelle (einführend zum Kompetenzbegriff vgl. Dörpinghaus/Poenitsch/Wigger 2006, S. 143 f.). Weiters muss natürlich ausreichend Motivation für gesundheitsfördernde Verhaltensweisen im täglichen Leben vorhanden sein, und es müssen Bedingungen geschaffen werden, die gesundheitsfördernde Maßnahmen ermöglichen!

Gesundheitsförderung legt ihr Hauptaugenmerk also auf die Erhaltung der Gesundheit. Sie beschränkt sich nicht nur auf Risikogruppen, sondern umfasst die gesamte Bevölkerung in ihrem täglichen Leben.

2 Geschichtliche Entwicklung und kulturelle Wurzeln der Begriffe „Gesundheit“ und „Krankheit“

In diesem Kapitel unternehmen wir einen Streifzug durch Epochen, Regionen und Kulturen, um einen Überblick darüber zu gewinnen, wie die Themen Gesundheit und Krankheit die Menschheit bis heute begleiten und wie sie sich gewandelt haben. Ziel ist es, verständlich zu machen, welche unterschiedlichen Auffassungen die verschiedenen Kulturen hatten. Es soll erläutert werden, wie sich die Menschen innerhalb bestimmter Epochen die Entstehung von Krankheiten erklärten, was sie zur Erhaltung von Gesundheit unternahmen und welche Spezialisten bzw. **Ressourcen** sie dafür einsetzten. Dabei entwickelte sich die Beschäftigung mit Gesundheit über die verschiedenen Zeitalter von einem okkulten, religiösen Ansatz über eine philosophische Betrachtungsweise hin zu einer stark (natur-)wissenschaftlich dominierten Sicht, die heute aber wieder den einen oder anderen geistes- bzw. humanwissenschaftlichen Pfad beschreitet und auch dem Laienverständnis zum Teil wieder einen Platz einräumt (vgl. dazu beispielhaft Klemperer 2015, S. 78 ff. und 226 ff.), jedoch auch Technik und Ökonomie in den Blick nimmt (vgl. Unschuld 2014, S. 141 ff.).

Viele Menschen sind der Ansicht, dann gesund zu sein, wenn sie keine Krankheit haben. Was sie aber mit „keine Krankheit haben“ meinen, ist von Mensch zu Mensch verschieden. Die Antwort auf die Frage „Wie geht es mir (psychisch und physisch)?“ hängt also von der Persönlichkeit des Einzelnen ab. Und dennoch scheint es in jeder Kultur ein gemeinsames Verständnis von Gesundheit und Krankheit zu geben, das vom Einzelnen unabhängig ist. Dieses Verständnis bestimmt, wie mit „Gesundheit“ und „Krankheit“ umgegangen werden soll, was diese Zustände bedeuten und was ihre Ursachen sind.

Der Umgang mit „Gesundheit“ und „Krankheit“ ist auch an die jeweilige Kultur gebunden. Daher muss man, wenn man von Gesundheit und Krankheit spricht, immer die geschichtliche Entwicklung, **Gesellschaft** und Kultur berücksichtigen.

In der Geschichte Europas und anderer Kulturkreise stand (mit wenigen Ausnahmen) lange Zeit die **Prävention** von Krankheiten im Mittelpunkt. Im Folgenden soll ein Streifzug durch die Zeiten und Kulturen einen Eindruck davon vermitteln, wie sich die verschiedenen Sichtweisen von Gesundheit und Krankheit entwickelt haben.

In den Kulturen des **alten Ägypten** und des **Zweistromlandes** (Mesopotamien) finden sich bereits in einigen Schriften Hinweise darauf, dass Krankheiten als **Symptomkomplexe** bezeichnet und an bestimmten Körperteilen festgemacht wurden. Ebenso sind schon Vorläufer von Diagnose,

Ressourcen

Hilfsmittel, Reserven

Gesellschaft

das Zusammenleben und -handeln der Menschen in Gruppen, sofern dieses Zusammenleben in sich geordnet oder bewusst organisiert ist

Ägypten, Altes Reich:
3000–2134 v. Chr.

Mesopotamien:
3.–2. Jahrtausend v. Chr.

Prognose und Therapie beschrieben. Interessant ist, dass bereits Verletzungen äußerer Art von inneren Krankheiten unterschieden wurden.

In **Mesopotamien** wurden Krankheiten als Ausdruck von Unreinheit betrachtet, die durch Rituale wieder beseitigt werden konnte. Krankheiten wurden auch als Strafe für Tabubrüche, Verstöße gegen gesellschaftliche Regeln und Vergehen gegen Menschen oder gegen Gott interpretiert. Als mögliche Krankheitsverursacher galten außerdem Zauberer, Dämonen oder Götter.

In diesen frühen Kulturen findet sich noch kein gesellschaftlich anerkanntes und einheitliches Verständnis von Krankheit und Gesundheit.

Die Betrachtung weiterer Kulturen wird zeigen, wie sich in den jeweiligen Gesellschaften ein gemeinsames Verständnis von Gesundheit entwickelt und verankert.

Im alten **Indien** war man der Ansicht, dass Sünden gegen die Götter die Ursache für Leid seien. Als Heilverfahren im **Atharva-Veda** waren Gebete vorgesehen; medizinische Methoden gab es nicht. Gesundheit galt als die höchste Quelle von Wohlstand, Freude und Erlösung. Krankheit hingegen zerstörte nicht nur die Gesundheit, sondern auch das gute Leben und sogar das Leben selbst („**Charaka Samhitā**“). Im **Ayurveda** existiert ein umfassendes Diagnose- und Behandlungssystem, das Teil einer ganzen Philosophie, eines Gesamtverständnisses des Lebens überhaupt war. Krankheiten des Körpers wurden etwa durch eine Änderung der Essgewohnheiten, durch Salben oder Kräuter, aber auch durch spirituelle Methoden geheilt. Von Krankheiten des Geistes konnte man durch religiöse Handlungen, aber auch durch philosophische Aktivitäten, Konzentrationsübungen u. Ä. genesen. Gesundheit und Langlebigkeit waren in der indischen Philosophie hohe Ziele (vgl. Muths 2002, S. 1 ff.).

Der **chinesische** Zugang zu den Begriffen „Gesundheit“ und „Krankheit“ ähnelte jenem im alten Indien. Gesundheit und Krankheit gehörten zum **Tao**, der philosophischen und religiösen Grundlage der chinesischen Gesellschaft. Die beiden Grundprinzipien **Yin** und **Yang** sowie ihr Zusammenspiel drückten sich in allen Lebensprinzipien aus. Wurde ein Leben entsprechend den Regeln des Taos geführt, konnten Gesundheit und langes Leben erreicht werden. In der chinesischen Medizin standen die Philosophie und die dadurch vorgeschriebene Lebensführung in direktem Zusammenhang mit Gesundheit und Krankheit.

Gesundheit war auch eines der höchsten Ziele im **antiken Griechenland**. Hygiene hatte dort einen hohen Stellenwert, und Gesundheit wurde eng mit Schönheit verbunden. Krankheit wurde in der griechischen Literatur als Störung von Gesundheit und Schönheit angesehen.

Bei den alten Griechen wurden Medizin und Philosophie erstmals in der Geschichte voneinander getrennt. In dieser Epoche entwickelte sich – neben anderen Konzepten – die **Medizin als Wissenschaft**. **Hippokrates** versuchte, Krankheiten systematisch zu verstehen und mit Methode zu

Atharva-Veda

bedeutet im Sanskrit (der Sprache des alten Indien) „das Wissen des Atharva“

Charaka Samhitā

eine altindische Sammlung medizinischen Wissens

Ayurveda

Wissen über das Leben. Dieses Wort stammt aus dem Sanskrit: „ayus“ = Leben; „vid“ = Wissen



Yin = dunkle, ruhende, weibliche Kraft; Yang = heller, beweglicher, männlicher Geist

Hippokrates gilt als Begründer der abendländischen Medizin und lebte von 460–377 v. Chr.

behandeln. Medizin bestand im alten Griechenland aber nicht nur in der Heilung von Krankheiten, sondern auch in der Bewahrung von Gesundheit, was einem Zustand der Harmonie in sich selbst und in der Umgebung des Menschen gleichkam (vgl. McDermott, O'Connor 1999, S. 25). Nach **Platon** ist Medizin **Gesundheitslehre** (vgl. Engelhardt 2005, S. 1).

Platon war ein griechischer Philosoph und lebte von 427–347 v. Chr.

Im antiken Griechenland finden wir einen ersten Denkansatz in Richtung Gesundheitsförderung. Er hatte aber noch einen starken Bezug zur Prävention, weil man nach Ansicht der Griechen die Gesundheit durch Mäßigung beim Essen, Trinken und in anderen Dingen des Lebens erhalten konnte.

(vgl. Muths 2002, S. 3)

Im Denken der Antike war die Ansicht verankert, dass der Mensch selbst weder vollständig gesund noch vollständig krank sei, sondern sich gleichsam in einem Schwebezustand zwischen diesen beiden Polen befinde (vgl. Hinghofer-Szalkay 1995, S. 222).

Vom frühen Christentum bis ins hohe Mittelalter wurden Krankheiten als **Bestrafung von Verstößen** (Sünden) gegen gottgegebene Regeln, vor allem gegen die Zehn Gebote betrachtet. Durch Krankheiten und Leid konnte aber auch Erlösung erlangt werden.

Das bedeutet, dass Gesundheit und Krankheit im Mittelalter neu bewertet wurden. Vom antiken Verständnis, das sinnlich-sittliche Vollkommenheit mit körperlicher Gesundheit gleichsetzte, ging man zum europäisch-christlichen Verständnis über.

(vgl. Angermühle 2002, S. 2)

Unter dem asketischen Gesichtspunkt des frühen Christentums wurde Leiden zur Tugend, und Krankheiten wurden mit Stolz erlitten. Gesundheit bedeutete nicht mehr nur das Freisein von Schmerz, sondern auch die – durchaus positiv zu sehende – Fähigkeit, Leiden zu ertragen. Das christliche Mittelalter war aber auch Ausgangspunkt für die Entwicklung der Hospitale. Damit versuchte man, einem Bibelwort (Matthäus 25,35 ff.) zu folgen, wonach Barmherzigkeit eine erstrebenswerte Tugend ist.

Die jeweils aktuelle Sicht von Krankheit wurde auch häufig von jenen Krankheiten geprägt, die in einem bestimmten Kulturkreis und in einer bestimmten Epoche auftraten. Im Europa des Mittelalters und der frühen Neuzeit, der **Renaissance**, gab es Epidemien von Infektionskrankheiten, in deren Verlauf unzählige Tote zu beklagen waren.

Unter **Paracelsus** wurden Krankheiten – wie so oft in der Geschichte der Medizin – wiederum neu bewertet und interpretiert. Paracelsus entwickelte ein **ganzheitliches Verständnis** von Gesundheit und Krankheit, von Patient, Arzt und Therapie: Seine Medizin ruhte auf den vier Säulen Philosophie, Astronomie, Chemie und auf der Tugend des Arztes.

Das Mittelalter reicht etwa vom Untergang des Weströmischen Reiches (476 n. Chr.) bis zur Entdeckung Amerikas (1492).

Matthäus 25,35: „Denn ich war hungrig und ihr habt mir zu essen gegeben, ich war durstig, und ihr habt mir zu trinken gereicht [...].“

An Epidemien von Infektionskrankheiten sind z. B. bekannt: Virusgrippe ab dem 6. Jh. unter Kaiser Justinian; Pest, 1347–1351; Lepra, Syphilis und Cholera in London 1665 bzw. Marseille 1720–1750. Dies sind nur einige wenige Beispiele von unzähligen.

Ontologie

Lehre vom Sein

Nosologie

Wissenschaft von der Klassifizierung der Krankheiten

Wissenschaftlichkeit

die Orientierung an methodisch-systematischer Erkenntnisarbeit



Theophrastus Bombastus von Hohenheim, genannt Paracelsus, 1493–1541



Kaiserin Maria Theresia, 1717–1780

Im 16. und 17. Jahrhundert verstärkte sich, an die Ideen des Paracelsus anschließend, die **ontologische Sichtweise**. Krankheiten wurden als etwas Reales angesehen, ihnen wurde ein eigenständiges Dasein zugebilligt.

Von **Thomas Sydenham** (1624–1689) wurde die **Nosologie** begründet. Dies war ein wichtiger Schritt in Richtung **Wissenschaftlichkeit**. Während man jedoch Krankheiten zu klassifizieren begann, galten die Ursachen für Epidemien immer noch als okkulte und unerklärliche Phänomene. In der Folge, im 18. und zu Beginn des 19. Jahrhunderts, wurden Krankheiten auf der Basis klinischer Symptome klassifiziert (Familie, Gattung, Spezies). Prägende Persönlichkeiten waren hier **Carl von Linné** in Schweden, **William Cullen** in Edinburgh sowie **Philippe Pinel** und **Johann Lukas Schönlein** in Frankreich (vgl. Hudemann-Simon 2000, S. 1). Aus diesem Klassifikationsmodell wurde schließlich ein einfaches und systematisches Vorgehen abgeleitet: Anhand von aufgelisteten Symptomen wurde eine Diagnose gestellt, woraufhin eine ebenfalls gelistete Medizin zu verschreiben war. In letzter Konsequenz bedeutete dies, dass eine intensive und unvoreingenommene Beschäftigung mit der Krankheit und dem kranken Menschen unterbleiben konnte (vgl. Muths 2002, S. 5).

Die Nosologie war auch Wegbereiter der **klinischen Anatomie** mit ihrem bedeutendsten Vertreter, dem Niederländer **Hermann Boerhaave** (1668–1738). Er gilt als Erster, der in Europa den klinischen Unterricht am Krankenbett einführte.

In Österreich blieb es einem Schüler Boerhaaves, **Gerhard van Swieten** (1700–1772), vorbehalten, das Medizinstudium zu reorganisieren (vgl. Hudemann-Simon 2000, S. 51). Er tat dies nach einer Verordnung der Kaiserin Maria Theresia aus dem Jahr 1749. Van Swieten führte Vorlesungen in Botanik, Chemie, Chirurgie sowie die Durchführung eines klinischen Unterrichts ein.

Mitte des 18. Jahrhunderts – im Zeitalter der Aufklärung, die den besonderen Stellenwert der Vernunft hervorhob (vgl. Böhm 2004, S. 56 f.) – versuchten Ärzte, den Bürgern die Vorteile einer gesunden, natürlichen und vernunftbetonten Lebensweise zu vermitteln. Das Programm dazu wurde als **Diätetik** bekannt. Den gesundheitsschädlichen Einflüssen von Zivilisation und aristokratischem Lebensstil versuchte man durch Mäßigung in allen Lebensbereichen (Ernährung, Geschlechtsverkehr, Körperreinigung etc.) zu begegnen. Dabei wurden „die Vorteile des einfachen Lebens betont, das den Körper leistungsfähig macht und abhärtet“ (Faltermaier 2005, S. 42).

Im letzten Drittel des 18. Jahrhunderts wurden die ersten **Krankenkassen** gegründet (Wien und Mannheim, jeweils 1771) und somit erstmals Formen eines Beitragssystems entwickelt. Wer regelmäßig einen gewissen Beitrag leistete, bekam ein Entgelt ausbezahlt, wenn er bettlägerig oder arbeitsunfähig war. Hier gab es bereits gedankliche Ansätze zur Frage der Finanzierung des Gesundheitswesens – einer Frage, die die Gesundheitspolitik, die Gesellschaftspolitik, die Sozial- und die Finanzpolitik betrifft (vgl. Hudemann-Simon 2000, S. 183). All dies fand unter **Joseph II.** (1741–1790)

statt, dessen Reformen auf die Schaffung eines „Wohlfahrtsstaates“ ausgerichtet waren (Bau von Spitälern, Blinden- und Invalidenhäusern, Anstalten für psychisch Kranke).

Eine bahnbrechende Neuerung beim Diagnostizieren und für die Objektivität der Diagnosen war die Verwendung des **Stethoskops**. Damit waren neben der subjektiven Symptombeschreibung des Patienten objektive Beurteilungsgrundlagen gegeben. Die in die neu entstandenen Krankenhäuser eingelieferten Patienten – v. a. Arme aus den Industriestädten – waren „Studienobjekte“, die es ermöglichten, die neue Objektivität zu verfeinern, Statistiksysteme zu entwickeln und systematische Vergleiche anzustellen.

In der Folge legte die Medizin ihren Schwerpunkt immer mehr auf **Krankheiten und ihre Bekämpfung** – Gesundheit war hingegen kein Thema mehr. Man widmete sich der **experimentellen** Forschung der naturwissenschaftlichen Medizin, d. h. der systematischen und methodischen Beschäftigung mit verschiedensten Phänomenen. Krankheiten wurden zunehmend als Organdefekte verstanden, der kranke Körper wurde von der Person und ihrem Leben getrennt. Ärzte entwickelten sich zu einer eigenen Berufsgruppe und bauten gemeinsam mit der Krankenpflege ein Versorgungssystem auf, in dessen Zentrum das Krankenhaus steht und das in diesen Grundzügen auch heute noch existiert.

Nun zeigte sich in der Medizin und der Chirurgie auch die Notwendigkeit einer wissenschaftlichen Ausbildung mit gleichwertigen akademischen Graden (vgl. Hudemann-Simon 2000, S. 226).

Im 19. Jahrhundert stieg die Zahl der **Krankenhäuser** geradezu sprunghaft an. Ursachen dafür waren u. a. der Anstieg der Bevölkerungszahl, die industrielle Revolution und die Verstädterung. Maßgeblich war aber auch der Abbau von Ängsten in der Bevölkerung, was dazu führte, dass medizinische Einrichtungen besser angenommen wurden.

Mit der Entwicklung der Medizin als Wissenschaft und der Entwicklung des **Hospizes** zum Krankenhaus im heutigen Sinne bildeten sich auch **Krankenpflege und Pflegeberufe** heraus. Waren z. B. die englischen „nurses“ am Anfang des 19. Jahrhunderts im Wesentlichen noch ohne Ausbildung am Krankenbett tätig, so war die Schulung der weltlichen Schwestern („sisters“) kurze Zeit später bereits vom „learning by doing“ mit den Patienten geprägt. Bald darauf ging man dazu über, Pflegepersonen systematisch auszubilden. In Deutschland gründete Pfarrer **Theodor Fliedner** 1836 die erste Schule für Diakonissen, in England wurde durch **Elizabeth Fry** 1840 Ähnliches versucht.

Einen wesentlichen Schritt in der Entwicklung der professionellen Pflegeausbildung setzte **Florence Nightingale**. Sie gründete im Jahr 1860 eine Schule, an der die Ausbildung vorerst ein bzw. zwei Jahre dauerte, um die Jahrhundertwende aber auf drei Jahre ausgedehnt wurde. Theoretisches Wissen wurde von Medizinern vorgetragen, im praxisorientierten Bereich jedoch lehrten erfahrene Pflegepersonen (vgl. Hudemann-Simon 2000, S. 143 f.).

Gegen Ende des 19. Jahrhunderts gab es wichtige Fortschritte im Bereich der **Bakteriologie**: Vor allem deutschen und französischen Forschern

Stethoskop

Hörrohr; wurde 1819 von René Laënnec (1781–1826) entwickelt

experimentell

auf Experimenten, d. h. wissenschaftlichen Versuchen beruhend



Florence Nightingale, 1820–1920

Hospiz

christliche Herberge; von „hospitium“ (lat.) = Herberge

Bakteriologie

Lehre von den Bakterien

Virologie

Lehre von den Viren

Serologie

Teilgebiet der Immunologie, das sich mit den physiologischen Eigenschaften und pathologischen Veränderungen von Bestandteilen des Blutes und anderen Körperflüssigkeiten befasst

Immunologie

Lehre von Struktur und Funktion des Immunsystems – den Erkennungs- und Abwehrmechanismen eines Organismus gegenüber Infektionserregern

war es gelungen, eine große Anzahl von Erregern zu identifizieren und zu klassifizieren. Das Wissen auf den Gebieten der **Virologie**, der **Serologie** und der **Immunologie** wuchs mit enormer Schnelligkeit. So konnte die **Impfung** entwickelt werden, wodurch viele Infektionskrankheiten unter Kontrolle gebracht wurden. Die Möglichkeit der Impfung wiederum betonte den vorbeugenden Charakter medizinischer Maßnahmen (vgl. Klemperer 2015, S. 26 ff.). Ein weiterer Meilenstein war die Entdeckung der Antibiotika am Ende des Zweiten Weltkrieges, die eine wirksame Bekämpfung bakterieller Infektionen ermöglichten.

Die jüngste Zeit schließlich ist geprägt von Fortschritten im Bereich der „Schönheitschirurgie“, der Hormonbehandlung und der Gentechnik, deren Folgen überwiegend noch nicht abgeschätzt werden können (vgl. Muths 2002, S. 5).

Wenn wir die Geschichte betrachten, erkennen wir also Folgendes:

Die Grundlagen für die bis heute vorherrschende naturwissenschaftliche Medizin, die sich auf die Behandlung von Krankheiten konzentriert, wurden im 19. Jahrhundert gelegt. Der gesellschaftliche Umgang mit Krankheit bzw. Gesundheit beruht immer auf historischen und kulturellen Hintergründen – und kann sich daher mit diesen auch wieder ändern.

Heute geht es nicht mehr nur darum, Krankheiten zu heilen, sondern auch darum, ihnen vorzubeugen. In der jüngsten Zeit versucht man immer mehr – im Gegensatz zur „Krankheitsvorbeugung“ –, Gesundheit zu unterstützen und zu fördern.



Zum Wiederholen – Kapitel 1

- Gesundheit
- Gesundheitswissenschaften
- Gesundheitsförderung
- Prävention
- Gesundheitswesen
- Gesundheits- und Krankenpflegegesetz
- Gesundheitspflege
- pathogenetischer Ansatz
- salutogenetischer Ansatz
- Gesundheitsverhalten

Zum Wiederholen – Kapitel 2

Gesundheit und Krankheit
 historische und kulturelle Wurzeln
 Atharva-Veda und Ayurveda
 Yin und Yang
 Medizin als Wissenschaft
 Gesundheitslehre
 ganzheitliches Verständnis
 Nosologie
 Diätetik
 Medizinstudium
 Pflege und Pflegeberufe
 Krankenhäuser
 Bakteriologie
 Krankheitsvorbeugung
 Gesundheitsförderung

**Zum Üben – Teil I**

1. Was versteht man unter Gesundheitsförderung?
2. Wem nützt Gesundheitsförderung? Nennen Sie drei Bereiche und erläutern Sie die Vorteile!
3. Wessen Aufgabe ist Gesundheitsförderung?
4. Wodurch unterscheidet sich der salutogenetische vom pathogenetischen Ansatz der Gesundheitsförderung?
5. Was waren die wichtigsten Meilensteine in der Entwicklung des Begriffs „Gesundheit“ vom alten Ägypten bis in die heutige Zeit?
6. Wo findet sich – geschichtlich betrachtet – der erste Denkansatz zur Gesundheitsförderung? Erläutern Sie diesen kurz!
7. Wodurch unterschieden sich die englischen „nurses“ von den „sisters“?
8. Welche Rolle spielte Florence Nightingale in der geschichtlichen Entwicklung der Gesundheitsförderung?



Teil II Individuum und Gesundheit

Nach dem Studium dieses Abschnitts sollten Sie ...

- ... die Bedeutung des Begriffs Gesundheit verstehen und seine verschiedenen Dimensionen erklären können.
- ... wissen, wie Gesundheit aus wissenschaftlicher, aus gesundheitspolitischer und aus der Sicht von Laien definiert wird.
- ... den positiven und negativen Ansatz der Vorstellungen von Laien über Gesundheit kennen und Beispiele geben können.
- ... die Einflussfaktoren „Persönlichkeitsmerkmale“, „Lebenslage“, „Arbeitsbedingungen“ und „private Lebensform“ auf Gesundheit kennen.

„Gesundheit erleben die Menschen von den Göttern.

Dass es aber in ihrer Hand liegt, diese zu erhalten, daran denken sie nicht.“
(Demokrit, 450 v. Chr.)

Individuum

der Mensch als einzelnes Wesen

Was ist „Gesundheit“? Ist es für jeden Menschen dasselbe oder gibt es beim einzelnen **Individuum** und in seiner Umwelt Umstände, die diesen Begriff jeweils einzigartig beeinflussen?

Nebst ihrer Bedeutung für die Gesellschaft ist Gesundheit auch für jedes einzelne Individuum wichtig und damit etwas sehr Persönliches. Das Gefühl, gesund zu sein, hängt von unterschiedlichsten Faktoren ab, die auf verschiedene Individuen in völlig verschiedener Weise wirken können. Daher setzt sich dieser Abschnitt mit den vielfältigen individuellen Aspekten des Begriffs Gesundheit auseinander. Dabei wird deutlich, dass Gesundheit als Begriff nicht nur wissenschaftlich zu erfassen ist – etwa mithilfe der Medizin, der **Soziologie**, der Psychologie oder der Gesundheitswissenschaften –, sondern auch individuell und konkret. Wesentlich in der Gesundheitsförderung ist daher die Frage: **Was denken und fühlen Laien – und somit einzelne Menschen – in Bezug auf Gesundheit?**

Das Individuum und sein Erleben (und damit auch seine Gefühlswelt) stehen in ständiger Wechselwirkung mit der Umgebung und der Umwelt. Deshalb wird auch darüber nachgedacht, welche Wechselwirkungen es gibt und welche Folgen sie für die Gesundheit haben: Umweltverschmutzung, Arbeitssituation, Wohnsituation, Stadtplanung, Schule, Ausbildung, Kriminalität, Kriege, **Diskriminierung**, wirtschaftliche Lage bis hin zur Religion (zu den mannigfaltigen Einflussfaktoren vgl. u.a. Becker 1995, S. 230 ff.). Die Fragen, die rund um den Begriff Gesundheit aufkommen, sind daher auch soziologischer, philosophischer und psychologischer Natur und können z. B. auch für die Politik von Bedeutung sein.

Soziologie

die Wissenschaft von den Zusammenhängen in gegenwärtigen und vergangenen Gesellschaften

Diskriminierung

hier: jemanden (durch unterschiedliche Behandlung) benachteiligen