

Wolfgang Dür Rosemarie Felder-Puig
Herausgeber

Lehrbuch Schulische Gesundheits- förderung



Dür / Felder-Puig (Hrsg.)
Lehrbuch Schulische Gesundheitsförderung

Verlag Hans Huber
Programmbereich Gesundheit

Wissenschaftlicher Beirat:

Felix Gutzwiller, Zürich

Manfred Haubrock, Osnabrück

Klaus Hurrelmann, Berlin

Petra Kolip, Bielefeld

Doris Schaeffer, Bielefeld



Bücher aus verwandten Sachgebieten

Schule

Alsaker

Qualgeister und ihre Opfer

Mobbing unter Kindern – und wie man damit umgeht

2003. ISBN 978-3-456-83920-2

Baumann / Alber

Schulschwierigkeiten: Störungsgerechte Abklärung in der pädiatrischen Praxis

2011. ISBN 978-3-456-84871-6

Fuhrer

Lehrbuch Erziehungspsychologie

2. Aufl. 2009. ISBN 978-3-456-84360-5

Stamm

Die Psychologie des Schuleschwänzens

2008. ISBN 978-3-456-84609-5

Keller

Ich will nicht lernen!

Motivationsförderung in Elternhaus und Schule

3. Aufl. 2008. ISBN 978-3-456-84511-1

Keller

Vulkangebiet Schule

Konfliktdiagnose, Konfliktlösung, Konfliktprävention

2010. ISBN 978-3-456-84795-5

Kohnstamm

Praktische Psychologie des Schulkindes

3. Aufl. 1996. ISBN 978-3-456-82826-8

Löhle

Wie Kinder ticken

Vom Verstehen zum Erziehen

2007. ISBN 978-3-456-84496-1

Olweus

Gewalt in der Schule

4. Aufl. 2006. ISBN 978-3-456-84390-2

Gesundheitsförderung

Dür

Gesundheitsförderung in der Schule

Empowerment als systemtheoretisches Konzept und seine empirische Umsetzung

2008. ISBN 978-3-456-84569-2

Faller (Hrsg.)

Lehrbuch

Betriebliche Gesundheitsförderung

2010. ISBN 978-3-456-84799-3

Franke / Witte

Das HEDE-Training®

Manual zur Gesundheitsförderung auf Basis der Salutogenese

2009. ISBN 978-3-456-84774-0

Franke

Modelle von Gesundheit und Krankheit

2. Aufl. 2010. ISBN 978-3-456-84830-3

Hoffmann / Müller (Hrsg.)

Gesundheitsmarketing: Gesundheitspsychologie und Prävention

2010. ISBN 978-3-456-84801-3

Hurrelmann / Klotz / Haisch (Hrsg.)

Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung

3. Aufl. 2010. ISBN 978-3-456-84866-2

Kolip / Müller (Hrsg.)

Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention

2009. ISBN 978-3-456-84766-5

Schneider

Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz

Nebenwirkung Gesundheit

2011. ISBN 978-3-456-84892-1

Wright (Hrsg.)

Partizipative Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention

2010. ISBN 978-3-456-84867-9

Weitere Informationen über unsere Neuerscheinungen finden Sie im Internet unter www.verlag-hanshuber.com.

Wolfgang Dür
Rosemarie Felder-Puig
(Herausgeber)

Lehrbuch Schulische Gesundheitsförderung

Verlag Hans Huber

Lektorat: Dr. Klaus Reinhardt
Herstellung: Peter E. Wüthrich
Umschlag: Claude Borer, Basel
Druckvorstufe: Wolfgang Palka, Wien
Druck und buchbinderische Verarbeitung: AZ Druck und Datentechnik, Kempten
Printed in Germany

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.



Dieses Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen sowie die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen oder Warenbezeichnungen in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen-Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürfen.

Anregungen und Zuschriften bitte an:

Verlag Hans Huber
Lektorat Medizin/Gesundheit
Länggass-Strasse 76
CH-3000 Bern 9
Tel: 0041 (0)31 300 4500
Fax: 0041 (0)31 300 4593
verlag@hanshuber.com
www.verlag-hanshuber.com

1. Auflage 2011

© 2011 by Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern

ISBN 978-3-456-84955-3

Inhaltsverzeichnis

Vorwort 8

Teil 1: Theorie der Gesundheitsförderung

1 Was ist Gesundheit? 12
Wolfgang Dür

2 Die Gesundheitsgesellschaft 21
Peter Nowak

3 Die Ottawa Charta für Gesundheitsförderung 27
Ursel Brösskamp-Stone, Christina Dietscher

4 „Health in All Policies“ –
das Konzept der Gesundheitsförderung in allen Politikfeldern 32
Horst Noack

5 Gesundheitsförderung und internationale Organisationen 38
Vivian Barnekow (ins Deutsche übersetzt von Christina Dietscher)

6 Verantwortung für Gesundheit und Gesundheitsförderung 45
Bettina Schmidt

Teil 2: Settingentwicklung in der Gesundheitsförderung

7 Gesundheit gemeinsam fördern –
Konzepte und Strategien der Gesundheitsförderung 52
Thomas Altgeld

8 Zur Entwicklung eines gesundheitsfördernden Settings 63
Jürgen M. Pelikan

Teil 3: Gesundheit und Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen

9 Lebensbedingungen von Kindern und Jugendlichen
in einer individualisierten Gesellschaft 74
Max Preglau

10	Gesundheitszustand und mögliche Einschränkungen der Leistungsfähigkeit von Kindern bei Schuleintritt	81
	<i>Heinz Kromholz</i>	
11	Subjektive Gesundheit von Schülerinnen und Schülern	88
	<i>Michael Erhart</i>	
12	Gesundheitsverhalten von Schülerinnen und Schülern	94
	<i>Holger Schmid</i>	
13	Risikoverhalten von Schülerinnen und Schülern	101
	<i>Carolin Becklas, Andreas Klocke</i>	
14	Gesundheitliche Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen	107
	<i>Matthias Richter, Sabine Ackermann Rau</i>	
15	Geschlechterunterschiede	116
	<i>Petra Kolip, Kerstin Hoffarth</i>	
16	Die Schule als Gesundheitsdeterminante	121
	<i>Ludwig Bilz, Wolfgang Melzer</i>	

Teil 4: LehrerInnengesundheit und berufliche Belastungen

17	Gesundheitszustand österreichischer Lehrerinnen und Lehrer	130
	<i>Robert Griebler</i>	
18	Burnout im Lehrberuf: Entstehung – Ursachen – Prävention	139
	<i>Doris Kunz Heim</i>	
19	Die Förderung der psychischen Gesundheit von Lehrerinnen und Lehrern – eine dringliche Aufgabe	151
	<i>Uwe Schaarschmidt</i>	

Teil 5: Die gesundheitsfördernde Schule

20	Gesundheitsmanagement in der guten gesunden Schule: Handlungsfelder, Prinzipien und Rolle der Schulleitung	164
	<i>Kevin Dadaczynski, Peter Paulus</i>	
21	Die Form der Erziehung: Lernen für Gesundheit und Bewegung	179
	<i>Konrad Kleiner</i>	
22	Die Erziehung der Form: Bewegung und Ernährung	188
	<i>Konrad Kleiner</i>	
23	Psychosoziale Gesundheit	199
	<i>Edith Flaschberger</i>	
24	Suchtprävention	206
	<i>Christoph Lagemann, Ingrid Rabeder-Fink</i>	
25	Materielle Umwelt und Sicherheit	215
	<i>Gerd Oberfeld</i>	

26	Schulärztliche Früherkennungsuntersuchungen	221
	<i>Angela Kaminski, Gerald Gartlehner</i>	
27	Die Rolle der Schulpsychologie-Bildungsberatung	226
	<i>Franz Sedlak</i>	

Teil 6: Das Management von Gesundheitsförderung in Schulen

28	Projektmanagement.	238
	<i>Eva Mitterbauer</i>	
29	Möglichkeiten und Grenzen des Netzwerkens in der Gesundheitsförderung	245
	<i>Christina Dietscher</i>	
30	Qualitätsmanagement	252
	<i>Markus Hojni</i>	
31	Implementierung von Gesundheitsförderung in Schulen: Organisations- oder Systementwicklung?	257
	<i>Lisa Gugglberger, Waldemar Kremser</i>	

Teil 7: Evaluation der gesundheitsfördernden Schule

32	Grundlagen der Evaluation	268
	<i>Martina Nitsch, Karin Waldherr</i>	
33	Wirkungsorientierte Gesundheitsförderung in der Schule	277
	<i>Günter Ackermann, Cornelia Conrad Zschaber</i>	
34	Ist schulische Gesundheitsförderung bzw. die Gesundheitsfördernde Schule „wirksam“?	291
	<i>Rosemarie Felder-Puig</i>	

Teil 8: Gesundheitskommunikation für Jugendliche

35	Was bedeutet für Jugendliche der Begriff Gesundheit und wie kann man sie zu einem gesunden Lebensstil verführen?	300
	<i>Bernhard Heinzlmaier</i>	

	Verzeichnis der Autorinnen und Autoren.	306
	Stichwortverzeichnis	309

Vorwort

Ein Unglück kommt selten allein. Davon könnten Schulchöre in ganz Europa im Namen ihrer Schulen ein Lied singen. Gründe dafür hätten sie genug, es wäre ein langer, trauriger Gesang: die PISA-Studien belegen den Schulen, gerade auch in den deutschsprachigen Ländern, seit zehn Jahren mangelnde Effektivität. Große Gruppen von Kindern können aus den schulischen Angeboten nicht den erhofften Nutzen ziehen, ein gutes Fünftel, konservativ geschätzt, gar keinen – und das sind bei Weitem nicht nur Migrantenkinder. Die OECD stößt mit Zweifeln an der Effizienz der Systeme nach, mit Kritik an der Kosten-Nutzen-Relation und an mangelnder Chancengleichheit. Die HBSC-Studien (siehe Kap. 12 bis 16 in diesem Buch) belegen für alle EU-Staaten nicht nur den durchaus problematischen Gesundheitsstatus der Schuljugend, was mit Bewegungsmangel, falscher Ernährung, Rauchen, Alkohol- und Drogenkonsum einhergeht, sondern zeigt auch noch eindrücklich, wie sehr dies mit den Bedingungen in der Schule zusammenhängt.

Deutschsprachige Studien belegen die hohen Burnout-Raten bei Lehrer/innen (Kap. 17 bis 19), andere deren schlechtes Image in der Steuer zahlenden Bevölkerung, die nur Politikern und Bankern noch weniger vertraut. Einzelne Schulen quittieren den Dienst (wie z. B. die Berliner Rütli-Schule im Jahr 2006), viele ältere Lehrer und Lehrerinnen haben das insgeheim schon lange getan; und die zuständigen Minister und Ministerinnen für Erziehung, Bildung und Gesundheit sind in teils ideolo-

gische, teils föderalistische Grabenkämpfe verstrickt.

Ohne die Schulsysteme Deutschlands, Österreichs und der Schweiz in einen Topf werfen zu wollen, kann man doch für alle pauschalierend sagen, dass die Systeme und dass vor allem die Schulen gewaltige Probleme haben. Diese, gewachsen über viele Jahrzehnte des *muddling through* bei mangelnder politischer Führung, können heute wahrscheinlich nicht mehr mit einem Handstreich gelöst werden. Benötigt werden nicht nur alltagsfähige Lösungen, sondern eine erfolversprechende Umsetzungsstrategie, die festlegt, wie man vom Status quo in schnellen oder langsamen Schritten zu einem dann hoffentlich konsensuellen neuen Bild von Schule, Unterricht und Erziehung kommen will, ohne für eine ganze Reihe von Jahrgängen das Schulsystem wegen Umbaus geschlossen halten zu müssen. Die wirklichen Schwierigkeiten liegen insofern weniger in den Inhalten der „neuen Schule“ als vielmehr in den möglichen Wegen dorthin.

Welcher Weg auch immer gewählt werden wird, in der wissenschaftlichen Welt herrscht Konsens darüber, dass dieser nur dann zum Ziel führen wird, wenn er mehr als nur eine Legislaturperiode Zeit bekommt, und Interventionen auf mehreren Ebenen gleichzeitig kombinieren kann: Maßnahmen zur Verbesserung der systemischen Rahmenbedingungen, der internen organisationalen Bedingungen der Schule, der Qualität des Unterrichts und, last but not least, der Gesundheit und Leistungsfähigkeit von Lehrer/innen und Schüler/

innen. Ohne größere oder kleinere politische Entscheidungen zum Rechtsstatus der Schule, zum Dienstrecht der LehrerInnen und zur Finanzierung des Bildungssystems, inklusive seiner infrastrukturellen Voraussetzungen, ist nicht zu erwarten, dass die notwendigen Veränderungen der Organisation Schule stattfinden und durchgreifen werden, die die Schule von einem allenfalls netten Wissenströdelmarkt zu einer spannenden, für die individuelle ebenso wie für die gesamtgesellschaftliche Entwicklung bedeutsamen Lern- und Experimentierfeld umgestalten. Ohne solche Umgestaltungen wiederum ist nicht zu erwarten, dass neue Didaktiken, Lehr- und Lernformen, die längst verfügbar und erprobt sind, Platz greifen werden, und ohne diese anregenden, Stress reduzierenden und Lebensfreude induzierenden Arbeitsweisen wird sich am gesundheitlichen Gesamtbild, das eingangs skizziert wurde, ebenfalls nicht viel ändern.

So weit, so hoffnungslos. Und nun zur Gesundheitsförderung. Welchen Beitrag kann die schulische Gesundheitsförderung in dieser Situation leisten? Die schulische Gesundheitsförderung basiert auf den Prinzipien und Konzepten der Ottawa Charta der Weltgesundheitsorganisation, die als großes Plädoyer für die Rückkehr des Menschen in die Beherrschung der sozialen Systeme gelesen werden kann, von deren durchtechnisierter, durchorganisierte, digitalisierter, globalisierter, fremdbestimmter und undurchschaubarer Verwaltung sie gestresst, gekränkt und beängstigt werden.

Die Kernidee der Gesundheitsförderung ist recht einfach und überzeugend: da soziale Systeme (im Wesentlichen denken wir dabei an alle Arten von Organisationen) nicht ohne Beteiligung von Menschen operieren können, müssen sie sich an diese für sie höchst relevante Umwelt anpassen. Um das in geeigneter Weise tun zu können, müssen sie, die Organisationen, lernen, ihre eigenen Prozesse und Strukturen – statt immer nur aus der Perspektive des Managements, ihrer fundamentalen Funktionsbestimmung und der betriebswirt-

schaftlichen, qualitätsorientierten Kennzahlen – aus der Perspektive der Individuen zu sehen, die ja das kognitive, emotionale, sensorische, energetische und ergonomische Fundament aller organisationalen Prozesse bereit stellen müssen. Alle Strategien, Konzepte und Methoden der Gesundheitsförderung dienen letztlich dieser notwendigen Abstimmung, wobei das Ziel nicht darin besteht, die Herstellung von Gesundheit in der Organisation als neuen Haupt- oder wenigstens Nebenzweck zu etablieren, sondern darin, die organisationseigenen Prozesse und Strukturen im Sinne der für Betriebe, für Schulen, für Krankenhäuser, für Restaurants etc. jeweils zutreffenden Basisfunktion zu optimieren. Der Zweck der Schule bleibt Erziehung und Wissensvermittlung, es wird aber behauptet, dass sie nur mit gesunden LehrerInnen und gesunden, wohlbefindlichen SchülerInnen funktionieren kann. Gesundheit ist hier nicht nur eine notwendige Ressource, sondern hat darüber hinaus auch diagnostische Bedeutung für die Identifikation von organisationalen Schwachstellen. Im übrigen gilt natürlich für Schulen wie für alle anderen Organisationen, dass es sich die Gesellschaft insgesamt nicht leisten kann, in allen Bereichen der Produktion und Reproduktion die Gesundheit der Bevölkerung aufs Spiel zu setzen, um sie in der Krankenversorgung kostspielig zu reparieren.

Die Gesundheitsförderung fragt daher zunächst nicht, wie Lehr/Lernprozesse effektiver (im Sinne der PISA-Studien) gemacht, sondern wie Lehr/Lernprozesse für LehrerInnen und SchülerInnen und deren Eltern erträglicher und befriedigender gestaltet werden können. Die Gesundheitsförderung würde davor warnen, die gegebene Situation in Schulen und insbesondere in den Lehrerkollegien durch die unbegleitete Zugabe von Bildungsstandards und anderen Instrumenten des Qualitätsmanagements in einen Druckkochtopf zu verwandeln. Mehr noch, als dies für Großbetriebe gelten mag, gilt für die Schule, dass alle Reformen und Maßnahmen der Organisationsent-

wicklung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung nicht nur begleitet und abgefedert werden, sondern mit Fragen der Gesundheit und des Wohlbefindens grundlegend kompatibel sein sollten. Und nicht nur das: indem Gesundheitsförderung die erwünschten und unerwünschten Effekte der Schule auf die Lehrer und Lehrerinnen ebenso wie auf die Schüler und Schülerinnen zum Ausgangspunkt aller reformatorischen Bemühungen macht, kann sie auch als Wegweiser fungieren, der sicher durch das Dickicht der verschiedenartigen Problemdefinitionen, interessengeleiteten Ansprüche und Lösungsvorschläge führt.

In der schulischen Gesundheitsförderung ist dieses Denken gut etabliert und im Basiskonzept ebenso wie in den Umsetzungskonzepten des „whole school approach“ oder der „Guten, gesunden Schule“ in anschaulicher Weise ausgearbeitet. Dieses Buch versucht, in die Wissenschaft und Kunst der Gesundheitsförderung einzuführen. In die Kunst? Ja, denn wie bei allen wirklich schwierigen, nicht-trivialen Unternehmungen, die man im Leben vor hat, benötigen auch Gesundheitsförderer und Gesundheitsförderinnen neben guten, klaren Konzepten, wissenschaftlichen Erkenntnissen und gutem Management auch ein gerüttelt Maß an Kreativität, Gestaltungswillen und Überzeugungskraft. Das Buch verzichtet daher auf die Wiedergabe von einfachen Handlungsanleitungen, da dies häufig zu einem mechanistischen Missverständnis Anlass gibt. Mit „Man nehme“-Anweisungen verklausulieren gute Köche in ihren Bestsellern elegant, wie sie es wirklich machen.

Eine Vielzahl von Autorinnen und Autoren aus Deutschland, der Schweiz und Österreich haben zum Zustandekommen dieses Buchs beigetragen. Ihnen sei an dieser Stelle ein herzliches Dankeschön ausgesprochen. Kapitel 1 bis 8 beschäftigen sich mit grundlegenden Konzepten und Aktivitäten der Gesundheitsförderung. In Kapitel 9 bis 16 geht es um die Gesundheit, das Gesundheitsverhalten und die Gesundheitsdeterminanten von Kin-

dern und Jugendlichen, während die Kapitel 17 bis 19 die Gesundheit und die besonderen beruflichen Belastungen der Lehrer und Lehrerinnen in den Blick nehmen. Kapitel 20 bis 31 befassen sich mit der Gesundheitsförderung der Schule bzw. verschiedenen Aspekten davon. Die Wirksamkeit und Nützlichkeit dieses Konzepts wird schließlich in den Kapiteln 32 bis 34 thematisiert. Das Buch schließt mit einer Darstellung darüber, wie Jugendlichen das Thema „Gesundheit“ schmackhaft gemacht werden könnte (Kap. 35).

Was die Wissenschaft betrifft, so kann das Buch natürlich nur einen Zwischenstand wiedergeben. Die Dinge sind, Gott sei Dank, in Fluss und in Entwicklung. Viele Fragen sind nach wie vor offen und bedürfen weiterer Forschung. Die ist allerdings nur in vivo möglich, denn nur durch Beobachtung und Analyse realer Projekte und Umsetzungen in Schulen kann unser Wissen über die Möglichkeiten, schulische Reformen durch und in Begleitung von Gesundheitsförderung voranzutreiben, verbessert werden.

Wolfgang Dür
Rosemarie Felder-Puig

September 2010

1 Theorie der Gesundheitsförderung

1 Was ist Gesundheit?

Wolfgang Dür

1.1 Subjektive Gesundheit

Jeder war schon einmal krank und womöglich bettlägerig oder anderweitig eingeschränkt und hat sich gewünscht, es möge aufhören weh zu tun, das Fieber möge sinken, die Wunde heilen, um wieder in den gewohnten Alltag zurückkehren zu können. Und jeder, der diesen gewohnten Alltag schon einmal herbeigesehnt hat, hat unter diesem auch schon einmal gelitten und sich gewünscht, er möge ein anderer sein, gewisse Dinge sollten sich ändern, bestimmte Schwierigkeiten sollten ein für alle Mal aufhören, Stress sollte weniger, Freude und Erfolg sollten mehr darin vorkommen. Und – hoffentlich! – jeder hat auch schon einmal eine Situation erlebt, da er dachte: besser geht's nicht, so, wie es gerade läuft, sollte es immer laufen. Ja, und manchmal erlebt man sogar Dinge, die nur mit Dichterworten beschreibbar sind, weil so schön!

Wir lernen sehr früh in unserer Kindheit, solche Gefühlszustände zu unterscheiden und mit Begriffen wie Gesundheit, Krankheit, Wohlbefinden, Stress, Angst, Freude oder Glück zu verbinden. Und von Beginn an sind in diesen Begriffen physische, psychische und soziale Qualitäten (Tatbestände) miteinander unauflöslich verquickt, denn im subjektiven Erleben fließen diese Eindrücke zu einer komplexen Gemengelage zusammen. Entsprechend können sie in Selbstbeschreibungen auch prägnant gefasst werden: „Mir geht's“, können wir nor-

malerweise sagen, „fantastisch, gut, ganz gut, nicht so gut, mal so, mal so, mies, schlecht...“ oder so ähnlich. Da die Unterscheidung solcher gesundheitsbezogenen Wahrnehmungen und Empfindungen sprachgebunden ist und erlernt werden muss, sind die auf Gesundheit und Krankheit bezogenen Selbstbeschreibungen kulturell bzw. subkulturell, ja, in Facetten sogar familiär geprägt, sie sind aber dennoch immer subjektiv, da jeder seine eigene Gesundheit hat und daher quasi als Experte für seine Gesundheit anzusehen ist.

1.2 Gesundheit in Wissenschaft und Politik

Diese sogenannte „subjektive Gesundheit“ ist der Kern des Phänomens Gesundheit, sie ist aber grundsätzlich von einer wissenschaftlichen Beschreibung des Phänomens zu unterscheiden, ohne dass die eine Beschreibung richtiger oder wahrer wäre als die andere. Tatsächlich legen Untersuchungen nahe, dass die Überschneidung zwischen dem subjektiven Empfinden hinsichtlich Gesund- oder Kranksein mit den medizinischen Befunden nur in 60% der Fälle übereinstimmen (in Tab. 1-1 die Fälle A und D). Bei den übrigen 40% liegt offenbar eine Diskrepanz vor, die teilweise in Kommunikationsschwierigkeiten zwischen Arzt und Patient, häufig aber schlicht im Unterschied zwischen subjektiver und wissen-

Tab. 1-1: Vereinfachte Kategorisierung der Beziehung zwischen medizinischem Befund und subjektivem Erleben von Gesund- oder Kranksein (modifiziert nach Naidoo & Wills, 2003)

subjektive Gesundheit	medizinischer Befund	
	gesund	krank
gut	A	B
schlecht	C	D

schaftlicher Sichtweise begründet liegen. So kann sich jemand noch perfekt gesund fühlen, während der Arzt im Rahmen einer Gesundheitsuntersuchung einen problematischen Blutbefund entdeckt. Umgekehrt kommt es auch häufig vor, dass sich jemand schlecht fühlt und Schmerzen hat, während die Ärzte nichts erkennen können.

Die wissenschaftliche Beschreibung hat keinen direkten Zugang zu den Empfindungen des Individuums. Sie stützt sich daher mit je ihren Mitteln auf Indikatoren, von denen sie auf die vielfältigen Aspekte der Gesundheit eines Individuums schließen kann. Mit je ihren Mitteln heißt, dass die medizinisch-naturwissenschaftlichen, die humanwissenschaftlichen und die sozialwissenschaftlichen Beschreibungen jeweils eigene Konstruktionen dessen liefern, was als Gesundheit oder Krankheit gesehen werden kann. Im Laufe der wissenschaftlichen Entwicklung der vergangenen 200 Jahre sind diese Perspektiven immer weiter auseinander getreten, wobei sich, vor allem unter dem Eindruck der medizinischen Erfolge bei der Bekämpfung der Infektionskrankheiten, eine gewisse Dominanz der biomedizinischen Definitionen herausgebildet hatte.

Das biomedizinische Modell reduziert die Komplexität des subjektiven Gesundheitsempfindens auf dessen physische Dimension und beschreibt den Organismus nach funktionalen Gesichtspunkten. Das bringt den unschätzbaren Vorteil mit sich, dass man nicht den ganzen Menschen in seiner unüberschaubaren Vielschichtigkeit, sondern nur die erkrankten Körperteile behandeln muss, und dass die Behandlung gezielt auf die Wiederherstellung

oder Kompensation der gestörten Funktion gerichtet und alles andere unbeachtet bleiben kann. Genau darin liegt auch der Erfolg der modernen Medizin westlicher Prägung begründet, dass sie sich unter weitgehender Ausblendung des „ganzen Körpers“ sowie der psychischen und sozialen Faktoren auf die jeweils interessierenden somatischen Teilaspekte konzentriert, Lösungen erarbeitet und damit ärztliche Handlungsfähigkeit herstellt. Paradoerweise wurde aber genau dieses Erfolgsrezept, die Nicht-Beachtung des „Ganzen“ des Menschen, von Patientenseite an der Medizin zunehmend kritisiert. Man wollte nicht mehr als „die Lungenentzündung auf Zimmer 22“ gesehen werden, sondern als Herr und Frau Sowieso, liebenswerte Menschen und angesehene Bürger.

In der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts hat schließlich ein umfassendes Umdenken stattgefunden, dem die WHO mit ihrem wegweisenden Gründungsdokument vom 22.7.1946 den nachhaltigsten Ausdruck verliehen hat. Darin wird in der weithin bekannten Definition apodiktisch formuliert, dass Gesundheit „ein Zustand des vollständigen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheiten oder Behinderung“ sei. Diese Definition, die unter dem Eindruck des 2. Weltkriegs formuliert wurde, war einerseits visionär und ihrer Zeit weit voraus, andererseits zu radikal an einem Ideal orientiert, das weder die Realität adäquat zu erfassen noch individuelles oder politisches Handeln anzuleiten vermag. Sie blieb daher politisch selbst innerhalb der WHO lange Zeit ohne Einfluss und dies noch

weniger in den Konzepten der jeweils nationalen Gesundheitspolitiken, die diese Erklärung unterzeichnet hatten. In der Sorge um die Gesundheit der Bevölkerung setzte Gesundheitspolitik nach wie vor auf Immunisierungen und medizinische Behandlung (Kuration), obwohl zunehmend sichtbar wurde, dass diese gegenüber den sogenannten Zivilisationskrankheiten (Krebs, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Lungenerkrankungen, Bewegungsapparat) nur mäßig erfolgreich ist.

Sozialepidemiologische Forschung konnte indessen zeigen, dass das Risiko des Auftretens dieser Krankheiten mit bestimmten individuellen Verhaltensweisen eng zusammenhängt. Die klassischen verhaltens- bzw. lebensstilbezogenen Risikofaktoren sind Rauchen, Alkohol- und Drogenkonsum, Fehlernährung und Bewegungsmangel, allesamt Verhaltensweisen, die sich, jedenfalls prima facie, ausschließlich in der Kontrolle des Individuums befinden. Je mehr sich diese Erkenntnisse durchsetzten, desto stärker trat auch die individuelle Verantwortung für die eigene Gesundheit ins öffentliche Bewusstsein. Krankheit erschien dadurch immer mehr als mittelbare Folge eines Fehlverhaltens, was für die tatsächlich Erkrankten eine zusätzliche Belastung darstellt.¹

Umgekehrt ist mit der Individualisierung des Gesundheitszustands als Ergebnis von individuell kontrollierbarem Handeln auch die Allmachtsphantasie verbunden, ewige Jugend, wenn nicht Unsterblichkeit² durch Verbesserung der Ernährungs- und Fitness-Gewohnheiten erreichen zu können. Gesunde, schlanke, fitte und schöne Körper sind daher längst zu einem für viele unerreichbaren Ideal geworden, über dessen Nichterreichen andere Dimensionen der Lebensqualität in den Hintergrund geraten.

¹ Susan Sontag hat in der Auseinandersetzung mit ihrer eigenen Krebserkrankung darauf hingewiesen, welchen Schaden die von ihr so genannte Metaphorisierung der Krankheit als Strafe anrichtet (Sontag, 1989).

² Scherzhaft bei Woody Allen: „I do not seek immortality through my work, but through not dying“.

Die kühne WHO-Definition beflügelte aber auch Zeitgeistströmungen in den human- und sozialwissenschaftlich orientierten Gesundheitswissenschaften, die sich der Erforschung der komplexen Zusammenhänge von körperlichen, psychischen und sozialen bzw. gesellschaftlichen Prozessen widmeten. Die Ergebnisse dieser Forschung führten in den 1970er Jahren zur Entwicklung eines biopsychosozialen (Engel, 1977; Siegrist, 2005; Hurrelmann, 2006) und sozial-ökologischen Verständnisses von Gesundheit (Bronfenbrenner, 1981), die der tatsächlichen Komplexität der Entstehung von Gesundheit oder Krankheit gerecht zu werden suchten. Die zunehmende Einsicht in die enge Verschränkung von körperlichen, psychischen und sozialen Prozessen, vor allem auch in die überragende Bedeutung sozialer und gesellschaftlicher Rahmenbedingungen für die Gesundheit der Bevölkerung³ (z. B. McKeown, 1975; Naidoo & Wills, 2003, Holt-Lunstad et al.; 2010) veranlasste die WHO zu einer Modifikation ihrer Gesundheitsdefinition: „Gesundheit ist das Ausmaß, in dem Einzelne oder Gruppen in der Lage sind, einerseits ihre Wünsche und Hoffnungen zu verwirklichen und ihre Bedürfnisse zu befriedigen, andererseits aber auch ihre Umwelt meistern oder verändern können. In diesem Sinne ist Gesundheit als ein wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens zu verstehen und nicht als vorrangiges Lebensziel. Gesundheit ist ein positives Konzept, das die Bedeutung sozialer und individueller Ressourcen der Menschen

³ McKeown, ein schottischer Epidemiologe, konnte empirisch belegen, dass die der Medizin zugeschriebenen Erfolge im Kampf gegen die Infektionskrankheiten eigentlich den wirtschaftlichen, sozialen und politischen Veränderungen des 19. und beginnenden 20. Jahrhunderts zuzuschreiben waren. Kunstdünger, Kanalisationen in den Städten, Zufuhr von sauberem Wasser, Gasheizungen, die Einführung der Sozialversicherung und vieles mehr hatten die Mortalitätsraten schon weit nach unten gedrückt, bevor die Erreger der TBC, Masern, Keuchhusten etc. entdeckt und Medikamente entwickelt waren (McKeown, 1975).

ebenso betont wie deren körperliche Leistungsfähigkeit“ (WHO, 1984).

Diese neue Sichtweise lenkte den Blick auf die politischen Möglichkeiten, Einzelne oder Gruppen in die Lage zu versetzen, im Sinne der Erhaltung und Steigerung ihrer Gesundheit zu handeln. In der Erklärung von Alma Ata forderte die WHO 1978 folgerichtig ein grundlegendes Umdenken in der Gesundheitspolitik. Kernaussage dieser Deklaration ist, dass die Regierungen für die Erhaltung, Verbesserung oder Wiederherstellung der Gesundheit nicht allein auf die Wirkungen der medizinischen Versorgung der Bevölkerung vertrauen dürfen. Diese gilt es freilich im Sinne egalitärer Zugänge und hoher Qualität zu verbessern, doch da die Gesundheit insgesamt als Produkt der komplexen Lebensumstände begriffen werden muss, in denen sich die Menschen bewegen, ist politisches Handeln darüber hinaus in allen möglichen gesellschaftlichen Sektoren notwendig. Sozialpolitik, Arbeitspolitik, Familienpolitik, Frauenpolitik, Bildungspolitik, Verkehrspolitik, Umweltpolitik, Finanzpolitik – in all diesen Bereichen fallen Entscheidungen und werden Rahmenbedingungen geschaffen, die für die Gesundheit der Menschen günstige oder ungünstige Konsequenzen haben können.

Für die Umsetzung einer solchen Politik wurden in der so genannten Ottawa Charta der WHO von 1986 im Konzept der Gesundheitsförderung bis heute wegweisende Handlungsfelder und Methoden formuliert. Das Konzept wurde schließlich in seinen Grundzügen durch die finnische EU-Präsidentschaft von 2006 und durch die Strategie „Health in All Policies“ (Stahl, 2006) auch in die Europäische Politik eingeführt.

1.3 Modelle der Gesundheit

Diese Vorbemerkungen dürften schon klar gemacht haben, dass die Wissenschaft mit unterschiedlichen Modellen von Gesundheit operiert, die sich allerdings sinnvoll ergänzen. Insofern es Ziel der wissenschaftlichen Modellbildung ist, beobachtete Phänomene zu erklären, um Interventionsmöglichkeiten zu identifizieren, können die Modelle⁴ danach unterschieden werden, welche primären Kausalfaktoren für die Entstehung von Krankheit oder Gesundheit in den Fokus genommen werden. Die für Gesundheitsförderung hauptsächlich relevanten Modelle sind in der Folge dargestellt.

Das biomedizinische Modell

Das biomedizinische Modell beschreibt die physiologischen Prozesse und Strukturen und fokussiert auf die pathologischen Abweichungen, sprich: Krankheiten, deren Beschreibung im *International Code of Diseases X* international vereinheitlicht und standardisiert ist. Die Ursache für Krankheiten liegen entweder in äußeren Noxen (Bakterien, Viren, chemische Stoffe, Staub, Lärm etc.), die in den Körper eindringen, oder in der genetischen Disposition des Körpers. Beides führt zu einer Schädigung von Zellen oder Gewebe oder zu einer Dysregulation von mechanischen oder biochemischen Prozessen. Das Modell ist, wie erwähnt, extrem reduktionistisch, da es die psychophysische Komplexität des Menschen zunächst auf seine physische Existenz und weiters den Körper auf jeweils kleinste Detailfragen reduziert, die dadurch erst beforscht und behandelbar werden, und weil es davon ausgeht, dass es für eine Krankheit immer nur eine Ursache gibt. Seine zentralen Defizite sind daher die Ausgrenzung der sozialen und materiellen Umwelt des Individuums, seiner Emotionalität und psychischen Wirklichkeit

⁴ Einen guten Überblick bieten Hurrelmann (2006) oder Franke (2010).

sowie die Individualisierung von Gesundheit und Krankheit, was keine Aussagen über Gruppen oder Bevölkerungen zulässt. Für die sog. Zivilisationskrankheiten, aber auch die chronischen Erkrankungen ist es deshalb wenig nützlich. Dennoch wird dieses Modell benötigt, um, beispielsweise, die schädliche Wirkung von Nikotin und Rauchinhaltsstoffen im Körper untersuchen und verstehen zu können.

Das Risikofaktorenmodell

Dieses Modell berücksichtigt, dass mehr als eine Ursache zu einer Krankheit führen kann und dass mehrere Risikofaktoren dabei eine Rolle spielen können. Es wurde im Rahmen epidemiologischer Untersuchungen, die sich mit der Verteilung von Morbidität und Mortalität in der Bevölkerung befassen, entwickelt und hat seinen Aufschwung vor allem seit der Zunahme von Herz-Kreislauf- und Krebserkrankungen. Das Risikofaktorenmodell ist ein pathogenetisches Modell, da es die Entstehung von Krankheiten erklären will, nicht die Entstehung von Gesundheit. Als Risikofaktoren für bestimmte Störungen bzw. Erkrankungen gelten Übergewicht, Zigarettenrauchen, Bewegungsmangel, Alkoholmissbrauch, Bluthochdruck, chronischer Stress, Schadstoffe in der Umwelt, häufiger Zuckerkonsum, u. a. m. Das Risikofaktorenmodell ist im Wesentlichen am individuellen Verhalten (Handeln, Verhaltensweisen, Lebensweisen, Lebensstil) orientiert und in zweifacher Hinsicht reduktionistisch: einmal dadurch, dass es die individuellen Lebensstile losgelöst von den psychischen Dispositionen des Individuums (z. B. Kompetenzen, Bewältigungsstrategien) betrachtet, zum andern dadurch, dass es die Bedingtheit des individuellen Verhaltens durch die sozialen, wirtschaftlichen oder politischen Umstände nicht erklären kann. Es kann diese aber mit in den Blick nehmen und sozialepidemiologisch beschreiben. So verdanken sich unsere Erkenntnisse zum Zusammenhang von Mortalität und Morbidität (die Wahrscheinlichkeit zu erkranken oder zu sterben) mit der sozioöko-

nomischen Schichtung der Gesellschaft dieser Forschungsrichtung (vgl. z. B. Wilkinson & Pickett, 2010). Auch die gesundheitsförderliche oder -schädigende Wirkung von engeren sozialen Beziehungen in Familie oder Peergruppe kann durch das Risikofaktorenmodell gezeigt werden.

Das salutogenetische Modell

Im Gegensatz zum biomedizinischen und zum Risikofaktorenmodell fragt der salutogenetische Ansatz danach, warum Menschen gesund bleiben, bzw. wie sie ihre Gesundheit wiederherstellen und steigern können. Das Konzept geht auf den israelischen Medizinsoziologen Antonovsky (1997) zurück, der – u. a. an Überlebenden von Konzentrationslagern – untersuchte, wie Menschen trotz widriger Umstände überleben und es schaffen, gesund zu bleiben und ein normales Leben weiterzuführen. Dabei entdeckte er, analog zu den pathogenen, die salutogenen, Gesundheit erzeugenden Prozesse, die letztlich in der Balance von Risiko- und Schutzfaktoren innerhalb und außerhalb der Person bestehen. Zentraler, diese Balance herstellender Faktor ist das „Kohärenzgefühl“. Es besagt, dass eine Person die Herausforderungen des Lebens meistern kann, wenn drei Komponenten gegeben sind: die Verstehbarkeit der Welt (oder die Fähigkeit, Impulse zu verarbeiten), die Handhabbarkeit der Welt (oder die Überzeugung, dass Probleme lösbar sind) und die Sinnhaftigkeit der Welt (oder das Ausmaß, in dem das eigene Leben mit seinen Eigenarten und das Lösen von Problemen als sinnvoll empfunden werden kann). Das Kohärenzgefühl kann durch das soziale Umfeld eines Menschen gefördert oder geschwächt werden, so dass eine Person ihre Gesundheitspotenziale mehr oder weniger gut oder gar nicht mehr entfalten kann. Vor allem mit der Vorstellung eines Kontinuums zwischen Krankheit und Gesundheit – von sterbenskrank bis zu optimal gesund und glücklich – hat das salutogenetische Modell die Konzeption von Gesundheitsförderung stark beeinflusst, weil es

dazu anregt, über jene Faktoren bei sich und in seinem sozialen Umfeld nachzudenken, die der Gesundheitsentwicklung zuträglich sind. Kritisch ist anzumerken, dass das Modell die Wechselwirkungen zwischen körperlicher und seelischer Gesundheit zu wenig berücksichtigt. Auch wurden Zweifel laut, inwieweit das Kohärenzgefühl tatsächlich eine persönliche Kompetenz darstellt, die entwickelbar ist, oder als Reflex auf eine kohärente bzw. Kohärenz induzierende oder inhibierende Umwelt interpretiert werden muss. Letzteres würde bedeuten, dass Personen in schwierigen, disprivilegierten Lebenssituationen ein geringeres Kohärenzgefühl entfalten können als etwa Angehörige der Mittelschicht. Das Kohärenzgefühl hätte dann weniger eine kausale, sondern vielleicht nur eine medierende Funktion.

Das systemische bzw. systemtheoretische Modell

Diese zuletzt aufgeworfene Frage berührt das soziologische und sozialpsychologische Kernproblem des Verhältnisses von Individuum und Sozialsystem, bzw. von psychischen, somatischen und sozialen Prozessen. Die konsequentesten Positionen hierzu sind von der modernen Systemtheorie entwickelt worden (vgl. Luhmann, 1997). Im systemtheoretischen Denken werden Gesundheit, Gesundheitsstörungen und Krankheiten als Ausdruck gesellschaftlicher Verhältnisse im weitesten Sinn verstanden. Gemeint sind sowohl Makrostrukturen der Gesellschaft, vor allem ihre funktionale Differenzierung in weitgehend autonome Teilbereiche wie Politik, Wirtschaft, Erziehung, Medien etc. und deren Folgen, die sozialen Machtstrukturen, die von Institutionen ausgehen oder innerhalb von Organisationen wirken, und die sozioökonomischen Lebenslagen, als auch die mikrosoziologischen Strukturen in Arbeits-, Freundschafts- und Familienbeziehungen. Zu den Bemühungen der Systemtheorie gehört es, in all diesen sozialen Systemen der Lebens- und Arbeitswelt Faktoren zu identifizieren, die günstige Voraussetzungen für

die Sicherung der Gesundheit schaffen. Von gesellschaftlicher Seite, aber auch insbesondere in Institutionen und Organisationen, sind demnach strukturelle Bedingungen bereit zu stellen, wenn Menschen in die Lage versetzt werden sollen, ihre Gesundheitsbalance herzustellen. Die Systemtheorie geht also ebenso wie die anderen Modelle davon aus, dass die Schnittstelle, an der sich Gesundheit oder Krankheit entscheidet, im Verhalten des Individuums liegt. Dieses wird jedoch als in soziale Systeme eingebettet, um nicht zu sagen: determiniert, gesehen, das heißt: Verhalten wird von den strukturellen Gegebenheiten einer Situation geprägt (vgl. Pelikan & Halbmayr, 1999). Die Gesundheitsförderung hat diese Sichtweise in den Slogan verpackt: „Make the healthy choice the easy choice“ – wenn eine Alternative angeboten werden kann. Unter bestimmten makro-, meso- und mikrosoziologischen Bedingungen jedoch können Verhaltensweisen, die die Gesundheit langfristig zerstören, kurzfristig rational sein. Die psychoaktive Wirkung des Nikotins, die geschmacklichen Empfindungen und das soziale Ritual beim Rauchen, zum Beispiel, können helfen, eine akute Stress- und Überforderungssituation zu bewältigen, die unbewältigt zum Problem werden könnte. In solchen Fällen scheint es nicht um eine Wahl des Individuums zu gehen, sondern um die Veränderung sozialer Verhältnisse. Dieses Denken führt zu der Vorstellung, dass Prävention bzw. Gesundheitsförderung sowohl das Verhalten wie auch die Verhältnisse im Blick haben muss.

Zum Stand der Forschung

Auch in ihrer Kombination ergeben die vorgestellten Modelle noch kein vollständiges Bild der komplexen Zusammenhänge zwischen somatischen, psychischen und sozialen Prozessen und Strukturen. Neuere Entdeckungen der neurobiologischen, molekularbiologischen und epigenetischen Forschung sind im Begriffe, unsere Vorstellungen vom funktionalen Zusammenwirken von sozialen Beziehungen,

Hirnstrukturen und Gesundheit/Krankheit grundlegend zu verändern. „Da alles, was wir geistig tun, seelisch fühlen und in Beziehungen gestalten, seinen Niederschlag in körperlichen Strukturen findet, macht, wie es Thure von Uexküll auszudrücken pflegt, eine Medizin für ‚Körper ohne Seelen‘ ebenso wenig Sinn wie eine Psychologie für ‚Seelen ohne Körper‘“ (Bauer, 2010). Beide, Seele und Körper, entwickeln sich innerhalb von und in Ko-Evolution mit sozialen Kontexten. Leon Eisenberg von der Harvard Medical School spricht daher von der „sozialen Konstruktion des menschlichen Gehirns“.

Es zeigt, wie wichtig es für uns Menschen in modernen, hochentwickelten, hochtechnisierten und durchorganisierten Gesellschaften ist, die Bedeutung unserer sozialen Beziehungen auf neue Weise zu begreifen und zu lernen, wie wir sie in den Familien und Organisationen, in denen wir beinahe die gesamte Lebenszeit verbringen, zum Guten unserer Gesundheit und unseres Wohlbefindens verändern können.

1.4 Faktoren, die die Gesundheit beeinflussen

Indem, wie gezeigt, Gesundheit ein facettenreiches, rhizomatisch⁵ ausgreifendes Phänomen ist, steht es mit vielen verschiedenen Faktoren auf unterschiedlichen Ebenen in mehr oder weniger engem Kontakt und wird von diesen zum Guten oder Schlechten ebenso beeinflusst wie es umgekehrt für diese Bereiche eine wesentliche Voraussetzung des Funktionierens darstellt. Eine Zusammenschau dieser Bereiche haben Dahlgren & Whitehead (1991) mit dem sogenannten *Policy Rainbow* hergestellt, der vier Gruppen von Faktoren unterscheidet: Verhaltens- und Lebensweisen des Einzelnen, Unterstützung und Beeinflussung durch das soziale Umfeld des Einzelnen, die

Lebens- und Arbeitsbedingungen und der Zugang zu Einrichtungen und Diensten sowie die ökonomischen, kulturellen und physischen Umweltbedingungen, die in einer Gesellschaft gegeben sind.

Es gibt zahlreiche Studien, die sich mit der Identifikation solcher Faktoren (siehe Tabelle 1-2) befassen, v.a. in der sozialwissenschaftlichen Literatur, aber noch längst nicht für alle, die theoretisch in Betracht kommen, ist die empirische Evidenz ausreichend klar ermittelt. Da in dieser Forschung nicht, wie in der „Vorzeige-Wissenschaft“ Physik Standard, mit Experimenten gearbeitet werden kann – den Effekt sozialer Ungleichheit auf die Gesundheit, beispielsweise, kann man nicht im Labor simulieren –, stützen sich viele Erkenntnisse auf gut gemachte, aber aufwändige Aktions- und Evaluationsforschung.

1.5 Implikationen für die Gesundheitsförderung

In diesem Buch geht es um schulische Gesundheitsförderung. Es sind Schüler und Schülerinnen, Lehrpersonen, der/die Schulleiter/in, Verwaltungs- und Reinigungskräfte und indirekt auch die Eltern, die von schulischer Gesundheitsförderung profitieren sollen. Zusätzlich zu interindividuellen Unterschieden sind hierbei die unterschiedlichen Ressourcen und Bedürfnisse dieser Gruppen zu berücksichtigen. So haben Kinder und jüngere Jugendliche andere Überzeugungen als Erwachsene, deutlich geringere Handlungs- und Entscheidungsspielräume und sie verfügen über weniger oder zumindest andere Ressourcen.

Möglichkeiten, gesundheitsförderliche Verbesserungen herbeizuführen, bestehen in der Schule auf allen in Tabelle 1-2 angeführten Faktorengruppen. Diese in Bezug auf die verschiedenen involvierten Gruppen in Einklang zu bringen, ist jedoch schwierig. Bisherige Bemühungen, Gesundheitsförderung in Schulen zu etablieren, führte für LehrerInnen oft zu

⁵ vgl. Gilles Deleuze, Félix Guattari: *Rhizom*. Berlin: Merve 1977.

Tab. 1-2: Faktoren, die die Gesundheit herstellen oder schädigen

Individuum	Individuelle Sozial- und Lebenskompetenzen	Bildung, Wissen, Health Literacy, Coping-Fähigkeiten, Selbst- und Sozialkompetenzen, Einstellungen, Normen, Werte, Absichten
	Individuelle Lebensführung/Lebensstil	Ernährungsverhalten, Bewegungsverhalten, Tabakkonsum, Alkoholkonsum, Drogenkonsum, Sexualität, Entspannung, Stress-Management, Work-life-balance
Individuelles Sozialkapital	soziale Beziehungen	Familie, Verwandte, enge Freunde, Beziehungen zu Identifikationspersonen (Mentor/in, Lehrer/in, Vorgesetzte/r), Beziehungen zu Arbeitskollegen, Nachbarschaft
	Sozialstatus	Einkommen, Vermögen, soziale Position, Anschluss an Netzwerke, Einfluss
Organisation	Infrastruktur in Organisationen (z.B. Schulen, Betriebe, ...)	Speisen- und Getränkeangebot, bauliche Gegebenheiten, ergonomische Bedingungen, Lärm, Hitze, chemische Belastungen, Gesundheitsangebote, ökologische Qualität (Nachhaltigkeit)
	Führung in Organisationen	Gratifikation, Anerkennung, Wertschätzung, Transparenz und Orientierung, Partizipations- und Beteiligungsmöglichkeiten, gesundheitsrelevante Policies, Normen, Regeln, Chancengleichheit, Fortbildungsmöglichkeiten, Zukunftsaussichten
	Operative Ebene in Organisationen	Empowerment: Autonomie und Kontrolle, Gestaltungsmöglichkeiten, qualitative und quantitative Anforderungen der Arbeit, Arbeitsorganisation, Zielklarheit, Rollenklarheit, Kooperation, Partnerschaften, Vernetzung
	Klima, Kultur und Sozialkapital In Organisationen	Geteilte Werte und Überzeugungen, Umgangsformen, Partizipation und Beteiligung, Nichtdiskriminierung in Organisationen, Anerkennung, Wertschätzung, Information und Kommunikation, Soziale Beziehungen, soziale Unterstützung, sozialer Zusammenhalt (intern), Vertrauen, Zugehörigkeit
Gesellschaft	Kommunales und staatliches Sozialkapital	Chancengleichheit, soziale Integration, Gestaltungsmöglichkeiten, Einflussmöglichkeiten, Zivilgesellschaft, Gesetze, Policies, Normen, Werte, Sicherheit, Friede, Gewaltfreiheit, soziale Sicherheit, Bedingungen für Schwangerschaft und Geburt, Frühe Kindheit
	Angebote von Gesundheitsförderungs- und Gesundheitsversorgungseinrichtungen	Gesundheitsförderung und Prävention, Krankheitsversorgung, Pflege und Betreuung, psychosoziale Beratung und Betreuung
	Gesundheit in allen Politikbereichen	Wohnen, Kultur und Freizeit, Arbeit, Beschäftigung, Bildung, ökologische Bedingungen (Umwelt, Landwirtschaft) und Lebensmittelproduktion, Verkehr, Medien, Wirtschaft, Grund- und Nahversorgungsangebot

zusätzlichen Arbeitsaufträgen und zu Mehrbelastung und ließen die Organisationsstruktur der Schule so gut wie unberücksichtigt (Hurrelmann, 2006; Dür, 2008). Schwierigkeiten ergeben sich auch dadurch, dass Schulen und übergeordnete Schulsysteme äußerst starre soziale Systeme und, weil geprägt von Besitzstandsargumenten, relativ veränderungsresistent sind. Deshalb sollte schulische Gesundheitsförderung möglichst immer an Schulentwicklung gekoppelt werden.

1.6 Fazit

Konzepte und Definitionen von Gesundheit wurden aus verschiedenen wissenschaftlichen Perspektiven formuliert, die unterschiedliche Aspekte des Phänomens abdecken. Zumindest im Ansatz scheint sich gesundheitspolitisch eine Doppelstrategie herausgebildet zu haben, die einerseits weiterhin auf Kuration setzt, andererseits aber die politische und soziale Veränderung der Lebenswelten und mit diesen des individuellen Verhaltens anstrebt. Diese Doppelstrategie schlägt allerdings noch nicht in die Finanzierungssysteme durch. Vorliegende Evidenz spricht dafür, von den Investitionen in Prävention und Gesundheitsförderung langfristig mehr für die Gesundheit der Bevölkerung tun zu können als nur durch die Behandlung von Krankheiten.

1.7 Fragen zum Text

1. Gibt es eine allgemein gültige Definition von Gesundheit?
2. Was ist „subjektive“ Gesundheit?
3. Welche verschiedenen Modelle von Gesundheit oder Krankheit gibt es?
4. Welche Faktoren können Gesundheit herstellen oder schädigen?

1.8 Literatur

- Antonovsky A. (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: dgvt.
- Bauer J. (2002): *Das Gedächtnis des Körpers*. Frankfurt/Main: Eichborn.
- Bronfenbrenner U. (1981). *The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Dahlgren G., Whitehead M. (1991). *Policies and strategies to promote social equity in health*. Stockholm; Institute for Future Studies.
- Dür W. (2008). *Gesundheitsförderung in der Schule. Empowerment als systemtheoretisches Konzept und seine empirische Umsetzung*. Bern: Hans Huber.
- Engel G.L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196. 129–136.
- Franke A. (2010). *Modelle von Gesundheit und Krankheit*. Bern: Hans Huber.
- Holt-Lundstad J., Smith T.B., Layton J.B. (2010). Social relationships and mortality risk: a meta-analytic review. *PLoS Medicine*, 7, e1000316.
- Hurrelmann K. (2006). *Gesundheitssoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung*. Weinheim/München: Juventa.
- Luhmann N. (1997). *Die Gesellschaft der Gesellschaft*. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Naidoo J., Wills J. (2003). *Lehrbuch der Gesundheitsförderung*. Köln: BZgA.
- McKeown T., Record R.G. (1975). An interpretation of the decline in mortality in England and Wales during the twentieth century. *Population Studies*, 29, 391–422.
- Pelikan J., Halbmayer E. (1999). *Gesundheitswissenschaftliche Grundlagen zur Strategie des Gesundheitsfördernden Krankenhauses*. Weinheim/München: Juventa.
- Siegrist J. (2005). *Medizinische Soziologie*. München: Elsevier.
- Sontag S. (1989). *Illness as Metaphor and AIDS and Its Metaphors*. New York: Farrar, Straus & Giroux.
- Stahl T., Wismar M., Ollila E., Lahtinen E., Leppo K. [Eds.] (2006). *Health in All Policies. Prospects and Potentials*. (European Observatory on Health Systems and Policies): Ministry of Social Affairs and Health, Health Department, Finland.
- Wilkinson R., Pickett K. (2010). *The Spirit Level: Why Equality is better for everyone*. London: Penguin Books.

2 Die Gesundheitsgesellschaft

Peter Nowak

Dieser einführende Beitrag soll einen Einstieg in ein erstes (kritisches) Verständnis des gesamtgesellschaftlichen Hintergrunds der schulischen Gesundheitsförderung bieten. Der Titel nimmt Bezug auf eine Zeitdiagnose, die von Ilona Kickbusch (2006), einer charismatischen Expertin für gesundheitspolitische Reformen und zentrale Mitgestalterin der Gesundheitsförderungsstrategie der Weltgesundheitsorganisation, als Erklärungszusammenhang für aktuelle und zukünftige Entwicklungen in modernen Gesellschaften vorgelegt wurde. Nach einer knappen Zusammenfassung ihrer Perspektive auf die „Gesundheitsgesellschaft“ werden im Folgenden auch kritische Aspekte dieser Entwicklung diskutiert sowie der zugrunde liegende Gesundheitsbegriff und Aspekte zukünftiger Gesundheitsförderungs politik beleuchtet.

2.1 Gesundheit wird grenzenlos und machbar

Die Gesellschaftsanalyse, die Ilona Kickbusch unter dem Titel „Die Gesundheitsgesellschaft – Megatrends der Gesundheit und deren Konsequenzen für Politik und Gesellschaft“ vorlegte, prognostiziert eine massive Bedeutungsveränderung und -zunahme von Gesundheit. Sechs Megatrends werden konstatiert und empirisch untermauert, die Gesundheit zu einer treibenden Kraft in modernen Gesellschaften machen (Kickbusch, 2006):

1. Menschen leben länger und sind länger gesund.
2. Das Krankheitsspektrum der Gesellschaft hat sich signifikant hin zu den chronischen, zum Teil vermeidbaren Erkrankungen verschoben.
3. Das Krankenversorgungssystem nimmt einen immer größeren Anteil am Brutto sozialprodukt ein.
4. Der expandierende Gesundheitsmarkt ist zum wichtigen Faktor des Wirtschaftswachstums geworden.
5. Die Globalisierung bringt neue Gesundheitsrisiken mit sich.
6. Das öffentliche und persönliche Interesse an der Gesundheit hat signifikant zugenommen.

Eine dritte Gesundheitsrevolution sei am Beginn des 21. Jahrhunderts zu beobachten. In der ersten Gesundheitsrevolution im 19. Jahrhundert unternahm der Staat zahlreiche rechtliche Maßnahmen der Sicherung gesunder Lebensbedingungen (z.B. Sanitärvorschriften, Arbeitsschutz) und der gesundheitlichen Disziplinierung der Bevölkerung (z.B. Beschränkung des Alkoholkonsums) – nicht ohne Widerstand, aber mit bedeutenden Erfolgen in der Erhöhung der Lebenserwartung. In der zweiten Gesundheitsrevolution stand die Absicherung des Einzelnen im Falle von Krankheit, Invalidität und Alter im Mittelpunkt. Umfassende Sozialversicherungssysteme und ein professionelles und wissenschaftlich begründetes, me-

dizinisches Versorgungssystem wurden im 20. Jahrhundert aufgebaut. Trotz der eindrucksvollen Erfolge in Hinblick auf soziale Absicherung, Lebensqualität und Lebenserwartung werden dazu auch kritische Stimmen laut, die insbesondere eine zunehmende (übertriebene) Medikalisation von „abweichenden“ Lebensweisen, die Orientierung auf ein eingegrenzt, biomedizinisches Krankheitsverständnis, die Dominanz medizinischen Expertenwissens und eine Fokussierung auf die individuelle Person problematisieren.

Und nun im 21. Jahrhundert steht die Orientierung an „positiver“ Gesundheit an, die umfassende Förderung von Gesundheit in den vielfältigen Lebenswelten des modernen Alltags. Dabei werden vier Maximen zu Triebkräften der Gesundheitsgesellschaft (Kickbusch, 2006):

- Gesundheit ist grenzenlos.
- Gesundheit ist überall.
- Gesundheit ist machbar.
- Jede Entscheidung ist zugleich auch eine Gesundheitsentscheidung.

Gesundheit und (chronische) Krankheit werden durch unsere Lebensweisen und Lebenswelten (z.B. Schule) bestimmt und nur im geringeren Ausmaß durch die medizinische Versorgung. Damit seien insbesondere die Politik und auch die BürgerInnen aufgerufen, alle ihre Entscheidungen auch als Gesundheitsentscheidungen zu begreifen.

Das Hervortreten der Gesundheitsgesellschaft kann, so Kickbusch, als Ergebnis der kontinuierlichen Expansion der Gesundheit in der Moderne verstanden werden. Diese Expansion findet ihren vielfältigen Ausdruck in vier Domänen (Abb.2-1): in der persönlichen Gesundheit („ich kann immer noch mehr für meine Gesundheit tun“), in der Medizin („es gibt immer mehr Symptome und Behandlungen“), in der öffentlichen Gesundheit (Public Health; „wir können immer mehr Kampagnen und Regelungen einführen“) und im Gesundheitsmarkt („wir haben immer neue Produkte und Dienstleistungen anzubieten“).

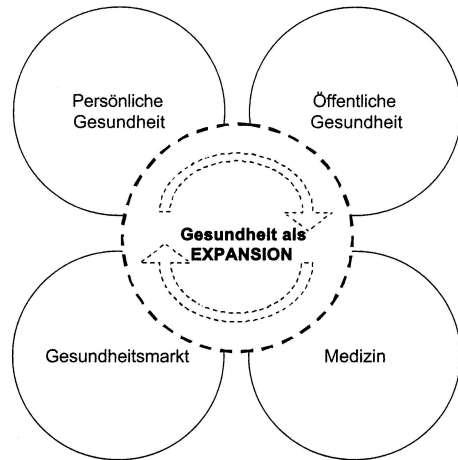


Abb. 2-1: Die vier Domänen der Gesundheit (Kickbusch, 2006)

2.2 Die Schattenseiten: Perfektionssucht, Individualisierung, Verantwortungsverschiebung

Kickbusch selbst verweist in dieser Dynamik auf die Gefahr, dass das emanzipatorische Grundverständnis, das historisch seit der Aufklärung mit dem Gesundheitsbegriff verbunden wurde und in den Formulierungen der Gesundheitsförderungsstrategie der WHO (1986) verankert ist, verloren gehen könnte. In der Gesundheitsgesellschaft liegen nach Kickbusch (2006) drei Wertorientierungen im Widerstreit:

- Gesundheit als Emanzipation und Empowerment
- Gesundheit als Produkt
- Gesundheit als Perfektion und ultimativer Wert

Die Steuerungsversuche der öffentlichen Gesundheit, der Medizin, des Marktes oder auch der Perfektionsdrang der einzelnen BürgerInnen könnten die Selbstbestimmung der Menschen wesentlich gefährden. Gedrängt von Markt, Politik und eigenem Ehrgeiz wird der

Wunsch zur Perfektionierung der eigenen Person und Gesundheit zum ultimativen Wert und definiert den Horizont unseres Denkens. „Es gibt nichts mehr außerhalb von Gesundheit“ (Greco, 2009). Die „Wellness-Revolution“ (Pilzer, 2002) steigert in Verbindung mit der neo-liberalen Vorstellung von Auswahlscheidung des Einzelnen den Druck, die „richtigen“ Lebensstilentscheidungen zu treffen. Gesundheit sei vom Individuum wählbar und machbar. Damit kann auch der gesundheitliche Erfolg dieses Strebens als Zeichen des Engagements, der Anpassungsfähigkeit und Willensstärke des Einzelnen gedeutet werden und die Verantwortung für die eigene Gesundheit weitgehend dem Individuum übertragen werden.

Übersehen wird hier, wie ungleich die Wahlmöglichkeiten im Alltag der Menschen tatsächlich verteilt sind. Einkommen, gesundheitsbezogenes, kritisches Wissen, infrastrukturelle Rahmenbedingungen stehen den Menschen in unserer Gesellschaft sehr unterschiedlich zur Verfügung und beschränken die „gesunde Wahl“ mancherorts extrem. Die WHO versuchte hier schon sehr früh in der Weiterentwicklung der Gesundheitsförderungsstrategie (WHO, 1988) mit dem Slogan „Make the healthy choice the easy choice“ gegen zu steuern und die Verantwortung des Staates und der Wirtschaft für die Rahmenbedingungen einer individuellen Gesundheitsentscheidung wieder in den Vordergrund zu rücken.

Der verstärkte öffentliche Diskurs über Gesundheitsförderung und Wohlbefinden kann somit paradoxerweise zu Gefühlen des Mangels und der eigenen Unzulänglichkeit oder zum mehr oder weniger bewussten Widerstand gegen Gesundheits- und Schönheitsideale führen (Carlisle et al., 2009). Die Zunahme depressiver Verstimmungen, steigende gesundheitliche Ungleichheiten oder die epidemische Ausbreitung von Fettleibigkeit in modernen Gesellschaften (insbesondere bei Jugendlichen) scheinen Symptome dafür zu sein (Greco, 2009). Unhinterfragt und undiskutiert blei-

ben dabei die impliziten Werte und Normen von „gesundem“ Leben.

2.3 Was heißt hier eigentlich „gesund“?

Die Medizin tut sich traditionell schwer mit dem Begriff der Gesundheit. Sie orientiert sich an Krankheit, an deren Bekämpfung und Vermeidung. Die enormen Erfolge des „Gesundheitssystems“, das besser als Krankenbehandlungssystem bezeichnet werden sollte, haben zu einer Gleichsetzung von Gesundheit mit der Abwesenheit von Krankheit geführt. Schon 1948 wandte sich die WHO in ihrem Gründungsdokument explizit gegen diese Engführung und definierte Gesundheit als die perfekte Utopie „des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens“ und als Grundrecht des Menschen. Später wurde der Begriff „positive Gesundheit“ formuliert, um auf die von Krankheit unabhängige Entwicklung von Ressourcen, Fähigkeiten und Bedingungen eines „gesunden“ Lebens hinzuweisen. Kickbusch bezieht in ihrer Analyse der „Gesundheitsgesellschaft“ zusätzlich noch den Wellness-Begriff ein, mit dem Erlebnis, Genuss, Gefühle und Verwöhnen in ein erweitertes Gesundheitsverständnis Berücksichtigung finden (Kickbusch, 2006)

Eine umfassende Integration dieser unterschiedlichen Bedeutungen von Gesundheit hat Jürgen Pelikan (2009) in einer von der soziologischen Systemtheorie geleiteten Auseinandersetzung mit der Konzeption der Gesundheitsgesellschaft vorgelegt. Er begreift „positive“ Gesundheit als Qualität eines Lebewesens, die eigene Überlebensfähigkeit in seiner konkreten Umwelt kontinuierlich zu reproduzieren. Damit ist positive Gesundheit der grundlegende Normalzustand, der gerade deswegen unbeachtet bleibt und als selbstverständlich angenommen wird. Krankheit setzt also Gesundheit voraus. Pelikan stellt sich damit zu Recht gegen andere systemtheoretische Ana-

lysen der Differenz gesund-krank (z.B. Hafen, 2007), die „gesund“ mit „unkrank“ gleichsetzen und damit den Paradigmenwechsel der Salutogenese in Frage stellen.

Er bezieht „positive Gesundheit“ auf Körper, Psyche und Sozialstatus des Menschen, wie es auch andere in einem umfassenden, somato-psycho-sozialen Gesundheitsmodell tun. Schließlich identifiziert er drei grundlegende Aspekte von Gesundheit: die objektifizierbare Leistungsfähigkeit / die Fitness eines Menschen, das subjektiv erlebte oder gefühlte Wohlbefinden und die von anderen wahrgenommene und bewertete Attraktivität eines Menschen (vgl. Abb. 2-2). All diese Aspekte von Gesundheit scheinen wichtig für das (Über-)Leben und finden Resonanz in den großen Entwicklungen moderner Gesellschaften. Pelikans Schlussfolgerung ist, dass wir derzeit (neben dem sehr entwickelten Krankenbehandlungssystem) die Entwicklung eines neuen Gesundheitsförderungssystems in modernen Gesellschaften beobachten können, das sich an positiver Gesundheit als Referenzwert orientiert.

Neben der Breite dieser Konzeption von „Gesundheit“, die erlaubt, eine Vielfalt von Entwicklungen in modernen Gesellschaften als zusammenhängenden, gesellschaftlichen

Entfaltungsprozess zu beobachten, scheint die Sichtweise von grundlegender Gesundheit als immer gegenwärtig und gezielt förderbar zentral. Diese Perspektive lässt auch den Anschluss an Menschenbilder zu, die nicht aus der christlich-abendländischen Denktradition stammen, sondern etwa in der buddhistischen Psychologie ausformuliert wurden. Auch dort ist zwar der Ausgangspunkt die Befreiung vom Leiden, die Sichtweise der „grundlegenden Gesundheit“ des Menschen (z.B. Trungpa, 2006) wird jedoch zum zentralen Ausgangspunkt des persönlichen Übungsweges. Eine solche Konzeption von Gesundheit legt auch eine klare Ressourcenorientierung in der Unterstützung der Entwicklung von Kindern und Jugendlichen in modernen Gesellschaften nahe.

2.4 Quo vadis „Gesundheitsgesellschaft?“ – Schwerpunkte einer zukünftigen Gesundheitsförderungspolitik

Die Breite des neu entstehenden Gesundheitsbegriffes lässt viele Deutungen zu. Hier stellt Monica Greco (2009) in ihrer Auseinandersetzung mit der Gesundheitsgesellschaft die zentrale Frage: Welches Spektrum

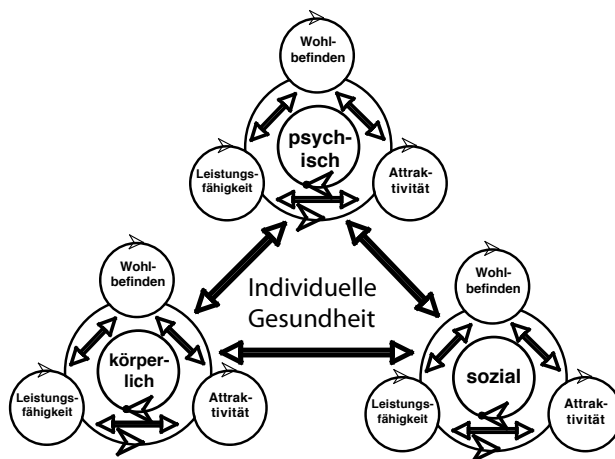


Abb. 2-2: Die drei Dimensionen und drei Aspekte von Gesundheit (nach Pelikan, 2008)

von Gesundheitswerten und Lebensweisen werden gesellschaftlich unterstützt („empowered“)? Wie können gesellschaftlich tragfähige Schwerpunktsetzungen für eine zukünftige „Gesundheitsförderungs politik“ gefunden werden? Schon bei Pelikan wird deutlich, dass Gesundheit subjektive und objektivierbare Aspekte einschließt. Und bei aller Begeisterung, die manchmal für die Möglichkeiten des expandierenden Gesundheitsmarktes bei Kickbusch (2007) zu lesen ist, erhebt sie auch die warnende Stimme, dass jetzt schon ein Demokratiedefizit im „Gesundheitswesen“ zu beobachten ist und in Zukunft verstärkt eine kritische Einbindung der BürgerInnen wesentlich für das Gelingen dieser Entwicklungen sein wird. Die breite Entwicklung von kritischer Gesundheitskompetenz („Health literacy“) in der Bevölkerung wird genauso notwendig sein wie die gesellschaftliche Stärkung unabhängiger, selbstorganisierter Bürgerinitiativen (Selbsthilfegruppen, Patientenorganisationen, etc.), um den subjektiven und lokalen Sichtweisen von Gesundheit eine Stimme zu geben. Dafür bedarf es aber wesentlicher, gesundheitspolitischer Initiativen, die nicht zuletzt bei Kindern und Jugendlichen, v.a. im schulischen Setting, ansetzen sollten. Ansonsten könnten der Gesundheitsmarkt (und sein Marketing) sowie die Gesundheitspolitik (und ihre Disziplinierungsversuche) „im Namen der Gesundheit“ zu einer unerfreulichen Mischung aus wirtschaftsgesteuertem Konsum und „gesundheitsfaschistischer“¹ Kontrolle werden.

Britische KollegInnen (Carlisle et al., 2009) argumentieren daher, dass es der ökologischen Kritik bedarf, um die Folgen einer überzogen ich-zentrierten und materialistischen Wohlbefindens-Kultur in modernen Gesellschaften in den Griff zu bekommen. Ohne der Balance zwischen individuellem Wohlbefinden und kollektivem Wohl der Menschheit und unse-

res Planeten steht die Gesundheit aller Lebewesen über kurz oder lang auf dem Spiel. Ein möglicher politischer Lösungsansatz, der seit einigen Jahren in Bhutan (Tidemann, 2004) und Kanada (Pannozzo & Colman, 2009) erprobt wird, ist die Integration von klassischen ökonomischen Kriterien mit Kriterien für den Status der natürlichen Ressourcen, der Humanressourcen (insbesondere Gesundheit, Bildung, ...), der sozialen Ressourcen und der kulturellen Ressourcen in einen gesamtgesellschaftlichen Entwicklungsindikator („Genuine Progress Indicator“). Umgekehrt ergibt sich aus der Perspektive der Gesundheitsförderung („alle Entscheidungen sind auch Gesundheitsentscheidungen“) die strategische Notwendigkeit, Gesundheit in allen politischen Entscheidungen im Auge zu behalten – „Health in All Policies“ (vgl. Noack in diesem Band).

Schließlich soll auf einen bisher wenig beachteten Aspekt der Gesundheitsgesellschaft verwiesen werden: moderne Gesellschaften werden in fast all ihren Bereichen maßgeblich durch das Wirken formaler Organisationen eingenommen. Einige Autoren sprechen daher auch von der „Organisationsgesellschaft“ (z.B. Gabriel, 1979; Jäger & Schimank, 2005) bzw. der „Gesellschaft der Organisationen“ (Perrow, 1996). Unter dem Begriff des „Settings“ (vgl. auch Pelikan in diesem Band) wird zwar auf die lokalen gesellschaftlichen Rahmenbedingungen von Gesundheitsförderung vielfach Bezug genommen, aber die spezifische Eigendynamik von Organisationen als Umwelt für die Gesundheit von Menschen fand bisher noch zu wenig Beachtung. Die Erforschung und Nutzung der allgegenwärtigen, wechselseitigen Beeinflussung von Organisationen und Individuen erscheint daher als zentrales Desiderat zukünftiger Gesundheitsförderungsstrategie².

¹ Eine erschreckende, literarische Aufarbeitung eines solchen Zukunftsszenarios bietet aktuell Juli Zeh (2009).

² vgl. dazu das Forschungsprogramm des Ludwig Boltzmann Institute Health Promotion Research (Wien, ibhp.pr.lbg.ac.at/)

2.5 Fazit

Moderne Gesellschaften stehen in einer massiven Expansionsdynamik von „Gesundheit“, die durch das Zusammenspiel der vier Domänen öffentliche Gesundheit (Public Health), Gesundheitsmarkt, Medizin und persönliche Gesundheit angetrieben ist. Dabei tritt zunehmend ein breiter und komplexer Gesundheitsbegriff hervor, der insbesondere ressourcenorientierte Aspekte der „positiven“ Gesundheit in den Mittelpunkt rückt. Neben auch kritisch zu beurteilenden Aspekten kann die Entwicklung eines eigenständigen Gesundheitsförderungssystems (in Ergänzung zum Krankenbehandlungssystem) in modernen Gesellschaften beobachtet werden.

2.6 Fragen zum Text

1. Welche Megatrends in Hinblick auf Gesundheit sind in modernen Gesellschaften zu beobachten?
2. In welchen vier Bereichen /Domänen findet die „Gesundheitsgesellschaft“ ihren Ausdruck?
3. Welche negativen Folgen kann der öffentliche Diskurs über Gesundheitsförderung und Wohlbefinden haben?
4. Welche grundlegenden Aspekte „positiver“ Gesundheit gibt es gemäß Pelikan?

2.7 Literatur

- Carlisle S., Henderson G., Hanlon P.W. (2009). 'Wellbeing': A collateral casualty of modernity? *Social Science & Medicine*, 69, 1556–1560.
- Gabriel K. (1979). *Analysen der Organisationsgesellschaft. Ein kritischer Vergleich der Gesellschaftstheorien Max Webers, Niklas Luhmanns und der phänomenologischen Soziologie*. Frankfurt am Main: Campus.
- Greco M. (2009). Thinking beyond Polemics: Approaching the Health Society through Foucault. *Österreichische Zeitschrift für Soziologie*, 34, 13–27.
- Hafen M. (2007). *Mythologie der Gesundheit. Zur Integration von Salutogenese und Pathogenese*. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme.

- Jäger W., Schimank U. (2005). *Organisationsgesellschaft. Facetten und Perspektiven*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Kickbusch I. (2006) *Die Gesundheitsgesellschaft*. Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.
- Kickbusch I. (2007). Responding to the health society. *Health Promotion International*, 22, 89–91.
- Pannozzo L., Colman R. (2009). *New Policy Directions for Nova Scotia: Using the Genuine Progress Index to Count what Matters*. Glen Haven, Nova Scotia, Canada: GPI Atlantic.
- Pelikan, J.M. (2008). *Gesundheitsgesellschaft oder Funktionssysteme für Krankenbehandlung und/oder Gesundheitsförderung in der Weltgesellschaft – eine soziologisch systemtheoretische Perspektive*. Vortrag (Auf dem Weg zur „Gesundheitsgesellschaft“? Konferenz der deutschsprachigen Medizin- und Gesundheitssoziologen).
- Pelikan J.M. (2009). Ausdifferenzierung von spezifischen Funktionssystemen für Krankenbehandlung und Gesundheitsförderung oder: Leben wir in der „Gesundheitsgesellschaft“? *Österreichische Zeitschrift für Soziologie*, 34, 28–47.
- Perrow C. (1996). Eine Gesellschaft von Organisationen. In: Kenis P., Schneider V.: *Organisation und Netzwerk: Institutionelle Steuerung in Wirtschaft und Politik*. Frankfurt am Main, New York: Campus, 75–121.
- Pilzer P.Z. (2002). *The Wellness Revolution*. New York: John Wiley & Sons.
- Tideman S.G. (2004). *Gross National Happiness: Towards a New Paradigm in Economics*. In: The First International Conference on Gross National Happiness. Conference proceedings. Bhutan, 222–247.
- Trungpa C. (2006). *Achtsamkeit, Meditation und Psychotherapie: Einführung in die buddhistische Psychologie*. Freiburg: Arbor-Verlag.
- WHO (1986). *Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung*. Genf: WHO. (<http://www.fgoe.org/hidden/downloads/ottawa-charta.pdf>; zuletzt besucht: 7.7.2010)
- WHO (1988). *Adelaide Recommendations on Healthy Public Policy*. Genf: WHO. (<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/adelaide/en/print.html>; zuletzt besucht: 7.7.2010)
- Zeh J. (2009). *Corpus Delicti*. Frankfurt: Schöffling & Co.

3 Die Ottawa Charta für Gesundheitsförderung

Ursel Brösskamp-Stone,
Christina Dietscher

3.1 Entwicklung der Ottawa Charta

In den frühen 1980er Jahren suchte das WHO-Büro in Europa nach neuen Ansätzen zur Erhaltung und Förderung der Bevölkerungsgesundheit, um „Gesundheit für Alle bis zum Jahr 2000“ zu erreichen. Hintergründe waren

- die begrenzte Wirksamkeit von traditionellen Gesundheitserziehungsansätzen,
- die Diskrepanzen zwischen erhöhten Investitionen in medizinische Krankenversorgung und begrenzter Verbesserung der Bevölkerungsgesundheit,
- der Druck auf Krankenversorgungssysteme durch verschlechterte Umwelt- und ökonomische Bedingungen weltweit,
- die Erkenntnis der großen Bedeutung von individuellen Lebensstilen für Gesundheitsprobleme und deren starke Beeinflussung durch sozioökonomische und kulturelle Faktoren,
- soziale (Umwelt-, Frauen-, Gesundheits-) Bewegungen, und
- sich verbreitende ‚holistische‘ oder positive Auffassungen von Gesundheit sowie Wünsche, selbst die Kontrolle über das eigene Leben zu haben.

Diese Arbeiten und Entwicklungen mündeten in die erste Internationale Konferenz zur Ge-

sundheitsförderung der Weltgesundheitsorganisation (WHO)¹ im kanadischen Ottawa 1986 und die dortige Verabschiedung der Ottawa Charta für Gesundheitsförderung.

Entsprechend kann **Gesundheitsförderung** verstanden werden als die organisierte gesellschaftliche Antwort auf das Wissen um die zahlreichen Faktoren, die die Gesundheit der Bevölkerung beeinflussen oder wesentlich (mit)bestimmen (sog. Gesundheitsdeterminanten). Gesundheit erhalten oder verbessern erfordert, dass nicht nur der/die Einzelne, sondern auch Gemeinschaften oder Gesellschaften als Ganzes die veränderbaren, in Wechselwirkung zueinander stehenden Gesundheitsdeterminanten positiv beeinflussen. Diese Voraussetzungen für Gesundheit werden in der Charta umfassend wie folgt beschrieben:

„Grundlegende Bedingungen und konstituierende Momente von Gesundheit sind Frieden, angemessene Wohnbedingungen, Bildung, Ernährung, Einkommen, ein stabiles Öko-System, eine sorgfältige Verwendung vorhandener Naturressourcen, soziale Gerechtigkeit und Chancengleichheit. Jede Verbes-

¹ Zumeist spricht man verkürzt von „WHO“-Konferenzen für Gesundheitsförderung, obwohl diese Art von Konferenzen bis heute immer in Kooperation mit dem Gastland der Konferenz, im Falle der Ottawa Charta mit Kanada, durchgeführt werden.

serung des Gesundheitszustandes ist zwangsläufig fest an diese Grundvoraussetzungen gebunden.“

Gesundheitsförderung gemäss der „**Ottawa Charta für Gesundheitsförderung**“ ist damit ein Handlungsansatz, der auf einem sozial-ökologischen Verständnis von Gesundheit beruht: Die Wechselwirkungen zwischen Menschen und ihren Umwelten, sowie deren soziale, institutionelle und kulturelle Kontexte, werden mit Blick auf die Entstehung und Erhaltung von Gesundheit besonders beachtet. Individuen und Gruppen wird eine aktive Rolle in der Ausformung von gesundheitsrelevanten Lebensstilen und Lebensbedingungen, von „Verhalten und Verhältnissen“ zugeschrieben.

Bevor deren Inhalte vorgestellt werden, sei gesagt, dass die Ottawa Charta erstaunlich rasch Verbreitung fand. Zahlreiche Akteure und Organisationen im öffentlichen, privaten und wissenschaftlichen Sektor – zunächst in Europa und westlichen Ländern, anschließend weltweit – nahmen die Inhalte der Charta als Orientierungsrahmen und Leitlinie für die Förderung der Gesundheit aktiv auf. Nach der Konferenz in Ottawa folgte eine Serie von WHO-Konferenzen für Gesundheitsförderung, die aus internationaler Perspektive Meilensteine in der Entwicklung und Verbreitung des Handlungsansatzes der Gesundheitsförderung darstellen (siehe Abbildung 3-1). Sie führten zu weiteren ergänzenden Deklarationen und Konsensus-Statements, wie z.B. der Jakarta Deklaration zur Gesundheitsförderung im 21. Jahrhundert (1997) oder der Bangkok Charta zur Gesundheitsförderung in einer globalisierten Welt (2005). Dennoch ist die Ottawa Charta bis heute das wesentliche Referenzdokument moderner Gesundheitsförderung. Sie hat den Test der Zeit bestanden. Ihre wesentlichen Aussagen wurden im Laufe der Zeit durch neue wissenschaftliche Erkenntnisse (z. B. zu den sozialen Determinanten der Gesundheit) untermauert sowie durch die nachfolgenden internationalen Konsensprozesse und Konferenzstatements im Kern bestätigt und um

wichtige Aspekte wie der Rolle des *For Profit* Sektors (Jakarta 1997) oder Auswirkungen und Chancen der Globalisierung (Bangkok 2005) ergänzt.

3.2 Inhalte der Ottawa Charta

Die Charta gilt bis heute prägend in Bezug auf ein umfassendes Verständnis von Gesundheit als somato-psycho-soziales Gesamtgeschehen² sowie von Gesundheitsförderung, die wie folgt definiert wird:

„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.“

Wesentlich an dieser Definition ist der Begriff der Selbstbestimmung: Gesundheitsförderung wird damit nicht als eine Intervention von ExpertInnen für Laien, sondern als Prozess verstanden, der von und mit betroffenen Menschen gestaltet wird. Oder, wie es in der Charta heisst:

„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. sie verändern können.“

Angesprochen sind damit neben den in der Charta genannten Einzelnen und Gruppen auch Organisationen und (politische) Entscheidungsinstanzen, die in ihrem jeweiligen Einflussbereich die Grundsätze der Charta umsetzen können. Dafür nennt das Dokument die folgenden drei Grundstrategien:

- 1. Interessen vertreten:** Durch **anwaltschaftliches Eintreten** – etwa mittels Kampagnen, Lobbying, Interessensge-

² Gemäss der WHO-Gründungserklärung ist Gesundheit umfassendes körperliches, psychisches und soziales Wohlbefinden und nicht nur das Freisein von Krankheit oder Behinderung.

meinschaften, Bürgerinitiativen etc. – soll eine Verbesserung von Bewusstsein und von gesundheitlichen Rahmenbedingungen in Politik, Ökonomie, Kultur und Umwelt erreicht werden.

2. **Befähigen und ermöglichen:** Diese Strategie zielt darauf ab, die Handlungsfähigkeit von Menschen zur Beeinflussung ihrer Gesundheitsfaktoren zu unterstützen. Dazu gehören gemäß der Charta nicht nur der Zugang zu wesentlichen Informationen und die Entfaltung von praktischen Fertigkeiten, sondern auch eine unterstützende soziale Umwelt. Insbesondere zielt diese Grundstrategie auch auf die Verbesserung der **Chancengleichheit für Gesundheit** durch spezifische Maßnahmen für benachteiligte Gruppen ab.
3. **Vermitteln und vernetzen:** Gesundheit entsteht in allen Lebensbereichen – überall dort, wo „Menschen arbeiten, lernen, spielen und lieben“. Daher betrifft Gesundheitsförderung alle Gesellschaftsbereiche – das Gesundheitswesen ebenso wie den Bildungssektor, die Wirtschaft, etc. Und alle diese Bereiche müssen zusammenarbeiten, um optimale Gesundheit zu ermöglichen (vgl. dazu auch die **Jakarta-Deklaration**, Weltgesundheitsorganisation, 1998).

Umgesetzt werden sollen diese drei Grundprinzipien gemäß der Charta in fünf Handlungsbereichen:

1. **Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik:** Die Charta fordert eine Gesundheitspolitik, deren Ziele über das Funktionieren und die Finanzierbarkeit des Gesundheitswesens hinaus gehen. Vielmehr sollte die Frage im Zentrum stehen, welche Politikbereiche auf welche Weise zur Volksgesundheit beitragen. Heute beginnt dieser Gedanke langsam zu greifen: So wurde etwa in Schweden 1997 ein nationales Public Health Komitee gegründet, im Jahr 2003 wurden nationale Public Health Ziele vom Parlament ver-

abschiedet und 2006 bestätigt. Eine europaweite Renaissance erlebte der Gedanke zuletzt 2006, als „Health in All Policies“ ein zentrales Thema der finnischen EU-Präsidentschaft war.

2. **Gesundheitsförderliche Lebenswelten schaffen:** Der Umgang mit der Umwelt und den natürlichen Ressourcen sowie die Gestaltung der alltäglichen Lebensbereiche – von der Schadstoffbelastung bis zur Ergonomie – haben entscheidenden Einfluss auf die Gesundheit und bestimmten die Möglichkeiten für individuelles gesundheitsbezogenes Handeln mit. Ein Beispiel: Die Einführung gesunder Verpflegung in einer Kantine wird mit hoher Wahrscheinlichkeit stärkere Auswirkungen auf das Ernährungsverhalten der MitarbeiterInnen haben als ein Schulungsprogramm ohne begleitende Umstellung des Ernährungsangebots. Man spricht hier auch vom **Verhältnisansatz** der Gesundheitsförderung.
3. **Gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen unterstützen:** Aus dem Verhältnisansatz folgt, dass Gesundheitsförderung alle Personen angeht, die von bestimmten Verhältnissen wie z. B. Umweltfaktoren, beruflichen Gesundheitsrisiken etc. betroffen sind. Gesundheitsfördernde Entscheidungen und Entwicklungen werden daher idealerweise gemeinschaftlich getroffen und umgesetzt. Dies ist jedoch nur möglich, wenn entsprechende Beteiligungsmöglichkeiten geschaffen werden, in einem Betrieb z. B. in Form von Gesundheitszirkeln. Die WHO nennt dies **„Betroffene zu Beteiligten machen“**.
4. **Persönliche Kompetenzen entwickeln (Verhaltensansatz):** Gesundheitsförderung zielt auf die Verbesserung der Kontrolle über gesundheitsbestimmende Faktoren ab. Dafür braucht man sowohl gesundheitsspezifisches Wissen und Fähigkeiten als auch psychische und soziale Kompetenzen. Den Erwerb bzw. die Vermittlung