utb.

Viviane Scherenberg

# Präventionsmarketing

2. Auflage





### Eine Arbeitsgemeinschaft der Verlage

Brill | Schöningh - Fink · Paderborn Brill | Vandenhoeck & Ruprecht · Göttingen - Böhlau · Wien · Köln Verlag Barbara Budrich · Opladen · Toronto facultas · Wien Haupt Verlag · Bern Verlag Julius Klinkhardt · Bad Heilbrunn Mohr Siebeck · Tübingen Narr Francke Attempto Verlag – expert verlag • Tübingen Psychiatrie Verlag · Köln Ernst Reinhardt Verlag · München transcript Verlag · Bielefeld Verlag Eugen Ulmer · Stuttgart UVK Verlag · München Waxmann · Münster · New York wbv Publikation · Bielefeld Wochenschau Verlag · Frankfurt am Main



**Prof. Dr. Viviane Scherenberg**, MPH, leitet den Fachbereich Public Health und Umweltgesundheit an der APOLLON Hochschule der Gesundheitswirtschaft.

# Viviane Scherenberg

# Präventionsmarketing

Ziel- und Risikogruppen gewinnen und motivieren

2., überarbeitete und erweiterte Auflage

Umschlagabbildung: © AndreyPopov | iStockphoto Autorinnenbild: © APOLLON Hochschule

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

- 2., überarbeitete und erweiterte Auflage 2022
- 1. Auflage 2017

DOI: https://doi.org/10.36198/9783838559018

- © UVK Verlag 2022
- ein Unternehmen der Narr Francke Attempto Verlag GmbH + Co. KG Dischingerweg 5  $\cdot$  D-72070 Tübingen

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

Alle Informationen in diesem Buch wurden mit großer Sorgfalt erstellt. Fehler können dennoch nicht völlig ausgeschlossen werden. Weder Verlag noch Autor:innen oder Herausgeber:innen übernehmen deshalb eine Gewährleistung für die Korrektheit des Inhaltes und haften nicht für fehlerhafte Angaben und deren Folgen. Diese Publikation enthält gegebenenfalls Links zu externen Inhalten Dritter, auf die weder Verlag noch Autor:innen oder Herausgeber:innen Einfluss haben. Für die Inhalte der verlinkten Seiten sind stets die jeweiligen Anbieter oder Betreibenden der Seiten verantwortlich.

Internet: www.narr.de eMail: info@narr.de

Einbandgestaltung: siegel konzeption  $\mid$  gestaltung

CPI books GmbH, Leck

utb-Nr. 4742

ISBN 978-3-8252-5901-3 (Print)

ISBN 978-3-8385-5901-8 (ePDF)

ISBN 978-3-8463-5901-3 (ePub)



# Inhalt

| Vorw | ort zu  | r zweiten Auflage                                       | 9  |
|------|---------|---|----|
| Vorw | ort zu: | r ersten Auflage  | 11 |
| Abkü | irzung  | sverzeichnis  | 13 |
|      |         | Hintergründe zum Thema Prävention                       | 17 |
| 1    | Einfü   | hrung: Gesundheit und Prävention als Gegenstand des     |    |
|      |         | etings  | 19 |
|      | 1.1     | Gesundheit  | 19 |
|      | 1.1.1   | Definition und Dimensionen der Gesundheit               | 19 |
|      | 1.1.2   | Präventive Herausforderungen durch chronische           |    |
|      |         | Erkrankungen  | 22 |
|      | 1.1.3   | Präventive Herausforderungen durch                      |    |
|      |         | Infektionskrankheiten                                   | 25 |
|      | 1.1.4   | Präventive Herausforderunge durch den Klimawandel       | 29 |
|      | 1.1.5   | Hintergründe zur Gesundheits- und Präventionspolitik    | 32 |
|      | 1.1.6   | Wirtschaftsfaktor Gesundheit                            | 37 |
|      | 1.1.7   | Wirtschaftsfaktor Prävention                            | 38 |
|      | 1.1.8   | Heterogenität des Gesundheitssektors                    | 40 |
|      | 1.2     | Prävention und Gesundheitsförderung                     | 41 |
|      | 1.2.1   | Definition, Zielsetzung und Handlungsfelder             | 41 |
|      | 1.2.2   | Akteure von Präventionsinterventionen                   | 43 |
|      | 1.2.3   | Strategien der Prävention                               | 45 |
|      | 1.2.4   | Methoden der Prävention                                 | 47 |
|      | 1.2.5   | Onlinemedien und Prävention                             | 51 |
|      | 1.2.6   | Gamification und Serious Games als spielerischer Zugang |    |
|      |         | zu Präventionsthemen                                    | 53 |
|      | ₩ Zι    | ısammenfassung  | 55 |

6 Inhalt

|       | ₩ W         | ichtige Schlagwörteriederholungsfragenteraturempfehlung                  | 55<br>56<br>56 |
|-------|-------------|--|----------------|
| 2     | Spezi       | fische Herausforderungen des Präventionsmarketings<br>Präventionsdilemma | 57<br>57       |
|       | 2.2         | Legitimationsdruck und Wettbewerbsdruck der Akteure .                    | 60             |
|       | 2.3         | Paradigmenwechsel der Prävention   | 61             |
|       | ₩ Zι        | ısammenfassung   | 63             |
|       |             | ichtige Schlagwörter   | 64             |
|       |             | iederholungsfragen   | 64             |
|       |             | teraturempfehlung  | 65             |
|       |             |  |                |
| Abscl | nnitt II    | : Hintergründe und Entwicklungen des                                     |                |
|       |             | smarketings  | 67             |
|       |             | Č  |                |
| 3     | Gesu        | ndheits- und Präventionsmarketing  | 69             |
|       | 3.1         | Entwicklungslinien und Grenzen   |                |
|       |             | des Gesundheitsmarketings  | 69             |
|       | 3.2         | Teilbereiche und Disziplinen des Gesundheitsmarketings.                  | 73             |
|       | 3.3         | Übergreifende Besonderheiten des Präventionsmarketings                   | 76             |
|       | 3.4         | Gestaltungsspezifische Besonderheiten                                    |                |
|       | 0.1         | des Präventionsmarketings  | 77             |
|       | 3.4.1       | Gesundheitspsychologische Hintergründe                                   | 77             |
|       | 3.4.2       | Neuropsychologische Hintergründe   | 86             |
|       | 3.4.3       | Ethische und diskriminierende Aspekte                                    |                |
|       | 3.4.4       | Rechtliche Aspekte und übergreifende                                     | 107            |
|       | 3.1.1       | Qualitätsanforderungen   | 109            |
|       | <b>*</b> 7₁ | sammenfassung  |                |
|       |             | ichtige Schlagwörter   |                |
|       |             | iederholungsfragen   |                |
|       |             |  |                |
|       | 亦 Ll        | teraturempfehlung  | 113            |
| Abscl | nnitt II    | I: Marketing als Teilgebiet von Präventionsintervention                  | 115            |

| 4 | Marktforschung                                     |  |  |  |
|---|--|--|--|--|
|   | 4.1 Informationsgewinnung durch Sekundär-          |  |  |  |
|   | und Primärforschung                                |  |  |  |
|   | 4.2 Ethik in der Marktforschung                    |  |  |  |
|   | 4.3 Auswahl der Stichproben                        |  |  |  |
|   | * Zusammenfassung                                  |  |  |  |
|   | ₩ Wichtige Schlagwörter                            |  |  |  |
|   | * Wiederholungsfragen                              |  |  |  |
|   | ** Literaturempfehlungen                           |  |  |  |
| 5 | Strategische Aspekte des Präventionsmarketings     |  |  |  |
|   | 5.1 Situationsanalyse                              |  |  |  |
|   | 5.2 Alleinstellungsmerkmal                         |  |  |  |
|   | 5.3 Zielgruppen- und Marktsegmentierung            |  |  |  |
|   | 5.4 Marketingziele und -strategie                  |  |  |  |
|   | * Zusammenfassung                                  |  |  |  |
|   | ₩ Wichtige Schlagwörter                            |  |  |  |
|   | * Wiederholungsfragen                              |  |  |  |
|   | ** Literaturempfehlungen                           |  |  |  |
| 6 | Anwendungsbezogene Aspekte:                        |  |  |  |
|   | Marketingstrategische Hintergründe zu spezifischen |  |  |  |
|   | Präventionsformen                                  |  |  |  |
|   | 6.1 Universelle Präventionsinterventionen          |  |  |  |
|   | 6.2 Selektive Präventionsinterventionen            |  |  |  |
|   | 6.3 Indizierte Präventionsinterventionen           |  |  |  |
|   | 6.4 Strukturellen Präventionsinterventionen 16     |  |  |  |
|   | 6.5 Settinginterventionen                          |  |  |  |
|   | * Zusammenfassung                                  |  |  |  |
|   | ₩ Wichtige Schlagwörter                            |  |  |  |
|   | ₩ Wiederholungsfragen                              |  |  |  |
|   | ** Literaturempfehlungen                           |  |  |  |
| 7 | Operative Aspekte des Präventionsmarketings        |  |  |  |
|   | 7.1 Marketingmix                                   |  |  |  |
|   | 7.1.1 Leistungspolitik (Produktpolitik)            |  |  |  |
|   | 7.1.2 Prozesspolitik                               |  |  |  |

8 Inhalt

|      | 7.1.3 Preispolitik (Gegenleistungspolitik)   | 187 |
|------|--|-----|
|      | 7.1.4 Distributionspolitik                   | 193 |
|      | 7.1.5 Kommunikationspolitik                  | 197 |
|      | 7.2 Branding von Präventionsmaßnahmen        | 207 |
|      | * Zusammenfassung                            | 220 |
|      | ₩ Wichtige Schlagwörter                      | 220 |
|      | ₩ Wiederholungsfragen                        | 220 |
|      | ** Literaturempfehlungen                     | 221 |
| 8    | Qualitätssicherung, Evaluation und Kontrolle | 223 |
|      | 8.1 Good-Practice-Kriterien der Prävention   | 223 |
|      | 8.2 Qualitätssicherung in der Prävention     | 225 |
|      | 8.3 Evaluation von Präventionsmaßnahmen      | 228 |
|      | 8.4 Kontrolle im Präventionsmarketing        | 233 |
|      | * Zusammenfassung                            | 243 |
|      | ₩ Wichtige Schlagwörter                      | 244 |
|      | ₩ Wiederholungsfragen                        | 244 |
|      | ** Literaturempfehlungen                     | 244 |
| 9    | Planung: Checkliste                          | 245 |
| Lite | curverzeichnis                               | 253 |
| Regi | er   | 287 |

## Vorwort zur zweiten Auflage

Bemühungen im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung sind einem ständigen Wandel unterlegen. Seit der Herausgabe der 1. Ausgabe dieses Buches gab es vielfältige globale Veränderungen, die es notwendig machen, das Werk anzupassen.

Lange Zeit stand die Reduzierung chronischer Erkrankungen im Fokus präventiver Bemühungen und dies nicht ohne Grund, denn durch den veränderten Lebenstil in den Industrienationen galten chronische Erkrankungen als größte Herausforderung für die Gesundheitssysteme des 21. Jahrhunderts. Der Ausbruch der Coronavirus-Krankheit (COVID-19) hat die Aufmerksamkeit wieder stärker auf die Bedeutung und damit die Bedrohung durch *Infektionskrankheiten* gelenkt.

Im Zuge der Präventionsbemühungen rückten, bedingt durch Ausgangsbeschränkungen, digitale Interventionen in den Vordergrund. Ebenfalls stärker in in den Mittelpunkt traten präventive Interventionen, die Menschen mit "sanften Anstupsern" (Nudging) in die gewünschte Richtung lenken sollten: Ziel war es bspw., zur Einhaltung der AHA+A+L-Regeln (Abstand, Hygiene, Alltag mit Maske, App, Lüften) beizutragen oder die Impfbereitschaft zum Schutz der Bevölkerung zu erhöhen. Auch wird in dieser Auflage darauf eingangen, wie Entscheidungen durch die Art und Weise bzw. den Rahmen (Framing) der Informationsdarstellung in Gesundheitskampagnen positiv beeinflusst werden können.

Eng in Verbindung mit der zunehmenden Verbreitung von Infektionskrankheiten, chronischen Erkrankungen sowie akuten Gesundheitsbelastungen stehen umweltbezogene Veränderungen, wie z. B. die globalen Auswirkungen des *Klimawandels*. Dabei trägt das veränderte Klima nicht nur dazu bei, dass sich in neuen Regionen Krankheitserreger (durch z. B. Zecken, Mücken) übertragen, sondern auch dazu, dass sich, bedingt durch Hitzewellen, u. a. Herz-Kreislauf-Erkrankungen verschlechtern können. Dieser zunehmenden Bedeutung umweltbezogener und globaler Veränderungen sowie den damit verbundenen präventiven Möglichkeiten soll diese Auflage Rechnung tragen.

# Hinweis | Gendergerechte Sprache

In diesem Band wird für Berufs- und Personenbezeichnungen das generische Maskulinum verwendet. In dieser genderneutralen Ausrichtung schließt es alle Geschlechtsidentitäten mit ein.

## Vorwort zur ersten Auflage

Präventionsmarketing ist eine sehr neue Disziplin. Demgegenüber blickt Marketing und Werbung auf eine lange Geschichte zurück. Hannes Buchli beschreibt in seinem Buch "6.000 Jahre Werbung: Altertum und Mittelalter" bereits 1962 Werbung als "eine Beeinflussung des Menschen, die ihn veranlasst, etwas freiwillig zu tun" (vgl. Buchli 1962: 41). Hierbei ist die Freiwilligkeit hervorzuheben, die Ausdruck dafür ist, dass Werbung Kunst der Überzeugung darstellt und Zwang als Gegenstück verstanden werden kann (vgl. Buchli 1962: 49). Kommerzielles Marketing weckt die Sehnsucht auf und nach Produkten und Dienstleistungen, indem positive Emotionen und Motive angesprochen und in uns geweckt werden. Prävention fokussierte sich hingegen lange Zeit auf die Weckung negativer Emotionen, um gesundheitsbewusste Verhaltensweisen bei Menschen zu stimulieren. Die Darstellung drohender Konsequenzen mithilfe von Angstappellen, eine vermutete Defizitorientierung sowie der Fokus auf vermeintliche Fehler, Versäumnisse, Mängel, Unzulänglichkeiten und Versagen stand und steht teils immer noch in der Aufmerksamkeit des Präventionsgeschehens.

Ohne Zweifel können und sollten die Gesundheitswissenschaften von den Erkenntnissen des kommerziellen Marketings lernen. Intention des Buches ist es daher, aufzuzeigen, wie Risikozielgruppen mithilfe strategischer und operativer Marketingansätze erreicht werden können und welche unterschiedlichen Möglichkeiten der Qualitätssicherung hierbei zur Verfügung stehen.

Darauf hinzuweisen ist, dass Präventionsinterventionen – angefangen von Präventionskursen, Präventionsreisen, Aufklärungskampagnen, Onlinecoaching bis zu Gesundheits-Apps – für die unterschiedlichsten gesundheitlichen Handlungsfelder samt der jeweiligen Bedürfnis- und Motivlagen der Zielgruppe enorm vielschichtig, höchst komplex und die spezifischen Ausgangslagen sehr heterogen sind. Das Buch dient daher dazu, anhand einer Vielzahl von Praxisbeispielen Einblicke zu gewähren und Möglichkeiten aufzuzeigen, da Projekte im Bereich des Präventionsmarketings immer individuell auf die jeweiligen präventiven Herausforderungen und Belange der Zielgruppe differenziert konzipiert werden müssen.

Ein besonderes Anliegen der Autorin ist es, auf die vielfältigen sozialen, ethischen und gesetzlichen Besonderheiten dieser höchst sensiblen Marketingdisziplin hinzuweisen, die bei präventiv agierenden Institutionen mit einem hohen Verantwortungsbewusstsein einhergehen sollten. Das Buch richtet sich damit sowohl an Studierende aus den Bereichen Gesundheitswissenschaften und Marketing als auch an interessierte Praktiker.

An dieser Stelle ein ganz herzliches Dankeschön an zahlreiche Kollegen aus Forschung und Praxis. Sie tragen mit ihren Erfahrungen und ihrem außerordentlichen Engagement zum Wohle der Gesundheit – insbesondere für schwer erreichbare und vulnerable Gruppen – dazu bei, dass dieses Buch mit zahlreichen nützlichen und praxisrelevanten Verweisen auf Plattformen, Checklisten, Leitlinien etc. gespickt ist.

Bremen, Juni 2017 Prof. Dr. Viviane Scherenberg MPH

# Abkürzungsverzeichnis

ADM | Arbeitskreis Deutscher Markt und Sozialforschungsinstitute

AIDA | Attention, Interest, Desire, Action

AOK | Allgemeine Ortskrankenkasse

ARD | Arbeitsgemeinschaft der öffentlich-rechtlichen Rundfunkanstalten der Bundesrepublik Deutschland

ASI | Arbeitsgemeinschaft Sozialwissenschaftlicher Institute

ASIDAS | Attention, Search, Interest, Desire, Action, Share

AWMF | Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V.

BBG | Behindertengleichstellungsgesetz

BDGS | Bundesdatenschutzgesetz

BGBI | Bundesgesetzblatt

BKK | Betriebskrankenkasse

BMEL | Bundesministeriums für Ernährung und Landwirtschaft

BMG | Bundesministerium für Gesundheit

BMWi | Bundesministerium für Wirtschaft und Energie

BoD | Burden of Disease

BVM | Berufsverband Deutscher Markt- und Sozialforscher

BZgA | Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

CEM | Customer-Experience-Management

COVID | Coronavirus Disease

CRM | Customer-Realtionsship-Management

DAK | Deutsche Angestellten Krankenkasse

DEAS | Deutscher Alterssurvey

DEGS | Deutsche Erwachsenen-Gesundheits-Survey

denic | Regristireungsstelle für deutsche Domains

DGOF | Deutsche Gesellschaft für Online-Forschung e.V.

DIN | Deutsche Industrienorm

DISCERN | Qualitätskriterien für Patienteninformationen

DMP | Disease Management Programm

DPMA | Deutsches Patent- und Markenamt

ECDC | European Center for Disease Control

EFSA | Europäische Behörde für Lebensmittelsicherheit

EID | Emerging and Re-emerging Infectious Diseases

ESOMAR | European Society for Opinion and Marketing Research

FAMOS | Fragebogen zur Analyse Motivationaler Schemata

GBE | Gesundheitsberichterstattung

GbR | Datenbank der Werbung

GEDA | Gesundheit in Deutschland aktuell

GeschmMG | Geschmacksmustergesetz

GHO | Global Health Observatory

GKV | Gesetzliche Krankenversicherung

GKV- GMG | GKV-Modernisierungsgesetz

GKV-GRG 2000 | Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000

HCV | Health-Claims-Verordnung

HMG | Heilmittelgesetz

HTA | Health Technology Assessment

ICC | International Chamber of Commerce

IDF | International Diabetes Federation

IDG | Informations- und Dokumentationszentrum

IfSG | Infektionsschutzgesetz

IGEL | Individuelle Gesundheitsleistungen

IPCC | Intergovernmental Panel for Climate Change

IS-GBE | Informationssystem im Internet (eingerichtet von der Serviceeinrichtung des Statistischen Bundesamts)

ISO | International Organization for Standartization

JÖSchG | Jugendschutzgesetz

KIGGS | Kinder- und Jugendlichen-Gesundheitsstudie

KKV | Komparativer Konkurrenzvorteil

LOHAS | Lifestyles of Health and Sustainability

MarkenG | Gesetz über den Schutz von Marken und sonstigen Kennzeichen

MDS | Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen

 $MWV \mid Mobil funk\text{-}Warn\text{-}Verordnung$ 

MRSA | methicillin-resistente Staphylococcus aureus

NCDs | non communicable diseases

NPO-Marketing | Non-Profit-Marketing

OECD | Organisation for Economic Co-operation and Development

OTC | over the counter

PrävG | Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention

RABE | Rauchen, Alkoholkonsum, Bewegungsmangel, ungesunde Ernährung

15

RKI | Robert Koch-Institut

RNS | ribonucleic acid

DNS | desoxyribonucleic acid

ROI | Return-on-Investment

RStV | Rundfunkstaatsvertrag

RUMBA | relevant, understandable, mesurable, behavioral, attainable

SERVOUAL | Service Quality Assessment

SGB | Sozialgesetzbuch

SMART | specific, mesurable, achievable, relevant, targeted

SOEP | Sozioökonomischer Panel

SWOT | strengths, weakness, opportunities, threats

TK | Techniker Krankenkasse

TMG | Telemediengesetz

UAP | Unique Advertising Proposition

UCP | Unique Communication Proposition

UPP | Unique Passion Proposition

UrhG | Urheberrechtsgesetz

USP | Unique Selling Proposition

UV-Strahlung ∣ ultraviolette Strahlung

UWG | Gesetz gegen den unlauteren Wettbewerb

VBG | Verwaltungs-Berufsgenossenschaft gesetzliche Unfallversicherung

VR | Virtual Reality

WHO | World Health Organisation

ZDF | Zweites Deutsches Fernsehen

Abschnitt I: Hintergründe zum Thema Prävention und Gesundheitsförderung

# 1 Einführung: Gesundheit und Prävention als Gegenstand des Marketings

#### Lernziele

In diesem Kapitel erfahren Sie,

- wie Gesundheit definiert wird und welche Dimensionen Gesundheit einnehmen kann.
- welche Krankheitsbilder in den Industrienationen dominieren.
- welche gesundheits- und präventionspolitischen Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheit und des Gesundheitsverhaltens vollzogen wurden.
- welche Bedeutung die Gesundheit aus unterschiedlichen Perspektiven als Wirtschaftsfaktor einnimmt.

### 1.1 Gesundheit

### 1.1.1 Definition und Dimensionen der Gesundheit

Es existiert in der Wissenschaft eine Vielzahl an Definitionen von Gesundheit. Die wohl bekannteste Definition wurde in der Verfassung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) (Constitution of the World Health Organisation) erstmals 1946 festgehalten und definiert Gesundheit als "Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen" (WHO 2006a: 1). Einerseits beinhaltet diese Definition einen hohen und medizinisch schwer fassbaren Anspruch, der mitunter falsche Erwartungen erweckt und zudem gesellschaftliche Verhältnisse und gesundheitliche Ungleichheiten nicht berücksichtigt (vgl. Kickbusch 1982: 267). Darüber hinaus schließt die Definition die Bedeutung der subjektiv wahrgenommenen Gesundheit, die als ein wesentliches Bewertungskriterium des Gesundheitszustandes in Form der gesundheitsbezogenen Lebensqualität des salutogenetischen Konzepts beschrieben wird, aus. Andererseits bietet die WHO-Definition eine Perspektive, die ganzheitlich ist und weit über eine biomedizinische (körper-

liche) Ebene hinaus soziale sowie emotionale Aspekte miteinschließt. Das Konzept der Salutogenese wurde von dem israelischen Medizinsoziologe Aaron Antonovsky entwickelt auf der Erkenntnis, dass Menschen trotz vielfältiger Gesundheitsrisiken gesund bleiben können. Damit stellt das Konzept der Salutogenese das Gegenstück zur Pathogenese dar, das die Entstehung und Entwicklung von Krankheit in den Fokus stellt. Bei der salutogenetischen Sicht wird Gesundheit und Krankheit nicht traditionell dichotom klassifiziert, da das Konzept von einem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum (health easy-disease continuum) ausgeht, bei dem sich der Gesundheitszustand eines Menschen aus den dynamischen Wechselwirkungen zwischen Gesundheitsrisiken und -ressourcen und seiner Umwelt ergibt. Somit betrachtet die Salutogenese "den Kampf in Richtung Gesundheit als permanent und nie ganz erfolgreich" (Antonovsky 1993: 10). Inwiefern ein Mensch von den Endpolen "völliger Gesundheit" und "völliger Krankheit" entfernt ist, wird nach der Auffassung von Antonovsky von den vorhandenen Widerstandsressourcen und dem Kohärenzgefühl beeinflusst (vgl. Hurrelmann 2006: 125). Dabei wird das Kohärenzgefühl als Orientierungsmaßstab des salutogenetischen Modells verstanden und beschreibt, inwiefern das Gefühl des Vertrauens (vgl. Antonovsky 1997: 36)

- die Anforderungen aus der inneren oder äußeren Umwelt im Verlauf des Lebens strukturiert, vorhersehbar und erklärbar macht (Verstehbarkeit: sense of comprehensibility),
- die Ressourcen verfügbar sind, um den Anforderungen gerecht zu werden (Handhabbarkeit: sence of manageability), und
- es sich lohnt, Energie zu verwenden (Bedeutsamkeit: sence of meaningfulness).

Insbesondere in Belastungssituationen wirkt sich ein starkes Koheränzgefühl positiv auf den Gesundheitszustand aus, da das Stresserleben als weniger belastend empfunden wird. In welchem Maße sich ein Kohärenzgefühl, Selbstwertgefühl, Selbstwertrauen und soziale Kompetenzen entwickeln und damit Menschen eine Stärkung der Problemlösungsfähigkeit erfahren, hängt u. a. von den jeweils gesammelten Partizipationserfahrungen ab. Nicht ohne Grund beschreibt die Verfassung der WHO zudem:

1.1 Gesundheit 21

"Gesundheit wird von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt: dort, wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben. Gesundheit entsteht dadurch, dass man sich um sich selbst und andere sorgt, dass man in die Lage versetzt ist, selbst Entscheidungen zu fällen und eine Kontrolle über die eigenen Lebensumstände auszuüben sowie dadurch, dass die Gesellschaft, in der man lebt, Bedingungen herstellt, die all ihren Bürgern Gesundheit ermöglichen." (WHO 2006a).

### Weiter heißt es:

"Der Besitz des bestmöglichen Gesundheitszustandes bildet eines der Grundrechte jedes menschlichen Wesens, ohne Unterschied der Rasse, der Religion, der politischen Anschauung und der wirtschaftlichen und sozialen Stellung" (WHO 2006a: 1).

Mit der Definition wird deutlich, dass Gesundheit ganzheitlich und mit allen ihren körperlichen, psychischen und sozialen Dimensionen (im Rahmen des Präventionsmarketings) betrachtet werden muss. Die  $\rightarrow$  Tab. 1 zeigt daher beispielhaft, was sich hinter den einzelnen Dimensionen der Gesundheit verbergen kann.

| Dimension                            | Beispiele   |  |  |
|--------------------------------------|---|--|--|
| soziale Aspekte der<br>Gesundheit    | Ausgestaltung und Zufriedenheit mit sozialen Beziehungen, Wahrnehmung sozialer Akzeptanz und Unterstützung, Zugehörigkeit und Gebrauchtwerden |  |  |
| physische Aspekte<br>der Gesundheit  | Funktionsfähigkeit und Beeinträchtigung des körperlichen<br>Gesundheitszustandes  |  |  |
| psychische Aspekte<br>der Gesundheit | emotionale Befindlichkeit, Selbstwertgefühl, Körperselbstbild, Optimismus   |  |  |

Tab. 1: Dimensionen der Gesundheit

Quelle: Eigene Darstellung.

Werden Marketingkonzepte für Präventionsmaßnahmen entwickelt, so muss genauestens analysiert werden, welche Dimensionen der Gesundheit angesprochen werden. Dabei ist zu beachten, dass sich die beschriebenen Dimensionen der Gesundheit gegenseitig – positiv wie negativ – beeinflussen können. So kann sich eine körperliche Beeinträchtigung (z. B. ausgelöst durch eine chronische Erkrankung) auf die psychische Gesundheit negativ auswirken und bspw. bei einem drohenden Arbeitsplatzverlust dazu führen, dass die soziale Gesundheit der Betroffenen (z. B. durch Ausgrenzung, Isolation, Einsamkeit) stark in Mitleidenschaft gezogen wird.

### 1.1.2 Präventive Herausforderungen durch chronische Erkrankungen

Gerade chronische Erkrankungen stehen im Fokus von Präventionsbemühungen. Zu den häufigsten nicht übertragbaren Krankheiten ("non communicable diseases", kurz NCDs) zählen bspw. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs, psychische Gesundheitsprobleme, Diabetes mellitus, chronische Atemwegserkrankungen und Muskel-Skelett-Erkrankungen aber auch Suchterkrankungen.

Laut GEDA-Studie 2019/2020-EHIS geben 51,9 % der Frauen und 46,4 % der Männer an (gesamt: 49,2 %), mindestens von einer chronischen Krankheit betroffen zu sein (vgl. Heidemann et al. 2021: 7). Dabei wird der höchste Anteil der Krankheitslast auch als "**burden of disease"** (kurz BoD) tituliert. Innerhalb der letzten 12 Monate im Untersuchungszeitraum lag bei 30,9 % der deutschen Bevölkerung eine Allergie, bei 17,1 % Athrose, bei 8,9 % Diabetes Mellitus, bei 8,3 % depressive Sympthome, bei 8,0 % Asthma bronchiale und bei 5,8 % eine koronale Herzerkrankung (KHK) vor (vgl. Heidemann, 2021: 9 ff.). Liegen mehrere Erkrankungen gleichzeitig vor, so wird von Multimorbidität gesprochen. Mit 4.140 € pro Einwohner war im Jahr 2015 rund die Hälfte (49,3 %) der Krankheitskosten für

- 1. Herz-Kreislauf-Erkrankungen (570 €),
- 2. Erkrankungen des Verdauungssystems (510 €),
- 3. psychische Verhaltensstörungen (540 €) und
- 4. Muskel-Skelett-Erkrankungen (420 €) verantwortlich (vgl. Statistisches Bundesamt 2019a).

NCDs bergen einen gesamtgesellschaftlichen Schaden in sich, da chronische Erkrankungen

1.1 Gesundheit 23

 nicht nur mit persönlichem Leid, sondern einer Einbuße der selbstbestimmten Lebensführung, -qualität (intangible Kosten) und -erwartung verbunden sind,

- Versorgungskosten (direkte Kosten) und
- durch Arbeitsunfähigkeit und Frührente indirekte Kosten verursachen, da sie oft lebenslang auf das medizinische Versorgungssystem angewiesen sind.

Nicht nur die Betroffenen, sondern auch Angehörige sind betroffen. Denn die Pflege chronisch erkrankter Angehöriger (caregiving burden) kann dazu führen, dass Angehörige ihren Beruf aufgeben müssen oder aufgrund der hohen Belastung selbst erkranken (vgl. Lange et al. 2000: 1130 f.). Die so fehlende wirtschaftliche Leistungsfähigkeit durch den hohen Anteil krankheitsbedingt nicht erwerbsfähiger Bevölkerungsteile stellt eine Belastung für eine Volkswirtschaft dar. Daher ist es Aufgabe der Gesundheitspolitik, den Gesundheitszustand der Bevölkerung – zur Sicherstellung des gesellschaftlichen Humankapitals – zu stärken und unnötige Krankheitskosten für die Gemeinschaft zu vermeiden (vgl. Schwartz 2003: 3). Denn ein langfristig geschwächter Arbeitsmarkt durch Erwerbslosigkeit bzw. -minderung und die zunehmende Verrentungstendenz führt zu einer wirtschaftlichen Leistungsschwächung des sozialen Sicherungssystems. Letztlich können nur dann Sozialleistungen an Bedürftige verteilt werden, wie sie zuvor erwirtschaftet wurden (vgl. Eichenhofer 2007: 30).

Wichtige Informationen über die Entwicklung u. a. chronischer Erkrankungen für die Politik und Forschung, für die Akteure des Gesundheitswesens sowie die breite Öffentlichkeit liefert die Gesundheitsberichterstattung (GBE) (vgl. Bardehle/Annuß 2012: 404). Die in der GBE verwendeten Datenquellen, die sich mit den Häufigkeiten von Erkrankungen und Todesursachen befassen (sogenannte **deskriptive Epidemiologie**), werden von unterschiedlichsten Institutionen zu unterschiedlichen Gebiets- oder Sachbezügen bereitgestellt. Oft handelt es sich hierbei um aggregierte Daten, die routinemäßig in Sammelstatistiken erhoben werden. Aspekte, die bei der GBE betrachtet werden, sind vielfältig und können sich auf gesundheitliche Risikofaktoren und -verhaltensweisen, auf Krankheiten und Gesundheitsstörungen, auf die Inanspruchnahme des Gesundheitssystems und auf die Gesundheitskosten beziehen. Die GBE speisen sich aus amtlichen Statistiken, Statistiken unterschiedlicher Akteure des Gesundheitswesens sowie Surveys.

Wichtigste **amtliche Statistiken** des Bundes und der Länder sind z.B. Bevölkerungsstatistik, Mikrozensus, Pflegestatistik, Krankenhausstatistik, Pflegestatistik, Todesstatistik sowie Statistik meldepflichtiger Erkrankungen, Schwangerschaftsabbrüche, Berufskrankheiten, Geburten und Sterbefälle.

Verschiedene Akteure des Gesundheitswesens erstellen Basis- und Spezialberichte. Während Basisberichte einen Überblick über übergreifende Bereiche (z. B. Geburtenstatistik) bieten, beziehen sich Spezialberichte auf ausgewählte Thematiken. Gerade die GKVn verfügen über eine Vielzahl epidemiologisch routinemäßig erhobener Daten, die in Spezialberichten münden.

- Barmer GEK: Gesundheitsreports der Länder, Zahnreport, Heil- und Hilfsmittelreport, Arzneimittelreport, Pflegereport, Krankenhausreport, Arztreport
- BKK-Bundesverband: BKK-Gesundheitsreport
- DAK-Gesundheit: Gesundheitsreport
- Deutsche Rentenversicherung: Reha-Bericht
- Die Nationale Präventionskonferenz: Präventionsbericht
- Fachverbände: Deutsche Diabetes Union: Gesundheitsbericht Diabetes
- IKK classic: Berichte "Gesundheit im Handwerk"
- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen: Präventionsbericht
- Techniker Krankenkasse: TK-Gesundheitsreport
- WHO: Europäischer Gesundheitsbericht etc.
- WIdO AOK: Versorgungs-Report; Fehlzeiten-Report, Gesundheitsatlas etc.

Zudem existieren weitere Register, die z. B. von Universitäten oder Instituten gepflegt werden. Hinsichtlich der regionalen Perspektive und des Einzugsgebiets lassen sich weitere Gesundheitsberichterstattungen auf internationaler Ebene (z. B. der OECD, WHO oder Europäischen Kommission) und nationaler Ebene (GBE des Bundes, das Robert Koch-Institut sowie die einzelnen Bundesländer) nennen. Wichtige nationale Surveys werden u. a. vom Robert Koch-Institut durchgeführt, z. B. der Bundes-Gesundheits-Survey bzw. die "Gesundheit in Deutschland aktuell"-Studie (GEDA)der Deutsche Erwachsenen-Gesundheits-Survey (DEGS), die telefonische Kinder- und Jugendlichen-Gesundheitsstudie (KiGGS) oder der Deutsche Alters-Survey (DEAS). Darüber existieren zahlreiche weitere

1.1 Gesundheit 25

nationale Surveys zu unterschiedlichsten Themen (wie z. B. "Health Literacy Survey Germany, kurz HLS-GER) oder auch zu Krankheitsbildern (wie der "Epidemiological Survey of Substance Abuse", kurz ESA). Wichtige internationale Surveys sind bspw.: International Health Policy Survey (IHP), Global Drug Survey (GDS), Health Behaviour in School-aged Children und National Health Interview Survey (HBSC). Spezifische Datenselektionen können auf nationaler Ebene mithilfe des Informationssystems für die Gesundheitsberichterstattung selbst vornehmen. Das Informations- und Dokumentationszentrum (IDG), eine Serviceeinrichtung des Statistischen Bundesamts, hat hierzu im Internet das Informationssystem IS-GBE eingerichtet (> www.gbe-bund.de). Mit der Hilfe des Informationssystems können individuelle Selektierungen, bspw. zur Bedarfsermittlung und Argumentationsuntermauerung, für präventive Marketingmaßnahmen vorgenommen werden. Auch auf internationaler Ebene existieren Informationssysteme zur Gesundheitsberichterstattung, wie bspw. die OECD-Datenbank oder der WHO. In der Datenbank der Organisation for Economic Co-Operation and Development (OECD), also eine Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (► stats.oecd.org) können nicht nur wirtschaftliche Indikatoren, sondern auch Gesundheitsindikatoren (z. B. Mortalität, Lebenserwartung, arbeitsbedingte Fehlzeiten, Übergewicht, Tabakkonsum) der Mitgliedsstaaten selektiert werden. Über das Global Health Observatory (GHO) der WHO (► www.who.int/data/gho) können vielfältige Indikatoren (z. B. Verkehrsicherheit, Gewaltprävention, Ernährung, Body-Mass-Index (BMI), Umwelt und Gesundheit, Luftqualität, ansteckende Krankheiten, Impfquoten etc.) der unterschiedlichen Länder selektiert und eingesehen werden.

### Linktipps

Gesundheitsmonitoring des RKI: > www.rki.de (Gesundheitsmonitoring)

Informationssystem IS-GBE: ➤ www.gbe-bund.de

Gesundheitsmonitoring der WHO: ➤ www.who.int/data/gho

### 1.1.3 Präventive Herausforderungen durch Infektionskrankheiten

Welche drastischen Folgen Infektionskrankheiten für Mensch und Gesellschaft haben können, wurde spätestens nach dem COVID-19-Ausbruch im

Dezember 2019 deutlich. Dabei können Infektionskrankheiten als ständiger Begleiter des Menschen angesehen werden, da Menschen von einer unüberschaubaren Anzahl von Viren, Bakterien, Pilzen und Parasiten befallen werden und entsprechend erkranken können (vgl. Vogel/Schaub 2021: 1). Neue sowie vermehrt auftretende Infektionskrankheiten werden unter dem Begriff "emerging and re-emerging infectious diseases" (kurz EID) zusammengefasst und stellen trotz verbesserter hygienischer, diagnostischer und therapeutischer Errungenschaften eine große Herausforderung für Medizin und Gesundheitspolitik dar. Der Grund für die gewachsene Bedrohung des Menschen durch die Einschleppung und Verbreitung von Infektionskrankheiten kann in der Zunahme weltweiter Handelsbeziehungen und Fernreisen sowie der steigenden internationalen beruflichen Mobilität gesehen werden (vgl. Hellenbrand 2003: 7). Dabei können sich Infektionskrankheiten mehr oder weniger über die eigenen Landesgrenzen hinaus ausbreiten: Von einer Endemie wird dann gesprochen, wenn eine Erkrankung bzw. ein Erreger innerhalb eines geografisch definierten Gebietes oder einer bestimmten Bevölkerungsgruppe konstant auftritt. Eine **Epidemie** liegt dann vor, wenn mehr Krankheitsfälle auftreten als überlicherweise erwartet werden. Liegt eine Erkrankungswelle vor, bei der eine große Anzahl von Menschen betroffen ist und die sich weltweit oder über ein weites Gebiet inklusive des Überschreitens internationaler Grenzen ausbreitet, dann kann von einer Pandemie gesprochen werden (vgl. Ammon 2020: 201). Dabei setzt das Vorliegen einer Infektion einen Erreger, einen Übertragungsvorgang sowie einen empfänglichen Wirtsorganismus voraus (vgl. Ammon 2020: 206).

Die Übertragung, das Haftenbleiben und das Eindringen von Mikroorganismen (Viren, Bakterien, Pilze, Protozoen) in einen Makroorganismus (Mensch) kann direkt oder indirekt erfolgen. Eine **direkte Übertragung** liegt vor, wenn der Erreger direkt aus dem Reservoir auf den Wirtsorganismus übergeht (z. B. durch Berührung, Einatmen infektiöser Tröpfchen, Tierbiss). Bei einer **indirekten Übertragung** erfolgt die Übertragung vom Erreger zum Wirtsorganismus über ein Transportmittel. Dies kann entweder über ein Vehikel (z. B. Lebensmittel, Wasser, ärztliche Instrumente) oder einen Vektor (z. B. Insekten, Nagetiere) geschehen. Auch Luft kann zum Vehikel werden und den Erreger indirekt übertragen, so dass die Infektion nicht durch den direkten Kontakt (wie bei der Tröpfcheninfektion) erfolgt (vgl. ebd.).

1.1 Gesundheit 27

Infektionkrankheiten können danach unterteilt werden, über welchen Übertragungsweg der Erreger den Wirtsorganismus befällt (vgl. Groß 2013: 30; Weiß 2013: 206 ff.; Schulz-Stübner 2017: 317):

- Infektionen durch Bakterien: Bakterielle Infektionskrankheiten (z. B. Diphterie, Tetanus, Scharlach) werden durch einzellige Lebenswesen (Bakterium) in der Umwelt (Luft, Wasser, Lebensmittel etc.) ausgelöst.
- Infektionen durch Viren: Virale Infektionskrankheiten können über Tröpfcheninfektionen, Blutderivate, Schmierinfektionen, Sperma oder Tiere übertragen werden. Unterschieden werden RNS-Viren (z. B. Mumps, Masern, HIV, Influenza, Hepatitis A) sowie DNS-Viren (z. B. Pockenvirus, Hepatitis-B-Virus).
- Infektionen durch Zoonosen und Parasiten: Zoonotische Infektionskrankheiten (wie z. B. FSME, Borriliose, Malaria, Tollwut, BSE) liegen vor, wenn Erreger zwischen Wirbeltier und Mensch übertragen werden. Parasitäre Infektionskrankheiten werden durch Parasiten bzw. Protozonen (Einzeller), Helminthen (Würmer) oder Arthopoden (Gliederfüßler) hervorgerufen.
- Infektionen durch nosokomiale Erreger: Nosokomiale Infektionen (bzw. Krankenhausinfektionen) stellen Infektionen (z. B. durch Staphylokokken) dar, die Patienten in Krankenhäuser bekommen können. MRSA-Stämme, die zu einer nosokomialen Infektion führen, können sowohl von betroffenen Patienten stammen (endogene Infektionen) als auch exogen von anderen Menschen oder Tieren bzw. durch die unbelebte Umgebung (z. B. gemeinsam benutzte Badetücher) übertragen werden.
- Infektionen durch Pilze: Pilzinfektionen werden durch Mykosen (Pilze) verursacht. Solche krankheitsauslösenden Erreger können bspw. Dermatophyten, Hefepilze oder Schimmelpilze sein.

Grundsätzlich kann eine Immunität und damit der Schutz vor der krankmachenden Wirkung des Erregers natürlich, durch eine frühere durchgemachte Infektion mit demselben Erreger (spezifsche Immunität) aktiv (durch Impfung) oder passiv (durch spezifsche Immunglobuline) erreicht werden (vgl. Ammon 2020: 206). Dabei erzeugen Impfungen sowohl eine individuelle Immunität als auch eine kollektive Immunität (**Herdenimmunität**) gegen die Infektionskrankheit, wenn eine hohe Durchimpfungsrate erreicht wird. Wird eine Herdenimmunität von bspw. 95 % erreicht, profitieren die restli-

chen 5 % der nicht geimpften Personen, da die Wahrscheinlichkeit, sich zu infizieren, sinkt (vgl. Krauth/Oedingen 2021: 131). Für Präventionsinterventionen ist es wichtig zu wissen, dass die Motive für eine positive Impfentscheidung teils geschlechtsunabhängiger, teils aber auch geschlechtsspezifischer Natur sind. Dabei stellen eine gute Imformationsbasis zum Nutzen von Impfungen, das Vertrauen in das Gesundheitssystem sowie eine vertrauensvolle Arzt-Patienten-Beziehung geschlechtsunabhängige Faktoren dar, die eine Impfentscheidung begünstgen. Bei Männern scheint besonders der Abbau von Barrieren (Zeit, Entfernung, reibungsloser Ablauf der Impfung etc.) sowie die Sensibilisierung für potenzielle Gesundheitsgefahren im Falle einer Nichtimmunisierung relevant zu sein, während bei Frauen soziale Faktoren (z. B. bereits geimpfte Angehörige, Schutz der Familie) einen großen Einfluss auf die Impfwahrscheinlichkeit ausüben. Genderspezifische Motive sowie z. B. der Beziehungsstatus oder das Vorhandensein von schutzbedürftigen Kindern oder Angehörigen etc. sind folglich auch bei der Gestaltung von Impfkampagnen von Bedeutung, um die Impfbereitschaft mithilfe einer zielgruppenspezifischen Ansprache erhöhen zu können (vgl. Scherenberg/Preuß 2021: 59). Daneben stehen weitere Konzepte zur Eindämmung wie z. B. Aufklärung, Kontaktreduzierung, Identifizierung und Isolierung von Erkrankten, Screening und neuere Ansätze wie Apps zur Kontaktnachverfolgung im Zentrum der Präventionsbemühungen (vgl. Vogel/Schraub 2021: 56). Die Grundlage für die Verordnungen zur Eindämmung von Pandemien (z. B. Kontaktbeschränkungen oder Schließungen von Schulen etc.) bildet das "Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen" (Infektionsschutzgesetz, kurz IfSG). Dabei stellt die Meldepflicht für Infektionskrankheiten ein international etabliertes Instrument zur Krankheitskontrolle (Surveillance) und Krankheitsprävention dar. Während die meldepflichtigen Krankheiten (Arztpflicht) im § 6 des IfSG hinterlegt sind, regelt der § 7 des IfSG meldepflichtige Krankheitserreger (Labormeldepflicht). Während das RKI in Deutschland die zentrale Behörde zur Überwachung von Infektionskrankheiten ist, hat sich seit 2005 mit dem "European Center for Disease Controll" (kurz ECDC) ein EU-weites Netzwerk zur Überwachung von Infektionskrankheiten etabliert (vgl. Ammon/Faensen 2009: 176). Infektionskrankheiten gewinnen hierzulande nicht nur angesichts der Globalisierung an Bedeutung, sondern auch der Klimawandel beeinflusst die Zunahme an Infektionskrankheiten und damit die Bedeutung von präventiven Interventionen, wie das folgende Kapitel verdeutlicht.