

Rosenbrock, Rolf

Book Part

Gesundheitsförderung - Ansprüche und Wirklichkeiten.
Einleitendes Referat bei der Podiumsdiskussion zur
Gesundheitsförderung in Berlin, Okt. 1992

Provided in Cooperation with:

WZB Berlin Social Science Center

Suggested Citation: Rosenbrock, Rolf (1993) : Gesundheitsförderung - Ansprüche und Wirklichkeiten. Einleitendes Referat bei der Podiumsdiskussion zur Gesundheitsförderung in Berlin, Okt. 1992, In: Selbsthilfe Kontakt- und Informationsstelle (Berlin) (Ed.): Der Gesundheit auf die Beine helfen: Diskussion zur Gesundheitsförderung in Berlin, Selbsthilfe Kontakt- und Informationsstelle, Berlin, pp. 6-10

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/122787>

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.



WZB-Open Access Digitalisate

WZB-Open Access digital copies

Das nachfolgende Dokument wurde zum Zweck der kostenfreien Onlinebereitstellung digitalisiert am Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung gGmbH (WZB). Das WZB verfügt über die entsprechenden Nutzungsrechte. Sollten Sie sich durch die Onlineveröffentlichung des Dokuments wider Erwarten dennoch in Ihren Rechten verletzt sehen, kontaktieren Sie bitte das WZB postalisch oder per E-Mail:

Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung gGmbH
Bibliothek und wissenschaftliche Information
Reichpietschufer 50
D-10785 Berlin
E-Mail: bibliothek@wzb.eu

The following document was digitized at the Berlin Social Science Center (WZB) in order to make it publicly available online.

The WZB has the corresponding rights of use. If, against all possibility, you consider your rights to be violated by the online publication of this document, please contact the WZB by sending a letter or an e-mail to:

Berlin Social Science Center (WZB)
Library and Scientific Information
Reichpietschufer 50
D-10785 Berlin
e-mail: bibliothek@wzb.eu

Digitalisierung und Bereitstellung dieser Publikation erfolgten im Rahmen des Retrodigitalisierungsprojektes **OA 1000+**. Weitere Informationen zum Projekt und eine Liste der ca. 1 500 digitalisierten Texte sind unter <http://www.wzb.eu/de/bibliothek/serviceangebote/open-access/oa-1000> verfügbar.

This text was digitizing and published online as part of the digitizing-project **OA 1000+**. More about the project as well as a list of all the digitized documents (ca. 1 500) can be found at <http://www.wzb.eu/en/library/services/open-access/oa-1000>.

Gesundheitsförderung – Ansprüche und Wirklichkeiten

Dr. Rolf Rosenbrock

(Dr. Rosenbrock stellte einige Überlegungen zu den Grundzügen und den Schwierigkeiten des WHO-Konzepts zur Gesundheitsförderung an den Anfang der Diskussion. Es folgt eine Zusammenfassung seines Referates anhand von Tonbandaufzeichnungen.)

Einleitung

Betrachtet man die letzten 100 Jahre Gesundheitspolitik, so finden sich überragende Erfolge von Präventionspolitik. Der Sieg über die alten großen Infektionskrankheiten des 19. Jh. ist ja z.B. nicht, wie vielfach noch angenommen, ein Sieg der Medizin gewesen, sondern ein Sieg der Primärprävention. Noch heute kann man sagen, eine gute Arbeitsmarkt-, Wohnungs-, Bildungs- und Sozialpolitik ist immer noch die beste Gesundheitspolitik. Und das hat sicherlich auch sehr viel mit Gesundheitsförderung zu tun.

Wir leben in einem Zeitalter der chronisch-degenerativen Erkrankungen, die 75% – 90% unseres Morbiditäts- und Mortalitätsgeschehens ausmachen. Diese Krankheiten sind multifaktoriell, z.T. unspezifisch verursacht. Sofern sie einmal eingetreten sind, sind sie medizinisch kaum mehr zu heilen. Die genaue Verursachung dieser Erkrankungen kennen wir nicht, aber eine große Vielzahl epidemiologischer und sozialempidemiologischer Studien weisen auf die Faktorenbereiche hin, die zur Entstehung dieser Krankheiten beitragen: dies sind unzureichende materielle Mittel, das Fehlen der Eingebundenheit in soziale Netze (sei es in der Familie, mit Freunden oder am Arbeitsplatz), schlechte Arbeitsbedingungen (Schwerarbeit, Monotonie, Fremdbestimmtheit, Schichtarbeit etc.), unzureichende Wohnbedingungen und natürlich auch die persönliche Konsumgewohnheit sowie das persönliche Bewegungsverhalten, welche in einem engen Wechselverhältnis mit den Lebensverhältnissen stehen.

Der amerikanisch-israelische Gesundheitswissenschaftler A. Antonovsky hat nun nicht die Frage gestellt, woran die Menschen erkranken, sondern er hat gefragt, wie und wodurch Menschen überhaupt gesund bleiben – auch unter den ganzen Zumutungen, die uns unsere Zivilisation aufherrscht. Er hat in vielen sozialpsychologischen Untersuchungen herausgefunden, daß es im wesentlichen drei Faktoren sind:

Individuen und Gruppen bleiben eher gesund, wenn

1. die Belastungen, Zumutungen und Anforderungen, mit denen sie konfrontiert werden, vorhersehbar und einordnungsfähig sind (comprehensibility),
2. Möglichkeiten zur Reaktions- und Handlungsfähigkeit und zur Erzielung von Effekten auf diese Ereignisse gegeben sind (manageability), und

3. die Möglichkeit besteht, daß individuelle oder kollektive Ziele angestrebt und/oder auch erreicht werden können (meaningfulness).

Diese drei Faktoren zusammen (die Vorhersehbarkeit, die Machbarkeit und Sinnhaftigkeit) nennt er den sense of coherence. Diese individuelle Basisressource hat zwei wichtige Implikationen: sie ist einerseits eine Art „psychosoziales Immunsystem“, das es ermöglicht, besser mit Belastungen, auch extremen Umwelthanforderungen, umzugehen und sie beinhaltet andererseits auch die Fähigkeit, Gesundheitsbelastungen sensibel bei sich wahrzunehmen und sich dagegen zu wehren.

Und das ist es auch im Kern, was die WHO mit ihrem Konzept der Gesundheitsförderung meint, dessen 5 zentrale Punkte im folgenden erläutert werden, damit klar wird, worum es gesundheitspolitisch geht.

Das WHO-Konzept zur Gesundheitsförderung

Das WHO-Konzept zielt auf eine Veränderung des persönlichen Herangehens an die Umwelt (i.w.S.) und auf ein anderes Begreifen von Gesundheit sowie auf die Reduzierung von krankheitsverursachenden Faktoren.

In diesem breiten Sinne kann das Projekt Gesundheitsförderung der WHO, wie es in der Ottawa-Charta von 1986 niedergelegt ist, aufgefasst werden:

1. Zielgruppe ist die gesamte Bevölkerung und sind nicht nur bestimmte Risikogruppen.
2. Aktivitäten sollen auf die Entstehungsbedingungen und Ursachen für Krankheit und Gesundheit gerichtet sein. (Gesundheit und Krankheit werden also als gesellschaftlich und individuell produzierbar angesehen. Auch Maßnahmen zur Primärprävention sind erforderlich. Gesundheitsförderung ist nicht ein Vorwand, um mögliche Primärprävention zu unterlassen, sondern Gesundheitsförderung schließt insoweit auch Strategien der Senkung spezifischer Risiken, z.B. in der Arbeitswelt, ein.
3. Alle Akteure sollten im Hinblick auf die Aktivierung von Bürgern und Bürgerinnen gemeinsam agieren (z.B. einzelne Gruppen, öffentliche Administration, Gesundheits-/Krankheitsversorgungssystem sowie Vertreter sozialer Bewegungen).
4. Das Konzept zielt auf die konkrete Teilhabe der Bürger am öffentlichen Geschehen ab. Es geht also um direkte und tatsächliche Partizipation (nicht nur um irgendwelche formalisierten Mitbestimmungsgremien).
5. Professionelle im Gesundheitswesen sollen nicht stellvertretend für andere handeln. Vielmehr haben sie die Aufgaben:
 - a) Interessen vertreten (Vertretung der Interessen der Zielgruppen ihrer Aktivitäten, „advocating“)
 - b) Befähigen (sie sollen diese Gruppen und Menschen befähigen, ihre Probleme selber zu artikulieren, „enabling“), und
 - c) Vermitteln (sie sollen die Bedürfnisse dieser Gruppen an offizielle Institutionen kommunikativ vermitteln, „mediating“).

Ansprüche und Wirklichkeiten – Reflektionen über das Konzept

Beim Wort genommen ist dies ein ausgesprochen kämpferischer Ansatz, der politische Auseinandersetzungen nicht scheut und auch das Vorhandensein entgegengewirkender Interessen und Mächte nicht ignoriert. Es ist klar, daß ein solches Konzept nicht einfach mit dem guten Willen und der administrativen Intelligenz einiger Bezirksämter, Krankenkassen oder Gesundheitsminister durchzusetzen ist.

Derzeit gibt es in Deutschland zumindest keine großen, organisierten sozialen Kräfte und Bewegungen – sieht man einmal von den Gewerkschaften ab –, die das Gesundheitsmotiv im Sinne dieser WHO-Konzeption auf ihre Fahnen geschrieben haben.

Einerseits ist das Thema Gesundheitsförderung hoch thematisiert und wird vielfach diskutiert, es gibt aber auf der anderen Seite keine entsprechenden Rahmenbedingungen bzw. Basisbewegungen, die über entsprechende Handlungs- und Veränderungspotentiale verfügen.

Viele Aktivitäten und Angebote können als symbolische Politik beschrieben werden. Diese symbolische Politik nimmt sich dann aus der Logik der jeweiligen Akteure jener Probleme an, die sowieso in ihrem Zugriffsbereich liegen.

Zum Beispiel sind in Charlottenburg (gemeint ist die Leit- und Planstelle für Gesundheitsförderung) verdienstvolle Projekte, im Sinne der besseren Versorgung von Alten, psychisch Kranken, Klein- und Schulkindern auf dem Wege. Das sind gute Weiterentwicklungen der gesundheitlichen Versorgung, aber eben aus der Handlungslogik eines Bezirksamtes heraus entwickelt.

Betrachtet man die AOK, so wird deutlich, daß sie im Wettbewerbszwang mit anderen Krankenkassen und unter dem Druck sich zu profilieren Aktivitäten unternimmt. Im Wesentlichen werden auf Public Relations und Wettbewerb zielende Ansätze zur Verhaltensprävention verfolgt – die Änderung von Lebensverhältnissen steht nicht im Blickfeld.

Im Bereich der Unternehmen ist man zunehmend daran interessiert, eine motivierte Belegschaft zu haben, wobei dem Gesundheitsmotiv eine immer größere Rolle beigemessen wird. Und so verbinden sich dort Strategien des besseren „human resource management“ oder der „corporate identity“ mit dem Motiv der Gesundheitsförderung.

Jeder mag dabei etwas Sinnvolles tun, jeder mag dabei mit großem Sachverstand und auch mit sozialen Engagement etwas erreichen, aber dieses ist weit entfernt von einer Umsetzung des WHO-Konzeptes. Es kommt hinzu, daß solche Aktivitäten, die für sich genommen ganz wunderbar und menschenfreundlich sind, dem Druck und Sogeffekten des politischen Kräftefeldes, also dem Kräftefeld aus Institutionen, Professionen, Normen und wirtschaftlichen Interessen, innerhalb derer sie entstanden sind, zu erliegen pflegen, also gewissermaßen verdaut werden.

Daher stellt sich die Frage: Kann sich aus dem, was wir an Gesundheitsförderung vorfinden, eine Dynamik entfalten, die sich in Richtung auf dieses anspruchsvolle Konzept hin entwickelt?

Der Politikwissenschaftler muß hier eher Skepsis anmelden. Denn nicht nur in dem Feld der Gesundheit wurde die Erfahrung gemacht, daß solche inkrementalen Veränderungen kaum in der Lage sind, einen Paradigmenwechsel zu begründen. Sofern die tatsächliche Umsetzung des WHO Konzeptes realisiert werden sollte, wäre also eine völlig neue Herangehensweise an alte Probleme gefordert.

Ist die WHO-Konzeption deshalb falsch oder illusorisch?

Die Antwort darauf ist gespalten: Das Programm ist illusorisch im Hinblick darauf, daß es die Umsetzungsbedingungen und die entgegenwirkenden Kräfte nicht miteinbezieht. Das ist nun allerdings dem Charakter der WHO geschuldet, die eine Regierungsinstitution ist, und mit Regierungen kooperiert. Insofern trifft das Programm in gewisser Weise auf die falschen Adressaten, weil es sich an staatliche oder sonstige offiziellen Stellen richtet, obwohl eigentlich soziale Bewegungen gemeint sind.

Das WHO-Konzept ist gut und richtig, weil es im Hinblick auf die Bekämpfung der heute vorherrschenden Gesundheitsprobleme in hochindustrialisierten Gesellschaften auf dem Stand unseres Wissens über Prävention und Krankheitsverhütung und über die Produktion von Gesundheit beruht. Man kann also sagen, daß das WHO-Konzept tragfähig ist und seine Tragfähigkeit auch bewiesen hat, sofern es von sozialen Bewegungen aufgenommen wurde.

Wir finden die besten Umsetzungen des Konzeptes im Bereich z.B. von Aids, im Umgang mit frauenspezifischen Gesundheitsproblemen und bei einzelnen Ansätzen in der Arbeitswelt. Also genau dort, wo soziale Bewegungen, also z.B. Gewerkschaften, Frauenbewegung, Schwulenbewegung, wichtige Kerngedanken des WHO-Konzeptes aufgenommen haben und diese zur Grundlage ihrer Kooperation mit staatlichen Stellen, mit dem Krankenversorgungssystem etc. machten.

Heißt das aber nun, daß das WHO-Konzept untauglich für die Umsetzung durch bestehende staatliche und Versorgungsinstitutionen ist und nur von Basisbewegungen in strikter Opposition zu gewachsenen Institutionen umzusetzen ist ?

Die Antwort auf diese Frage ist wiederum gespalten: Das Konzept ist als Leitlinie staatlicher Gesundheitspolitik untauglich, weil die notwendige Basisressource, die Aktivierung nicht direkt durch staatliche Aktivitäten produziert werden kann. Die Motivation zur Aktion ist zudem auch keine Angelegenheit, die primär vom Staat und von professionellen Krankenversorgungssystemen als Aufgabe wahrgenommen werden kann. Und zwar auch nicht durch beständig schönfärberische Sprache und Medienbotschaften. Und damit spreche ich ein zentrales Problem an: Ich habe den Eindruck, das diese ständige Schönfärberei und das „Es-ist-schon-ganz-viel-erreicht-Gerede“ der Substanz der Idee mehr

schadet als nützt und die für die meisten Menschen noch nicht praktisch erfahrbare Glaubwürdigkeit des Konzeptes weiter erschüttert.

Das Konzept bietet sinnvolle Ansatzpunkte auch für staatliches Handeln, insofern die bestehenden Institutionen oft über Handlungsmöglichkeiten verfügen, die das Problembewußtsein schärfen und ohne die die Aktivierungsbereitschaft von Bürgern und Bürgerinnen gar nicht zum Zuge kommen könnte und statt dessen in hilflosem stummen Groll verharren müßte. Im Optimalfall, und der ist gar nicht so selten, verhalten sich Aktivierbarkeit von Bürgern und von staatlichen Institutionen wie notwendige und hinreichende Bedingungen zueinander.

Entwicklung von Prioritäten in der Gesundheitsförderung

Prioritäten in der Gesundheitsförderung werden von den handelnden Institutionen bislang weitgehend aus ihren jeweils eigenen Bedürfnissen und Handlungslogiken entwickelt.

Es erscheint sinnvoller, die Bürger zu fragen, welche Probleme ihnen eigentlich auf der Seele brennen und was sie gesundheitlich belästigt. Denkbare Aussagen hierzu wären z.B. Lärm, Verkehr, Arbeitslosigkeit, Wohnungsprobleme. Diese Themen und Brennpunkte könnten dann Anknüpfungspunkte für wirklich breite Strategien zur Gesundheitsförderung sein.

Dieses Konzept hat den Vorteil, an der knappsten Ressource, der mobilisierbaren Bürgerbeteiligung anzusetzen. Es kann auch Nachteile haben: die Unzufriedenheit der Bevölkerung, die unterschiedliche Artikulationsfähigkeit unterschiedlicher Gruppen und Schichten der Bevölkerung muß keineswegs den gesundheitswissenschaftlich ermittelbaren Prioritäten in der Reihenfolge der Größe von Risiken und der Machbarkeit von Interventionen, also der Logik von Potentialen des Risikos und Potentialen der Prävention, führen. Im Extremfall können auf diese Weise sogar weitere Bevorteilungen ohnehin privilegierter Gruppen und Schichten zustande kommen. Solche Widersprüche und Spannungen zwischen halbwegs objektiv ermittelbaren Prioritäten und artikulierten Bedürfnissen können wohl nur im öffentlichen und demokratischen Diskurs gemindert werden. Eine Kommunale Gesundheitsberichterstattung, die als Kartographie gesundheitlicher Risiken und gesundheitspolitischer Interventionsmöglichkeiten angelegt ist und gelesen werden kann, ist wesentliche Voraussetzung eines solchen Diskurses. Gesundheitsforen und Gesundheitskonferenzen, die sich diesem Anspruch stellen, können die geeignete Form der Diskussion und Austragung sein.

Es bleibt die Frage:

Wie und wodurch können wir also mit einem möglichst schnellen Erfolg rechnen, der zeigt, daß über Aktivierung sowohl die persönliche Herangehensweise an Gesundheitsprobleme, als auch die Sensibilität für Gesundheitsbelastungen sowie die Bereitschaft, sich auch kämpferisch gegen gesundheitswidrige Lebensbedingungen zu Wehr zu setzen, zu erzielen sind?