

TEIL I

GRUNDLAGENWISSEN: GESUNDHEIT UND GESUNDHEITLICHE VERSORGUNGSSTRUKTUREN

1 Gesundheit, Krankheit und Gesundheitsförderung aus Sicht der Sozialen Arbeit

„Nach landläufiger Auffassung ist gute Gesundheit durch regelmäßiges Körpertraining, vorzugsweise von schweißtreibender Art ..., durch weitgehend vegetarische Ernährung, Vermeidung von Stress, Abstinenz von Suchtmitteln und Schutz vor Industriechemikalien zu programmieren. Genau das sind jedoch die Bedingungen, unter denen große Teile der Menschheit zu allen Zeiten gelebt haben. Menschen in bäuerlichen Gemeinschaften haben sich täglich mit ... Landarbeit abgegeben, sie haben wenig oder kein Fleisch gegessen; sie haben keine Suchtmittel genommen; sie hatten keine Stechuhren zu bedienen ..., und ihre Umwelt war frei von ... Pestiziden, Lebensmittelzusätzen und Luftverschmutzung. Warum sind sie dann mit 35 Jahren gestorben?“ (Sagan 1992, S. 14)

Was Sie in diesem Kapitel lernen können

Die *Gesundheit* wird von zahlreichen Faktoren beeinflusst, wobei körperliche und psychische Aspekte und Umweltfaktoren in einer komplexen Wechselbeziehung stehen. Einerseits wird zunehmend gesundheitliche Eigenverantwortung gefordert, andererseits ist es gerade aus Sicht der Sozialen Arbeit bedeutsam, Zusammenhänge von sozialer Ungleichheit und Gesundheit zu verstehen und zu kommunizieren. Im Hinblick auf *Krankheit* und Behinderung räumt die Gesellschaft den Ärzten ein Definitionsmonopol ein. Für die Soziale Arbeit ist es dennoch hilfreich, gängige Klassifikationssysteme zu kennen und kritisch beleuchten zu können. Mit Blick auf zentrale Dokumente der Weltgesundheitsorganisation (WHO) wird weiterhin die Gesundheitsförderung thematisiert. Hierbei zeigt sich, dass diese nicht nur die Aufgabe eines gesellschaftlichen Sektors – des Gesundheitswesens – ist, sondern eine gesellschaftliche Querschnittsaufgabe.

Man spricht von einem *bio-psycho-sozialen Modell* der Gesundheit. Oder, um die Formulierung von Uexküll & Wesiak (1988, S. 607) zu benutzen: „Gesund-

heit muss ... auf drei Ebenen definiert werden, die sich gegenseitig voraussetzen und ergänzen: Auf einer Ebene der Vorgänge, die innerhalb des menschlichen Körpers ablaufen, auf einer Ebene der individuellen Wirklichkeiten und auf einer Ebene sozialer Systeme.“ Für manche Fragestellungen wird man sich eher auf eine dieser Ebenen konzentrieren, ebenso spannend ist es jedoch, die Wechselbeziehungen zwischen den Ebenen zu betrachten. Auf der Ebene der individuellen Wirklichkeiten spielen die Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit, die in der Bevölkerung verbreitet sind und somit vermutlich auch Sie als LeserIn beeinflussen, eine bedeutende Rolle. Die gängigsten Gesundheitskonzepte von Laien definieren:

1. Gesundheit als Nichtkranksein
2. Gesundheit als körperliche Fitness (diese Vorstellung wird besonders von Männern hervorgehoben)
3. Gesundheit als intakte soziale Beziehungen (dieses Konzept wird eher von Frauen vertreten)
4. Gesundheit als Funktionstüchtigkeit (seinen alltäglichen Aufgaben und Aktivitäten nachgehen können, was besonders bei älteren Menschen im Vordergrund steht)
5. Gesundheit als psychisches und soziales Wohlbefinden (Naidoo & Wills 2010).

Die bekannte *WHO-Definition der Gesundheit* setzt bei dem subjektiven Wohlbefinden im sozialen Kontext an und bezeichnet Gesundheit als *Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur als Fehlen von Krankheit oder Gebrechen*. Aber ist dabei das Gesundheitsgefühl eines Menschen tatsächlich gesund? Beruht es auf gesundem Selbstvertrauen und einer guten Körperwahrnehmung oder auf der Verdrängung von Schwächen, einem Druck, jung, gesund und dynamisch zu wirken, und einer Kaschierung sozialer Konflikte? Und ist andererseits Gesundheit bei einer so anspruchsvollen Definition und einer im letzten Jahrhundert rapide angestiegenen Lebenserwartung überhaupt noch möglich? Fühlen Sie sich nach dieser Definition wirklich gesund?

In der WHO-Definition wird von einem Zustand gesprochen, so dass die zeitliche oder genauer gesagt die *biografische Perspektive* weniger in den Blick gerät. Gerade das persönlich erworbene Potential spielt jedoch neben den biologisch gegebenen, ererbten Voraussetzungen und dem gesellschaftlichen Kontext eine ganz bedeutsame Rolle. Genau diese Entwicklung der persönlichen Widerstandsressourcen und Entfaltungsmöglichkeiten soll mit der am Lebenslauf orientierten Gliederung des vorliegenden Buches in den Blick geraten. Hierbei werden auch immer wieder die Möglichkeiten der *Selbstsorge* thematisiert, weniger jedoch als geforderte Eigenverantwortung für die Gesundheit, sondern vielmehr als eine biografisch erworbene gute Beziehung zu sich selbst, in der sich die lebenslangen Beziehungserfahrungen mit anderen spiegeln. Eine gute Beziehung zum eigenen Körper erlaubt es, genauer hinzuspüren, Signale für Überforderung und Gefährdung ernst zu nehmen, rechtzeitig Auszeiten zu nehmen und bei Erkrankungen therapeutische Hilfe anzunehmen, diese Hilfe dann – soweit möglich – zu nutzen, um wieder zu gesunden und die eigenen Lebensziele zu verfolgen. Bei guter

Selbstsorge kann Krankheit auch als Chance erlebt werden, das Leben neu auszurichten. Diese Innensicht auf die Gesundheit ist jedoch nur eine mögliche Perspektive, sie wird in den Gesundheitswissenschaften und in der Medizin durch unterschiedliche objektive, von unabhängigen Beobachtern erhebbare Messgrößen ergänzt. In diesem einführenden Kapitel werden Sie – ebenso wie in vielen Zusammenhängen der Sozialen Arbeit – zwischen verschiedenen Perspektiven auf die Gesundheit wechseln, mit dem Ziel, im Fortgang dieses Lehrbuches, im weiteren Studium und in der praktischen Tätigkeit zu immer komplexeren Syntheseleistungen zu gelangen.

Die *Lebenserwartung* von Neugeborenen in Deutschland beträgt derzeit den Angaben des Statistischen Bundesamtes zu Folge für Männer mehr als 77 Jahre und für Frauen sogar über 82 Jahre (Internetquelle 1). Bitte überlegen Sie kurz, womit diese im letzten Jahrhundert rapide angestiegene Lebenserwartung zusammenhängen könnte, und werfen Sie dann einen Blick auf die Tabelle 1!

Tab. 1: Einige Ursprünge moderner Gesundheit und Lebenserwartung (modifiziert nach Sagan 1992, S. 292)

Gesellschaftliche Faktoren	Familiäre Faktoren	Persönliche Faktoren
Größere wirtschaftliche Sicherheit von Familien	Bessere Bedingungen für Schwangere und Eltern	Höheres Geburtsgewicht, weniger Schädigungen vor, während und nach der Geburt
	Familienplanung	Geringere Geschwisterzahl
Fortschritte der Medizin in Diagnostik, Prävention und Therapie	Wahrnehmung von Untersuchungen, Behandlungsmöglichkeiten und Schutzimpfungen	Größere Immunität
		Bessere körperliche Fitness und höhere Wachstumsrate
Bessere Nahrungsversorgung	Mehr Fürsorge und bessere Ernährung	
Größere physische Sicherheit und Schutzmaßnahmen am Arbeitsplatz	Priorität von Gesundheit und Sicherheit	Unfallverhütung, bessere „Lebensfertigkeiten“
Höhere Produktivität und mehr Freiräume	Kommunikation und intellektuelle Anregung	Mehr Autonomie, Verantwortung und Selbstachtung, höheres Bildungsniveau
Bessere hygienische Verhältnisse	Geringere Exposition gegenüber Erregern	Vermeidung und Überwindung von Infektionskrankheiten
Soziale Sicherungssysteme	Bessere soziale Netze	Reduziertes Stressniveau Bewältigung kritischer Ereignisse
		Größeres subjektives Wohlbefinden

Wenn man bedenkt, von wie vielen Aspekten Gesundheit und Lebenserwartung abhängen, dann wird verständlich, wie wichtig es ist, den Blick zu weiten. Beim Engagement für die Förderung der Gesundheit ist es von großer Bedeutung, sich darüber klar zu werden, auf welchen Ebenen man ansetzt. Vor allem sei an dieser Stelle bereits betont, *dass man nicht unkritisch den Einzelnen für gesundheitliche Probleme verantwortlich machen sollte*, oder – um es mit Schwarz & Singer (2008, S. 22) zu formulieren: Es lohnt „die Individualisierung der Verantwortung für Prävention im zeitgeistspezifischen, ideologischen Kontext“ zu hinterfragen.

Zu bedenken ist darüber hinaus, dass die Menschen unterschiedliche *genetische Veranlagungen* besitzen. Weiterhin können – wie die Atomreaktorenkatastrophe in Fukushima gezeigt hat – plötzlich erhebliche zusätzliche Gesundheitsrisiken entstehen, bei denen Naturgewalten und Risiken moderner Technologien ineinandergreifen. Deren Folgen werden auch noch zukünftige Generationen beeinträchtigen, wenn es beispielsweise durch ionisierende Strahlung zu einer Schädigung der Keimzellen kommt.

Zugleich weckt die rasante Entwicklung der Molekulargenetik und Biotechnologie jedoch neue Hoffnungen. Es entstehen neuartige Therapie- und Präventionskonzepte, die direkt bei den genetischen Voraussetzungen ansetzen oder sich im Bereich der Epigenetik darauf beziehen, welche der gegebenen Gensequenzen tatsächlich abgelesen und somit wirksam werden. Es gilt, die Möglichkeiten und Grenzen neuer Technologien kritisch auszuloten, sich hierbei über ethische Grundpositionen zu verständigen und Diskussionsprozesse in möglichst vielen gesellschaftlichen Gruppierungen anzuregen, damit nicht einseitig Interessengruppen die Leitlinien im Umgang mit neuen Technologien bestimmen.

Während einerseits die Lebenserwartung in Deutschland ansteigt, werden andererseits in Zusammenhang mit dem Wohlstand neue Risiken erzeugt; *das sozialökonomische Modell* stellt die Zusammenhänge zwischen den gesellschaftlichen Verhältnissen und Krankheiten dar (Waller 2002, S. 31 ff.). Hierbei spielen die Produktions- und Arbeitsbedingungen, der Konsum, der Verkehr und die ungleiche Verteilung von Ressourcen eine wichtige Rolle: Erwähnen möchte ich an dieser Stelle die zunehmenden wirtschaftlichen Ungleichheiten in der Bevölkerung, den Zwang zur schädlichen Beschleunigung der Arbeitsvollzüge, die mit dem Verkehr in Zusammenhang stehende Umweltverschmutzung, Lärmbelastung und Unfallgefahr, die Verführung zum Konsum von zu vielen, schädlichen und ernährungsunphysiologischen Produkten (Alkohol, Nikotin, zucker- und fettreiche Ernährung) durch die Werbung und die Zunahme prekärer Arbeitsverhältnisse. In Zukunft werden durch die Antibiotikagabe in der Massentierhaltung und durch die häufige Verwendung dieser Medikamente in der Medizin vermutlich Infektionen durch antibiotikaresistente Keime noch weiter an Bedeutung gewinnen.

Die unterschiedlichen Einflüsse auf die Gesundheit beeinflussen sich in vielschichtiger Art und Weise: Sozialökonomische Faktoren und umweltbedingte Verhältnisse stehen in Wechselwirkung mit Lebensweisen und Lebensstilen, diese wiederum werden mitgeprägt von individuellen Faktoren wie Alter, Geschlecht und Erbanlagen. Im nachfolgenden Schaubild werden die unterschiedlichen Einflüssebenen grafisch dargestellt.

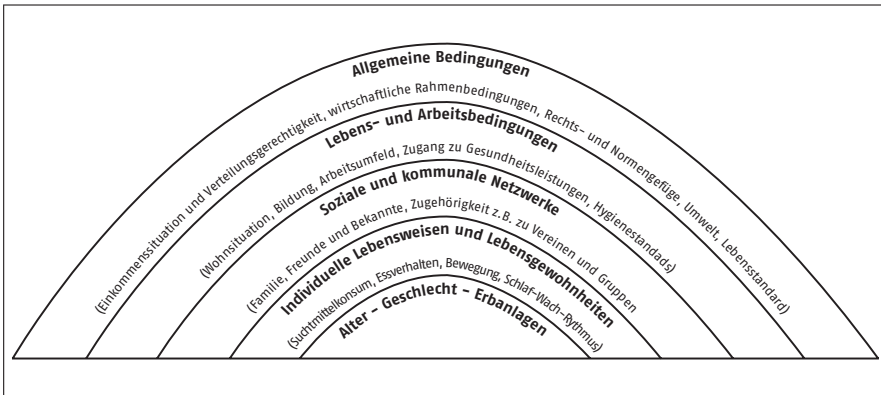


Abb. 1: Einflussebenen der persönlichen und Bevölkerungsgesundheit (modifiziert nach Franzkowiak et al. 2011)

Gesundheit ist in unserer Zeit ein sehr hoher Wert, sie ist fast zu einer *Ersatzreligion* geworden. Befreit von religiösen Zwängen und autoritären Strukturen sind wir quasi allein gelassen mit unserem Körper. In diese Bresche „springt“ eine wissenschaftliche Weltansicht, gepaart mit ökonomischen Interessen, die suggeriert, Gesundheit sei berechen- und beherrschbar, es gäbe für alle Bereiche objektive Leitlinien, an die sich der Einzelne, unterstützt von Experten, nur zu halten brauchte. Es entstehen „Gesundheitszwänge“, Alltagshandeln wird in zunehmendem Maße daraufhin beleuchtet, ob es gesundheitliche Risiken erzeugt; und die Ansprüche an den Einzelnen, die eigene Gesundheit zu fördern oder zu erhalten, wachsen. Raucher und Übergewichtige werden geächtet, mehr und mehr Vorsorgeuntersuchungen müssen wahrgenommen werden, und die Behandlungsmöglichkeiten bei Gesundheitsstörungen wachsen exponentiell. Risikofaktoren, die selbst noch keinen Krankheitswert haben, werden im Vorgriff auf die damit verbundenen Gesundheitsgefahren behandelt (z. B. medikamentöse Senkung erhöhter Blutfette, Nahrungsrestriktionen bei Übergewicht). So sind wir bereit, persönlich und gesamtgesellschaftlich sehr viel in diesem Bereich zu investieren: 2009 schätzte das Statistische Bundesamt den Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt auf 11,6 %, wobei natürlich – wie ein Blick auf die Tabelle 1 deutlich macht – nicht ganz klar abzugrenzen ist, was überhaupt Gesundheitsausgaben sind. Die Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen für Krankenhäuser bilden hier mit 60,1 Milliarden Euro (2011) einen großen Einzelausgabenblock, die Gesamtausgaben für Krankenhausbehandlungen liegen dabei noch höher – bei knapp 80 Milliarden Euro; für Medikamente wurden 2010 ca. 34 Milliarden Euro allein von den Krankenkassen ausgegeben, Tendenz steigend.

Aber ist Gesundheit grenzenlos „machbar“ und finanzierbar? Wo wird die Gesundheitswirtschaft zum Massenbetrug, indem sie den authentischen Bezug zum Körper verstellt und in jeden Lebensbereich hineinregiert? Sollten wir – beginnend mit der Präimplantationsdiagnostik bis hin zur Intensivmedizin am Lebensende – alle sich bietenden Möglichkeiten ausschöpfen oder eher Prioritäten

setzen? Wo sind die Grenzen und wer entscheidet hierüber? Und sind wir als Solidargemeinschaft bereit, für die „Gesundheitswirtschaft“ einen immer höheren Preis zu bezahlen oder sollten wir vom Einzelnen eher verlangen, Vorsorge zu betreiben und sich an Gesundheitskosten zu beteiligen?

Zu bedenken ist bei der Betonung der Eigenverantwortung jedoch, dass sich bei der Gesundheit erhebliche *soziale Unterschiede* zeigen und man daher gerade von denjenigen besondere Anstrengungen verlangt, denen weniger Möglichkeiten zur Verfügung stehen, sich gut zu positionieren. Gesundheit und sozialer Status hängen eng miteinander zusammen. Die Gesellschaft wird gängigerweise in verschiedene soziale Schichten eingeteilt, wobei Bildung, beruflicher Status und Einkommen die wichtigsten Unterscheidungsmerkmale bilden, welche wiederum in enger Verflechtung mit sozialer Unterstützung, Lebensstilen, Selbstwertgefühl und persönlichen Kompetenzen stehen. Bildungsstand und Einkommen haben einen erheblichen Einfluss auf die Gesundheit; auch die berufliche Sicherheit, die Position in der beruflichen Hierarchie, der soziale Rückhalt am Arbeitsplatz und Arbeitslosigkeit beeinflussen: Ausgeprägte Stressreaktionen sind dort zu erwarten, wo hohe Belastungen (z.B. Zeitdruck) mit wenig Kontroll- und Entscheidungsspielraum und Monotonie gepaart sind und wo fortgesetzt hoher Verausgabung keine angemessene Belohnungen (Gehalt, Wertschätzung, Arbeitsplatzsicherheit und Aufstiegsmöglichkeiten) gegenüberstehen (Schwartz et al. 2002, S. 129f.). Ein Mann aus der Berufsgruppe der Manager mit universitärer Ausbildung kann beispielsweise damit rechnen, etwa sieben Jahre länger zu leben als ein ungelernter Arbeiter, und die höchste Kindersterblichkeit haben Kinder aus Familien mit Vätern, die als an- oder ungelernte Arbeiter ihren Lebensunterhalt verdienen (Naidoo & Wills 2010).

Zu hinterfragen sind hierbei auch die Erklärungsmodelle, die man heranzieht, wenn die gesundheitlichen Benachteiligungen analysiert werden: Geht man eher davon aus, dass die Chancenungleichheiten das Ergebnis (selbst zu verantwortender) ungesunder Lebensweisen sind oder macht man die individuellen Biografien, den Zugang zu psychosozialen Unterstützungsmöglichkeiten und die materiellen Möglichkeiten verantwortlich? Oder sieht man die Chancenungleichheit eher als Ergebnis eines Selektionsprozesses, bei dem nicht in erster Linie die soziale Situation die Gesundheit beeinflusst, sondern vielmehr eine bessere Gesundheit die Chancen des sozialen Aufstiegs erhöht? Eindimensionale Erklärungsmodelle greifen hier sicherlich zu kurz.

Die vielschichtigen Wechselwirkungen zwischen individuellen, sozialen und gesellschaftlichen Faktoren im Zusammenhang mit der *sozialen Ungleichheit und möglicher Diskriminierung* werden in der aktuellen gesundheitswissenschaftlichen Literatur häufig thematisiert, hierbei spielen insbesondere die folgenden Aspekte eine Rolle:

- Der sozioökonomische und politische Kontext – d.h. die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, die auch das Wertesystem umfassen.
- Die sozioökonomische Position der einzelnen Menschen innerhalb der Gesellschaft und die strukturellen Bedingungen, die diesbezügliche Ungleichheiten bedingen und aufrecht erhalten – d.h. die hierarchische Verteilung von Macht,

Sozialprestige und Zugang zu materiellen und immateriellen Ressourcen. Wesentliche Unterscheidungsmerkmale sind hierbei Einkommen, Bildung, berufliche Stellung, soziale Schicht, Geschlecht und ethnisch/religiöse Zugehörigkeit.

- Weitere Einflussgrößen, die mit der Position des Einzelnen in der Gesellschaft zusammenhängen: Materielle Lebensumstände (z.B. Wohnung, Nahrungsversorgung, Kleidung), psychosoziale Lebensumstände (z.B. Lebenskrisen, belastende Ereignisse, soziale Unterstützung), Verhaltensweisen (Nikotin- und Alkoholkonsum, Ernährung, Bewegung) und das Gesundheitssystem und seine Erreichbarkeit.

Eine wichtige Einflussgröße, die quer zu diesen Ebenen liegt, ist der soziale Zusammenhalt in der Gesellschaft, der wiederum mit der Verteilungsgerechtigkeit in Verbindung steht. Die international vergleichende Gesundheitsforschung konnte diesbezüglich aufzeigen, dass gerechtere Gesellschaften auch gesündere Gesellschaften sind.

Bei der Auseinandersetzung mit ungleichen Gesundheitschancen berühren wir die Kernaufgabe der Sozialen Arbeit, bei der Gesundheitsarbeit besonders benachteiligte Bevölkerungsgruppen zu berücksichtigen und Emanzipation und Teilhabe zu befördern.

Gesundheitsförderung ist angesichts dieser vielschichtigen Einflussgrößen nicht nur die Aufgabe eines gesellschaftlichen Sektors – des Gesundheitswesens – bzw. der sogenannten „Gesundheitswirtschaft“ (Haben Sie sich eigentlich über diese Formulierung bereits gewundert?), sondern eine *gesellschaftliche Querschnittsaufgabe*. Hier setzt die viel zitierte *Ottawa Charta* an, ein grundlegendes Dokument, das auf der ersten Internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung 1986 in Ottawa verabschiedet wurde (Internetquelle 2):

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

Hierbei werden insbesondere fünf zentrale Handlungsbereiche hervorgehoben:

1. Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik
2. Schaffung unterstützender Umwelten zur Gesundheit

3. Entwicklung gesundheitlicher Kompetenzen in der Bevölkerung (u. a. gesundheitsbezogene Informationen und Bewältigungsstrategien im Umgang mit Krankheiten)
4. Stärkung gesundheitsbezogener Gemeinschaftsaktionen (soziale Unterstützung, Gruppen- und Netzwerkbildung)
5. Neuorientierung der Gesundheitsdienste (jenseits der medizinisch-kurativen Betreuungsleistungen stärker präventive Ausrichtung und Verbesserung der Zugangsmöglichkeiten zu den Diensten).

Die Inhalte der Ottawa Charta machen besonders deutlich, wie wichtig die Soziale Arbeit bei der Gesundheitsförderung ist. Gesundheitsfördernde Handlungsstrategien erweitern die Kompetenzen der Menschen und befähigen sie als Einzelne oder als Gruppe, ihre gesundheitlichen Interessen durchzusetzen (Empowerment), auch geht es um das Vermitteln und Vernetzen und den Aufbau und die Pflege von Kooperationen. Die oben stehenden Ausführungen zeigen ebenfalls, dass bedeutsame Einflüsse auf Gesundheit und Lebenserwartung bereits in der Schwangerschaft und der frühen Kindheit wirksam werden und dass sich die *Gesundheitsarbeit im Sozialwesen über die gesamte Lebensspanne* erstreckt. Heranwachsende brauchen die Chance, Selbstwirksamkeitserfahrungen zu machen, damit aus Handlungsmöglichkeiten auch tatsächlich Handlungen werden; es gilt, sie zu souveränen Handlungen zu befähigen und allen Heranwachsenden, insbesondere auch denjenigen, die durch Behinderungen eingeschränkt sind, Mitwirkungs- und Gestaltungsmöglichkeiten zu eröffnen und sie bei der Planung und Durchführung von Maßnahmen von Anfang an einzubeziehen.

Bei der Weiterentwicklung der Grundgedanken aus der Ottawa Charta spielte in den Folgekonferenzen unter anderem der sogenannte *Setting-Ansatz* eine wichtige Rolle. Mit dem Begriff Setting sind dauerhafte Sozialzusammenhänge gemeint oder konkreter formuliert: Lebensbereiche, in denen die Menschen regelmäßig einen großen Teil ihrer Zeit verbringen (z. B. Schule, Arbeitsplatz oder Stadtteil). Beim Setting-Ansatz werden niedrigschwellige Interventionen im Lebensumfeld der Zielgruppe durchgeführt, die die beteiligten Menschen nicht nur informieren und schulen, sondern auch einbeziehen und befähigen, die Bedingungen und Strukturen in ihrem jeweiligen Umfeld gesundheitsförderlich zu gestalten. Hierbei geht es beispielsweise um „Gesunde Schulen“, gesundheitsfördernde Betriebe oder um ansprechende und sichere Bewegungsräume im Stadtteil oder im weiteren Sinne um Gesunde-Städte-Netzwerke. Durch gelingendes gemeinsames Handeln und praktizierte Solidarität entsteht soziales Kapital: Das Vertrauen in soziale Beziehungen und unterstützende Netzwerke, auf die man sich bei weiteren gemeinsamen Lösungen stützen kann.

Ein etwas anderes Verständnis liegt dem epidemiologischen Setting-Ansatz zugrunde. Dieser Begriff wird nicht ausschließlich auf Sozialräume bezogen. Es wird davon ausgegangen, dass Zielgruppen identische risiko- und gesundheitsfördernde Faktoren besitzen, die nicht zwangsläufig an bestimmte Orte gebunden sind. Die Gesundheitsförderung kann demnach auch biografisch, sozial oder institutionell ausgerichtet und für Personen mit besonderem Hilfebedarf relevant sein.

Eine umfassende Diskussion verschiedener Setting-Ansätze in der Gesundheitsförderung führen Halkow & Engelman (2008), nachzulesen unter der Internetquelle 46.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat die Commission on Social Determinants of Health *CSDH* etabliert, die sich zum Ziel gesetzt hat, die soziale Ungleichheit in Gesundheitsfragen zu erforschen und Maßnahmen vorzuschlagen, dieser Ungleichheit entgegen zu steuern (Internetquelle 87). Hierbei werden drei leitende Handlungsprinzipien definiert:

- Die Bedingungen des täglichen Lebens zu verbessern – das bedeutet die Umstände, in die Menschen hineingeboren werden, in denen sie aufwachsen, leben, arbeiten und altern
- Die ungleiche Verteilung von Macht (sowohl auf der Mikro-Ebene der Haushalte und Arbeitsplätze als auch gesamtgesellschaftlich), Geld und Ressourcen auf globaler, nationaler und lokaler Ebene anzugehen
- Soziale Ungleichheit zu messen und sichtbar zu machen, das Wissen hierüber zu mehren, Akteure auszubilden, Initiativen zu evaluieren und das öffentliche Bewusstsein zu stärken.

Auch von der Commission on Social Determinants of Health wird betont, wie bedeutsam es ist, die Menschen in ihrem Lebenslauf in den Blick zu nehmen und hierbei eine besondere Aufmerksamkeit auf die Schwangerschaft und die Kindheit zu legen.

Gesundheit bedeutet zum einen subjektives Wohlbefinden und zum anderen individuelle Belastbarkeit und körperliche, seelische und soziale Leistungsfähigkeit. Sie wird also einerseits maßgeblich durch das Bezugssystem des Betroffenen und seine subjektiven Krankheitstheorien bestimmt sowie andererseits an der Leistungs- und Arbeitsfähigkeit und an objektiven Untersuchungsergebnissen festgemacht. *Medizinische* Untersuchungsergebnisse beziehen sich hauptsächlich auf Schädigungen und Funktionseinbußen, das heißt auf die Gegenbegriffe zur Gesundheit: Auf *Krankheit und Behinderung*. Hier räumt die Gesellschaft den Ärzten ein Definitionsmonopol ein. Die Medizin kennt über 30 000 Krankheiten (Schwartz et al. 2003, S. 26), die in internationalen Klassifikationssystemen geordnet werden, das bekannteste dieser Systeme ist das *ICD 10*, die 10. Revision der internationalen Klassifikation der Krankheiten (Internetquelle 3), das die zentrale Grundlage der diagnostischen Einordnung liefert und auch zur Kostenabrechnung mit den Krankenkassen verwendet wird. Hier spielen bei der Einordnung die Krankheitsursachen, Symptome (Krankheitszeichen) und Krankheitsverläufe eine ganz wichtige Rolle. Im psychiatrischen Bereich existiert noch ein weiteres Klassifikationssystem, das *DSM IV-TR* (in Kürze wird es als 5. Revision herausgegeben: *DSM V*).

Chronische Krankheiten und Behinderungen werden jedoch nicht nur durch die Schädigungen und Funktionseinbußen bestimmt, sondern maßgeblich auch durch ihre sozialen Folgen. So wird z.B. eine Verletzung, die zur Versteifung des linken Ringfingers führt, einen Pianisten ganz anders beeinträchtigen als einen Mathematiker. Um den Gesundheitszustand eines Menschen umfassender beschreiben zu können, wurde insbesondere im Zusammenhang mit der Re-

habilitation Behinderter ein anderes Klassifikationssystem entwickelt, die *ICF* (Internetquelle 4) – die internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Diese basiert auf einem bio-psycho-sozialen Modell der Gesundheit und ist sowohl ressourcen- als auch defizitorientiert. Klassifiziert werden hierbei *Struktur-* oder *Funktionsschäden*, Beeinträchtigungen von *Aktivitäten* und die Einschränkungen der *sozialen Teilhabe (Partizipation)*; auch *Umweltfaktoren*, die den Lebenshintergrund des Betroffenen bilden, sind integraler Bestandteil des Konzeptes: Hierbei geht es einerseits um die unmittelbare persönliche Umwelt des Betroffenen und zur Verfügung stehende Hilfsmittel, andererseits aber auch um gesellschaftliche Aspekte wie z.B. gesetzliche Rahmenbedingungen oder soziale Netzwerke (siehe Tabelle 2). Umweltfaktoren und *personenbezogene Faktoren* können einen positiven oder negativen Einfluss auf die Behinderung ausüben. Die Klassifikationssysteme ICD 10 und ICF bilden die Grundlage für (international vergleichende) Studien, in denen Daten über Personen und ganze Bevölkerungsgruppen erhoben werden und Behandlungs- und Rehabilitationserfolge sowohl auf individueller Ebene als auch gesamtgesellschaftlich beschrieben werden können.

Tab. 2: Beispiele für die Einordnung im ICF

Struktur	Funktion	Aktivität	Soziale Teilhabe	Umweltfaktoren	Persönliche Faktoren
Innenohrschaden (nach einem Unfall)	Sinnesfunktion: Beeinträchtigung des Hörsinnes: erhebliche Schwerhörigkeit	Zuhören; (Kommunikation als Empfänger gesprochener Mitteilungen)	Erhalt der Arbeitsstelle gefährdet; formelle und informelle Beziehungen beeinträchtigt	Unterstützende Technologien: Cochlea-Implantat oder Hörgerät; Unfallrente	Nicht in der ICF klassifiziert: Flexibilität (Umgang mit dem Implantat, Erlernen eines anderen Berufes)
Schädigung der Herzkammer (nach Herzinfarkt)	Deutlich vermindertes Herzminutenvolumen	Lange Entfernungen und bergauf gehen sowie Hausarbeit beeinträchtigt	Aufgabe von Hobbies (Sport)	Kleine Altersrente; Ehepartner verstorben; Wohnung im Obergeschoss ohne Aufzug	Introvertierter Mensch mit wenig sozialen Kontakten

Ausführlichere Fallbeispiele finden Sie im Literaturverzeichnis (Internetquelle 4).

Im Gegensatz zum Begriff der Gesundheitsförderung bezieht sich der *Präventionsbegriff* stärker auf spezifische Krankheiten. Während die Gesundheitsförderung deutlicher auf die Erhöhung von Gesundheitschancen in der Bevölkerung und die Stärkung persönlicher und sozialer Gesundheitskompetenzen abzielt, richtet sich bei der Krankheitsprävention das Eingreifen stärker auf erforschte Ursachen und Risikofaktoren bei der Entstehung von Krankheiten oder Behinderungen. So steht eine Impfung z. B. in direktem Zusammenhang mit dem Wissen