

Inhalt

Einleitung	7
------------------	---

Andreas Hanses

Zur Aktualität des Setting-Ansatzes in der Gesundheitsförderung. Zwischen gesundheitspolitischer Notwendigkeit und theoretischer Neubestimmung	11
--	----

Familie und soziales Wohnumfeld

Einführung zum Setting Familie	27
--------------------------------------	----

Alois Herlth

Familiale Einflussfaktoren auf die Kinder- und Jugendgesundheit und Konsequenzen für die Prävention	29
--	----

Nora Wille & Ulrike Ravens-Sieberer

Die Bedeutung familiärer, sozialer und personaler Schutzfaktoren für das Wohlbefinden von Kindern und Jugendlichen	51
---	----

Friedrich Balck, Gerad Tchitckian & Hendrik Berth

Bewältigungsstrategien von Angehörigen schwer körperlich Erkrankter	65
--	----

Berufsbildung und Betrieb

Einführung zum Setting Betrieb	79
--------------------------------------	----

Britta Wulfhorst

Gesundheitsförderung und Prävention im Betrieb	81
--	----

Georg Hörmann & Andreas Weber

Psychosoziale Gesundheit im Beruf – vom Humankapital zur Humanität?	99
--	----

Thomas Bals & Britta Wulfhorst

Gesundheitsförderung als Beruf	113
--------------------------------------	-----

Schule

Einführung zum Setting Schule	135
-------------------------------------	-----

Cornelia Hähne, Ludwig Bilz, Kerstin Dümmler & Wolfgang Melzer

Die Bedeutung der Schule für die Schülersgesundheit	137
---	-----

<i>Eva Haufe, Udo Rehm, Klaus Scheuch & Reingard Seibt</i> Belastungen und Gesundheit im Lehrberuf	155
---	-----

Kindergarten

Einführung zum Setting Kindergarten	181
<i>Cornelia Wustmann</i> Gesundheitsförderung im Setting Kindertageseinrichtungen	183
<i>Frank Bittmann</i> Bewegungsförderung im Kindergarten	195

Soziale Arbeit

Einführung zum Setting Soziale Arbeit und ihre Institutionen	213
<i>Stephan Sting</i> Gesundheit als Herausforderung für soziale Dienste Zum Stellenwert der Sozialen Arbeit in der Gesundheitsforschung	215
<i>Hans Günther Homfeldt</i> Soziale Arbeit im Gesundheitswesen	230
<i>Gerd Stecklina</i> Gesundheits- und Körperbewusstsein von Männern. Medizinische und sozialwissenschaftliche Zugänge	245

Informelle Gesundheitshilfen

Einführung zum Setting Netzwerke im Kontext Gesundheit	263
<i>Dominik Ose</i> Patientenberatung	265
<i>Frank Nestmann & Kathy Weinhold</i> Gesundheitsselbsthilfe im Alltag	279
Die Autorinnen und Autoren	299

Einleitung

Das Thema Gesundheit besitzt gegenwärtig eine große Aktualität und dies nicht nur in der Medizin, sondern in vielen anderen Bereichen der Gesellschaft. Gesundheit ist dabei keineswegs nur die Metapher für das Freisein von Krankheit oder für ein vollkommenes Wohlbefinden. Vielmehr steht der Begriff auch für Auseinandersetzungen in einer industrialisierten Gesellschaft, in der die Nutzung und die Finanzierbarkeit komplexer gesundheitlicher Versorgungsstrukturen an ihre Grenzen kommen. Verstärkt wird diese Herausforderung durch eine sich verändernde Lebenssituation der Bevölkerung und einem damit einhergehenden verändernden Gesundheitsstatus. Zwar verweisen vordergründig die Behandlungserfolge der Medizin bei Infektionserkrankungen und den klassischen Zivilisationskrankheiten sowie das Sinken der Säuglingssterblichkeit und das Älterwerden der Menschen auf eine Leistungsfähigkeit der professionellen Systeme in den modernen Industriestaaten. Dennoch kann dieser Sachverhalt nicht über neue gesundheitsbezogene Herausforderungen hinwegtäuschen. So liegt in dem Älterwerden der Menschen in unserer Gesellschaft nicht nur der Charme eines längeren Lebens, sondern die zunehmende Hochaltrigkeit verweist auf sich verändernde gesundheitliche und soziale Optionen. Degenerative Erkrankungen und Demenz erfordern ein notwendiges Umdenken in der medizinischen Praxis und bringen die Ressourcen der psychosozialen Dienstleistungssysteme an ihre Leistungsgrenzen. Gleichzeitig machen zahlreiche Studien deutlich, dass Menschen in unserer Gesellschaft nicht gleichermaßen an dem gesellschaftlichen Gut „Gesundheit“ partizipieren können. Armut, geringe Bildungschancen, Arbeitslosigkeit und andere prekäre Lebenslagen führen zu riskanten Lebensführungen oder Erkrankungen. Dabei zeichnet sich ab, dass die Krankheitsbilder sich verändern. Wie schon betont, nehmen zwar die klassischen Zivilisationserkrankungen ab, aber dafür nehmen chronische, multimorbide Krankheitsverläufe zu und vor allem kommt es zu einer Zunahme von psychischen und psychosozialen „Störungen“. Gesundheit ist auch heute keineswegs ein selbstredender Zustand, er korrespondiert sehr stark mit den sozialen Rahmenbedingungen und führt zu neuen Herausforderungen und dies nicht nur für die Medizin, sondern alle gesellschaftlichen Arrangements sind von ihr betroffen. Die Frage der Leistungsfähigkeit der BürgerInnen, der professionellen Versorgungsstrukturen, der Umgang einer Gesellschaft mit Fremdsorge und Selbstsorge und eben immer die Debatte zur Finanzierbarkeit lässt Gesundheit über die visionäre Kraft hinaus zur zwingenden Realität werden. Gesundheit wird zur geforderten Option gesellschaftlicher Praxis und durch-

zieht sie von den gesundheitspolitischen durch die institutionellen Arrangements bis hin zu den Alltagspraxen der BürgerInnen. Die Frage der Gesundheitserhaltung oder der Förderung von Gesundheit nimmt damit gegenwärtig in allen gesellschaftlichen Bereichen eine bedeutsame Stellung ein.

Aus einer gesundheitswissenschaftlichen Perspektive haben sich in den letzten Dekaden zwei zentrale Strategien zur Gesundheitserhaltung und Gesundheitsgewinnung etabliert: die Prävention und die Gesundheitsförderung. Zielen Konzepte der Prävention gerade darauf, das Verhalten und die Haltungen von Menschen zu verändern, um gesundheitsbezogene Risikofaktoren zu minimieren, so steht der von der WHO mit der Ottawa Charta 1986 ins Leben gerufene Ansatz der Gesundheitsförderung vor allem unter dem Vorzeichen, die Lebensbedingungen der Menschen so zu beeinflussen, dass ein anderes, eben „sozialverträgliches“ und die Autonomie der Einzelnen förderndes, partizipatives Leben in den Alltagswelten möglich werden kann. Es geht hier um eine Veränderung von Lebensoptionen, die letztlich Gesundheit fördert. Diese auch mit dem Begriffspaar der Verhaltens- und der Verhältnisprävention gesetzte Spannung markiert nicht nur unterschiedliche professionelle oder gesundheitswissenschaftliche Zugänge zum Menschen, sondern mit ihnen werden divergierende Konzepte des Sozialen vermittelt. Versprechen klassische präventive Konzepte vordergründig eine Nachweisbarkeit der Wirksamkeit, so machen Gesundheitsstudien zur sozialen Ungleichheit überzeugend deutlich, dass insbesondere Menschen aus sozial benachteiligten Lebenswelten an den oftmals auf Mittelschichtskulturen abgestimmten Konzepten nicht teilhaben und sich damit für sie kein gesundheitlicher Gewinn daraus ergibt. Dieser Sachverhalt wiegt umso schwerer, da diese Menschen einer Unterstützung am meisten bedürften. Droht Prävention so in einem (gesundheits-)politisch bedenklichen „Healthism“ zu münden? Angesichts der Dominanz gegenwärtiger auf das Individuum und seinem Verhalten ausgerichteter Präventionskonzepte wird die Frage nach anderen Ansätzen der „Gesundheitsarbeit“ umso dringlicher. Bedarf es nicht unbedingt einer Förderung von Gesundheit, die den Menschen nicht als Gefährdung der Allgemeinheit begreift, sondern das den Einzelnen vor lebensunwirklichen Umständen zu schützen vermag?

Das vorliegende Buch versteht sich als Versuch, diese Frage einer an den Lebenswelten und den institutionellen Rahmen von Menschen orientierten Gesundheitsförderung aufzugreifen. Dabei wird das von der WHO im Rahmen der Gesundheitsförderung konzipierte Konzept der Settings in das Zentrum gestellt. Der Setting-Ansatz versucht nicht nur programmatisch, sondern auch auf konkret praktischer Ebene den Ansatz einer an den Lebensbedingungen orientierten Veränderung (autonome) Lebenspraxen zu ermöglichen und damit Gesundheit zu fördern. Als Setting werden soziale Bereiche definiert, in denen Umsetzungen von Gesundheitsförderungsprogrammen mit allen beteiligten Parteien umgesetzt werden sollen. Als rele-

vante Settings sind von der WHO auf kommunalpolitischer Ebene die „Gesunden Städte“ und „Gesunden Regionen“ konzeptualisiert worden. In einer stärker an organisationalen Rahmenbedingungen angelegten Konzeption sind u.a. Schule, Universität, Krankenhaus, Gefängnis und die Betriebe als Settings festgelegt worden. Zu diesen unterschiedlichen Bereichen hat es eine Vielzahl von Praxismodellen und auch Publikationen gegeben.

Dieser Band greift die Debatten zum Setting-Ansatz auf und wählt dabei drei zentrale Perspektiven:

- Im Zentrum stehen Settings aus den pädagogischen Bereichen bzw. aus Lebenswelten, mit denen diese eng verbunden sind, wie Familie, Schule, Kindergarten, berufliche Bildung, Sozialpädagogik und informelle Gesundheitshilfen.
- Trotz eines erziehungswissenschaftlichen Zugangs zu dem Thema versteht sich die Anlage dieses Bandes als eine interdisziplinäre, in der unterschiedliche pädagogische Felder angesprochen werden, wie die Schulpädagogik, die Sozialpädagogik und die Berufspädagogik, sowie ergänzt durch sozialwissenschaftliche, sozialpsychologische und medizinische Perspektiven.
- Gleichzeitig repräsentiert dieser Band keine Sammlung von Praxismodellen, sondern begreift sich stärker als wissenschaftlicher Beitrag, in dem empirische Ergebnisse, theoretische Verdichtungen und diskursive Analysen zum Thema Gesundheitsförderung und Setting entfaltet werden. Die Ausführungen knüpfen damit an einem nicht zu unterschätzenden Problem des Setting-Konzepts an: eben an der oftmals zu kurz kommenden theoretischen und wissenschaftlichen Unterfütterung dieses Ansatzes.

Dementsprechend hat das vorliegende Werk sein hauptsächliches Motiv in einem theoretisch-konzeptionellen Bemühen der Herausgeber, das Thema der Gesundheitsförderung und das Setting-Konzept im Kontext erziehungswissenschaftlicher Fragestellungen in der Weise neu zu denken und zu präzisieren, dass neben institutionellen Orten und Rahmenbedingungen auch die biographische Perspektive und die Akteure, die zugleich als Interessengruppen auftreten, mit berücksichtigt werden. Ein erster Baustein für dieses Unternehmen stammt aus einer im Wintersemester 2006/07 durchgeführten Ringvorlesung der Fakultät Erziehungswissenschaften der TU Dresden, die in Kooperation mit dem Deutschen Hygiene Museum Dresden und der Berufsgenossenschaftlichen Akademie für Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz, Dresden, zum Thema „Gesundheit fördern in Familie, Schule und Beruf“ durchgeführt wurde. Sowohl die drei Herausgeber, die den Fachgebieten Schulpädagogik, Sozialpädagogik und Berufspädagogik mit dem Schwerpunkt Gesundheit und Pflege zuzurechnen sind, als auch das fachliche Spektrum der Autoren des Bandes mit Vertretern der Ar-

beitsmedizin, der Medizinpsychologie, der Sozial-, Gesundheits- und Erziehungswissenschaften dokumentieren, dass ein derart anspruchsvolles Unternehmen, zu dem wir mit diesem Band einen kleinen Beitrag leisten wollen, nur mit großen interdisziplinären Anstrengungen zu leisten ist.

Die Ausführungen dieser Publikation werden durch einen thematisch grundlegenden Beitrag zur Bedeutung des Setting-Ansatzes vor dem Hintergrund gegenwärtiger Gesundheits- und Präventionsdebatten eingeführt. Darauf Bezug nehmend werden folgende Settings und gesundheitsrelevante Bereiche jeweils durch zwei oder drei Fachbeiträge vorgestellt. Es handelt sich um die Bereiche „Familie und soziales Wohnumfeld“, „Berufsbildung und Betrieb“, „Schule“, „Kindergarten“, „Soziale Arbeit“ und „informelle Gesundheitshilfen“. Jeder Schwerpunkt wird mit einer kurzen inhaltlichen Einleitung und der Vorstellung der jeweiligen Beiträge eingeführt (Wolfgang Melzer: „Familie und soziales Wohnumfeld“, „Schule“; Thomas Bals: „Berufsbildung und Betrieb“, „Kindergarten“; Andreas Hanses: „Soziale Arbeit“ und „informelle Gesundheitshilfen“).

An dieser Stelle sind dem Deutschen Hygiene Museum (DHMD), Dresden, und der Berufsgenossenschaftliche Akademie für Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz, Dresden, ausdrücklich Dank für die produktive Kooperationen auszusprechen. Ein ganz herzliches Dankeschön gilt Mandy Enfeld für ihre unterstützende Arbeit bei der redaktionellen Fertigstellung dieses Buches und Frau Will für die Mitarbeit bei der Endredaktion.

Dresden im September 2007

Thomas Bals, Andreas Hanses & Wolfgang Melzer

Andreas Hanses

Zu Aktualität des Setting-Ansatzes in der Gesundheitsförderung

Zwischen gesundheitspolitischer Notwendigkeit und theoretischer Neubestimmung

„Gesundheit – von der Residualgröße zur konkreten Utopie“, mit diesem Titel der 1988 erschienenen Schrift von Franz-Josef Krumenacker zur theoretischen Fundierung eines Gesundheitsbegriffes sind zentrale Aspekte der Gesundheitsdebatte der 1980er Jahre markiert. Es wird eine besondere Spannung zum Ausdruck gebracht. Gesundheit ist ein divergenter Begriff. Einerseits dominiert noch immer ein medizinisches Pathologiekonzept die Vorstellung von Krankheit. Gesundheit ist über eine lange Zeitspanne lediglich die Abwesenheit von Krankheit gewesen, ein „Schweigen der Organe“ (Jacob 1979, S. 2198). Andererseits baut sich in den 1980er Jahren eine aktive Debatte zum Thema Gesundheit auf. Der Begriff der Gesundheit verlässt das Merkmal der „Restgröße“, erfährt eine zunehmende Eigenbestimmung und wird zur „konkreten Utopie“ (Bloch) für eine Bestimmung der Gesundheitsförderung und für (soziale) Konzepte zum „richtigen“ (gesunden) Leben. Der gesellschaftlich vorgenommene Versuch einer Positionierung und Neubestimmung von Gesundheit hat dabei unterschiedliche Wurzeln und verschiedene Gesichter ihrer Ausgestaltung erfahren. Wichtige Impulse sind von den Sozialen Bewegungen ausgegangen, die durch die Kritik an der Medikalisierung des Alltagslebens und der Expertokratie im Gesundheitsbereich (vgl. u. a. Illich 1981) wichtige Debatten für eine positive Definition von Gesundheit gesetzt haben. Die in den 1980er Jahren durchgeführten „Gesundheitstage“ können dabei als wesentliches Fanal gesehen werden. Auch auf einer theoretischen Ebene hat insbesondere durch die Einführung des Begriffs der Salutogenese von Aaron Antonovsky (1997) eine Neuorientierung begonnen. Auch wenn das konkrete Konzept nur begrenzt Einlass in die Debatten der entstehenden Gesundheitswissenschaften gefunden hat, so darf die Initialwirkung des Begriffs Salutogenese als Abgrenzung zum tradierten Konzept der Pathogenese nicht unterschätzt werden. Ein um das körperliche, psychische und soziale Wohlbefinden erweiterter Gesundheitsbegriff der WHO hat auch Freiräume wie neue disziplinäre und professionelle Herausforderungen geschaffen. Die Entwicklun-

gen der Gesundheits- und Pflegewissenschaften und die zunehmende Einmischung der Sozialen Arbeit in die Angelegenheiten der Gesundheitsfragen und Krankheitsbewältigung haben in jener Zeit ihre Anfänge. Der wesentlichste politische Impuls ging von der Ottawa-Charta 1986 aus. Hier wurden die Gesundheitsförderung und die Setting-Ansätze explizit formuliert und mündeten in zahlreiche internationale Modellprojekte wie z.B. das Healthy Cities Projekt und in der BRD zur Einführung des § 20 SGB V im Rahmen des Gesundheitsreformgesetzes (vgl. Altgeld/Kolip 2007).

So unterschiedlich sich die einzelnen Konzepte und Entwicklungslinien vielleicht auch gegeben haben, im Kern kann ihnen allen unterstellt werden, dass Gesundheit zur konkreten Utopie avanciert ist, in der das zentrale Anliegen in dem Bemühen zur Schaffung gesundheitsförderlicher Lebenswelten und eine Unterstützung für eine autonome Lebenspraxis der BürgerInnen intendiert war. Gesundheit war in diesem Sinne vor allem die Frage, wie durch eine Veränderung des Sozialen, Gesundheit ermöglicht werden kann. Aus der gegenwärtigen Perspektive ist allerdings anzumerken, dass diese konkrete Utopie der durch das Soziale bestimmten Gesundheitsdebatten und Gesundheitskonzepte sich in die Frage nach der präventiven Bestimmung des gesundheitsrelevanten Verhaltens des Einzelnen geradezu verkehrt hat. Gesundheit als Konzept hat am Anfang des neuen Jahrtausends seine utopische Kraft zur Neubestimmung des Sozialen verloren und ist zur Frage der (gouvernementalen) Beherrschbarkeit der Gesundheitsrisiken der Individuen zerronnen. Somit stellt sich die Frage, welche Bedeutung haben gegenwärtige Modelle der Setting-Ansätze? Sind sie historisches Relikt einer beginnenden „emanzipatorischen“ Gesundheitsbewegung oder sind sie notwendiges provokatives Potential im Mainstream individualisierender Risikokonzepte und Präventionsstrategien? Der vorliegende Beitrag möchte die Reichweiten und Grenzen des Setting-Konzepts in drei Schritten erörtern. (a) In einem ersten Analyseschritt werden die Auswirkungen der gegenwärtigen präventiven Gesundheitsstrategien diskutiert und (b) darauf aufbauend die Konzepte und Umsetzungen des Setting-Ansatzes vorgestellt. (c) Da das Setting-Konzept sehr praxisnah organisiert wird, werden notwendige theoretische Fragmente für eine wissenschaftliche Konturierung erörtert.

Gesundheit als gesellschaftliche Herausforderung und individuelle Aufgabe

Die gesellschaftliche Besetzung des Themas Gesundheit hat sich in der letzten Dekade dramatisch gewandelt. Gesundheit ist nicht mehr produktive Suchbewegung und offene Option für gesundheitsdienliche Lebensarrangements. Im Gegenteil, Gesundheit ist zur gesellschaftlichen Herausforderung, ist Kritik und Krise moderner Wohlfahrtssysteme geworden. Dafür sind eine ganze Reihe unterschiedlicher Entwicklungen verantwortlich zu

machen. Das sich verändernde Krankheitsspektrum, die Zunahme chronischer und psychosozialer Erkrankungen sowie die durch die sich verändernde Alterstruktur verstärkt auftretenden degenerativen Erkrankungen und die oftmals mit ihr verbundene Multimorbidität bedeuten große Herausforderungen für die medizinischen Versorgungssysteme. Dabei stehen aber weniger die medizinischen Probleme als vielmehr die Finanzierbarkeit gegenwärtiger gesundheitlicher Versorgung im Vordergrund. Damit ist eine erste zentrale Veränderung im Gesundheitsdiskurs gesetzt. Die Debatte über einen sinnvollen gesellschaftlichen Umgang mit Gesundheit wird immer weniger durch eine inhaltliche (medizinische oder gesundheitswissenschaftliche) Diskussion bestimmt. Es sind Aspekte der Finanzierbarkeit, die maßgeblich zur neuen paradigmatischen Orientierung gesundheitspolitischer Setzungen avanciert sind. Anders ausgedrückt, es ist die Ökonomisierung des Gesundheitssystems und der Gesundheitsförderung, die zur zentralen Kategorie gegenwärtiger Rationalitäten und Entscheidungsprozesse geworden ist (vgl. Ahrens 2007). Eng damit verbunden sind Umstrukturierungen des gesamten Gesundheitssystems, deren Ausrichtungen auf der Maxime der Kostenreduzierung gründen. Die Einführungen von Fallpauschalen, DRG's, die Verkürzung der Liegezeiten im Krankenhaus sollen hier nur als einzelne Beispiele genannt werden. Auch die damit einhergehenden Debatten zur Qualitätssicherung von gesundheitsbezogenen Dienstleistungen unterliegen zentral den Gütekriterien einer nachweisbaren Effizienz und der Wirksamkeit einzelner Maßnahmen. Ökonomische Kategorien strukturieren hier nachhaltig bedeutsame gesundheitspolitische Implikation und wissenschaftliche Konzeptionen. Mit der zunehmenden Ökonomisierung hat sich auch die Haltung des Staates geändert. Die wohlfahrtsstaatliche Perspektive ist durch das Konzept des aktivierenden Sozialstaats ersetzt worden. Das aktivierende Paradigma geht davon aus, dass der Staat nicht mehr allein Wohlfahrtsleistungen zur Verfügung stellt, die BürgerInnen nicht nur mit Rechten, sondern auch mit Pflichten ausgestattet sind. Der aktivierende Staat verändert das Verhältnis von Staat, Gesellschaft und Bürger. Es wird vor allem konzeptioneller Raum für die Eigenverantwortung der BürgerInnen geschaffen, dies eben nicht nur im Prinzip der Ermöglichung, sondern vor allem als staatliche Erwartungshaltung, die bei Nichterfüllung auch sanktioniert werden kann (vgl. Dahme/Wohlfahrt 2007).

Diese Entwicklungen haben hinsichtlich der Positionierung von Gesundheit nachhaltigen Einfluss genommen. Gesundheit ist nicht mehr jene konkrete Utopie der 1980er Jahre, nicht Vision und Synonym für eine bessere Lebenswelt, sondern unabdingbare Notwendigkeit geworden, um die vermeintliche finanzielle Überlastung im Gesundheitswesen abzuwenden. In diesem Sinne hat die ökonomische Situation zu einer Relevanzsteigerung von Gesundheit beigetragen, hat sie aus der Perspektive lediglich wünschenswerte Option zu sein, hinaus katapultiert. Hervorzuheben ist allerdings, dass die Wege zum „gesunden Leben“ ganz andere Ausrichtungen

erfahren haben. Aus den Konzepten einer lebensweltbezogenen Gesundheitsförderung stehen heute zentral präventive Konzepte für die Individuen im Vordergrund. Der Blick hat sich von den sozialen Rahmenbedingungen hin zu den Fragen der Verhaltensmodifikationen verschoben. Bettina Schmidt betitelt diesen Sachverhalt treffend mit folgender Formulierung: „Von der Gesundheitsförderung zur Gesundheitsforderung“ (Schmidt 2007a, S. 83). Und Hans Günther Dahme und Norbert Wohlfahrt weisen explizit darauf hin, dass die Umsetzung der WHO-Ziele zur Gesundheitsförderung im Sinne der Weiterentwicklung der gesellschaftlichen Infrastrukturen vom aktivierenden Sozialstaat nicht zu erwarten ist (vgl. Dahme/Wohlfahrt 2007, S. 78).

Es sind vielmehr das Verhalten und die Selbstverantwortung des Bürgers, die in den Mittelpunkt der gesundheitspolitischen Ausrichtungen rücken. Sehr deutlich lassen sich solche Entwicklungen am Beispiel der „dicken Kinder“ illustrieren. Hier rückt ein Problem in den Fokus gesellschaftlicher Aufmerksamkeit, das paradoxer Weise als Ausdruck einer Überflussgesellschaft beschrieben werden kann, in der Nahrungsmittel jederzeit „unbegrenzt“ zur Verfügung stehen. Gleichzeitig ist bei genauerer Betrachtung insbesondere jene Bevölkerungsgruppe von Übergewicht besonders „betroffen“, die aufgrund ihrer schlechten sozialen Situation an bestimmten materiellen Ressourcen und sozialen Kulturtechniken nicht gleichermaßen partizipieren kann. In den Blick der Öffentlichkeit ist diese Problematik allerdings erst dann mit aller Schärfe gerückt, als sie prognostisch sich quantitativ immer mehr als auswachsendes Phänomen erwies und vor allem als ökonomische Berechnungen über die vermeintlich dramatischen Folgekosten für das ökonomisch ohnehin schon angeschlagene Gesundheitswesen ausgemacht wurden: Kosten die durch die zunehmenden und durch das Übergewicht bedingten chronischen Erkrankungen der heute dicken Kinder in ihren späteren Lebensjahren als Erwachsene ausgemacht wurden. Es erstaunt angesichts der gesellschaftlichen Entwicklungen nicht, dass vor allem durch den prospektiven Verweis auf die zu erwartende ökonomische Brisanz des Problems „dicke Kinder“ eine Problemwahrnehmung in der Öffentlichkeit geschaffen wurde und die Gesundheitspolitik sich genötigt sah, Überlegungen für eine Problemlösung zu formulieren. Zentrale Perspektiven einer Problembearbeitung wurden dann allerdings nicht in gesellschaftlichen Rahmenbedingungen gesucht. Auch wollte nicht verstanden werden, dass die Lebensstile der Familien mit „dicken Kindern“ nicht als „eigenes Verschulden“ im Sinne der verfehlten Selbstsorge zu sehen sind, sondern Verweise auf grundlegende habituelle Orientierungsmuster, fehlende Bildungsmöglichkeiten und mangelnde gesellschaftliche Teilhabe darstellen. Die Maßnahmen werden vor allem in der Änderung des Verhaltens der Familienmitglieder gesehen (vgl. u.a. Fuhs 2003). Eine Strategie, die keineswegs nur bei diesem „Problem“ erwogen wird, sondern grundlegende Orientierung gegenwärtiger gesundheitsbezogener Direktiven ist.

Um dies zu ermöglichen, haben sich Strategien der Prävention als vermeintlich sinnvolle Wege der Realisierung von Gesundheit etabliert und im Vergleich zu Konzepten der Gesundheitsförderung durchgesetzt. Prävention wird zur neuen normativen und mehr und mehr auch zur rechtlichen Verpflichtung des Bürgers, sich um seine Gesundheitserhaltung zu bemühen. Die von den Gesundheitswissenschaften erforschten Zusammenhänge zwischen sozialer Lebenssituation und Gesundheitszustand werden von den meisten gegenwärtigen präventiven Ansätzen nicht aufgegriffen. Die „Arrangements der Institutionen“ oder des Sozialen interessieren nicht wirklich. Der Fokus liegt in der Bearbeitung der „Arrangements des Subjekts“ (vgl. Vobruba, 1983). Der Zugriff auf das Individuum durch die Strategien der Verhaltensprävention versprechen vordergründig größere und schnellere Erfolge. Historisch gesehen ist damit ein weit reichender Perspektivenwechsel gesetzt. „Nicht mehr der Schutz des Einzelnen vor sozial verursachten Problemen, sondern der Schutz der Gesamtheit und ihrer Ressourcen vor dem Einzelnen angesichts sozialer Probleme gerät in den Mittelpunkt“, wie es Bernd Dollinger (2006, S. 153) in seiner kritischen Auseinandersetzung zur Prävention treffend formuliert.

Im Konzept der Prävention verbleibt „der Mensch als Risiko“ (vgl. Wambach 1983). Dabei nimmt die Präventionskonzeption zwei Positionen gegenüber dem „Subjekt“ ein: die Auflösung und die der Zuweisung. Robert Castel hat in seinen Analysen zu Präventionsstrategien darauf hingewiesen, dass das Subjekt in dem Risikokonzept nicht mehr von Interesse ist. Die konkrete Person interessiert nur noch in ihrem Komplex der Risikofaktoren (vgl. Castel 1983). Dem gegenüber verweist Robert Bröckling in seiner gegenwärtigen Betrachtung diskursiver Formungen zum Thema Prävention auf die explizite Bezugnahme auf ein Subjekt, da es als selbstverantwortlicher und kompetenter Agent des eigenen Lebens in die Pflicht genommen wird. „Prävention wird wichtiger denn je, aber sie wird zunehmend zur Sache der Individuen, die gehalten sind, sich selbst ökonomisch zu regieren. Wer sich als unternehmerisches Selbst behaupten will, tut gut daran, rechtzeitig ins eigene Humankapital zu investieren“ (Bröckling 2004, S. 214). Damit verweist Bröckling noch auf einen weiteren wichtigen gewärtigen Aspekt von Prävention: Es soll nicht nur das Verhalten der BürgerInnen verändert werden, vielmehr sollen die Subjekte selbst bereitwillige Akteure ihrer eigenen Selbstkontrolle werden. Präventionsstrategien heben gezielt auf die normativen Rahmungen ab, versuchen neue Wirklichkeitsordnungen der Alltagswelt zu setzen und damit Macht zu ermöglichen (vgl. Berger/Luckmann 1999). Macht, die dadurch so wirksam wird, da sie von den Subjekten als normative Leitorientierung in das eigene Selbstkonzept übernommen wird. Die Sorge um den „richtigen“ body mass index (BMI) verbleibt nicht als aufoktroyierte Vorgabe der Gesundheitsbehörden, sondern wird Maßstab des vermeintlich eigenen „gesunden“ Lebens. Die Forderung zur Gesundheit wird zur Form der Selbstoptimierung (vgl. Schmidt 2007b).

In Anlehnung an die Machttheorien Michel Foucaults kann Gesundheit (und Prävention) gegenwärtig als ein zentrales Konzept der Disziplinierung und der Subjektivierung verstanden werden. Der Ort der ärztlichen Wahrsprechung hat mit dem Konzept „Gesundheit“ längst die engen Mauern der Spitäler verlassen und ist diskursive Praxis der Alltagswelt geworden. Regina Brunett (2007) weist darauf hin, dass Gesundheit eine existentielle Notwendigkeit darstellt, sie ist Bedürfnis, Selbstgestaltung und Selbstpositionierung und besitzt einen hohen sozialen Symbolwert. Gesundheit unterliegt damit dem Charme der Gestaltbarkeit und eigener Machbarkeit. Gerade in dieser Versprechung neoliberaler Programmatik von Gesundheit liegt paradoxerweise die „Chance ihres Scheiterns“. Das in ihr angelegte Nichtgelingen, das Nichtereichen der Gesundheitsversprechen kann zur Option eines kritischen Umgangs mit der Forderung nach gesundheitlicher Selbstoptimierung werden. So fragmenthaft diese Ausführungen auch bleiben müssen, sie dokumentieren doch zentrale Entwicklungslinien, denen Gesundheitskonzepte in den letzten Dekaden ausgesetzt gewesen sind. Der eingangs von Franz-Josef Krumenacker eingebrachte Buchtitel bedürfte heute einer Ergänzung: Gesundheit – von der Residualgröße über die konkrete Utopie zur Selbstoptimierung als Subjektivierungstechnik. Angesichts dieser Entwicklungen drängt sich die Frage verstärkt auf, welche Berechtigung Setting-Ansätze als zentrale Strategien von Gesundheitsförderung heute noch einnehmen können?

Der Setting-Ansatz als Ermöglichungsstrategie

Die Konzeptualisierung der Gesundheitsförderung wie sie von der Ottawa-Charta 1986 angelegt worden ist, zielt wie eingangs schon formuliert auf eine gesundheitsförderliche Politik, auf die Schaffung gesundheitsförderlicher Lebenswelten, auf die Entwicklung persönlicher Kompetenzen, die Neuorientierung der Gesundheitsdienste und auch auf die Ermöglichung eines Zugangs für alle Menschen an den gesellschaftlichen Dienstleistungsangeboten (vgl. Altgeld/Kolip 2004, 2007).

Für eine schnelle Umsetzung der Gesundheitsförderung ist von der WHO der Setting-Ansatz konzipiert worden. Als Setting wird ein abgegrenztes soziales System festgelegt, in dem Gesundheitsförderungsprogramme realisiert werden (sollen). Der Setting-Ansatz fokussiert insbesondere die Rahmenbedingungen von Menschen, richtet sich zentral auf Organisationen und Netzwerke und weniger auf individuelles Risikoverhalten und kann somit als Schlüsselstrategie der Gesundheitsförderung gewertet werden (vgl. Grossmann/Scala 2004).

Ein erstes von der WHO schon 1986 gestartetes Projekt war das international ausgeschriebene Modellvorhaben „Healthy Cities“, in der BRD unter dem Namen „Gesunde Städte“ bekannt, welches heute unter dem „Netzwerk Gesunde Städte“, an dem sich über 60 Kommunen beteiligen, weiter

existiert. Das Ziel dieser Konzepte liegt nicht allein in dem Bemühen den Gesundheitszustand durch direkte (medizinische) Maßnahmen zu verbessern, sondern Strukturen städtischer Lebenswelten zu verändern und zu modifizieren, wie z.B. durch Maßnahmen stärkerer Transparenz und Partizipation, um dadurch gesundes Leben zu ermöglichen (vgl. Stender 2004). Die Idee der „Gesunden Städte“ lag insbesondere darin, kommunalpolitische Perspektiven, lebensweltliche Arrangements, BürgerInnen-Interessen und Versorgungssituationen in einen produktiven Austausch zu bringen. Das Konzept der Gesunden Städte könnte konzeptionell auch als eine sozialraumorientierte Praxis beschrieben werden. Später folgte noch das Programm der „gesunden Regionen“, das einen ähnlich sozialraumorientierten Zuschnitt hat.

Weitere Umsetzungen haben sich stärker auf Organisationen des Alltagslebens konzentriert. Die Schulen, die Betriebe, die Krankenhäuser, die Gefängnisse und die Universitäten wurden zu weiteren „Orten“ gesundheitsfördernder Settings erklärt. So unterschiedlich diese Institutionen sind und jeweils spezifische Herausforderungen für Gesundheitsförderungsprogramme stellen, so basieren zentrale Strategien auf der Veränderung organisationaler Strukturen und Entscheidungsprozesse durch alle Beteiligten (Stichwort „lernende Organisation“), auf der Netzwerkarbeit, auf der Veränderung von Rahmenbedingungen, der Entwicklung gemeinsam durchgeführter Projekte und auf der Ebene der Bildungsarbeit, Informationsvermittlung sowie der Kompetenzstärkung. An den jeweiligen ausgeschriebenen Projekten haben sich in der BRD wie international sehr viele Organisationen, Städte und Regionen beteiligt, und es ist eine kaum noch zu überblickende Anzahl konkreter Praxisprojekte initiiert, durchgeführt und publiziert worden. Auf eine Einzeldarstellung muss an dieser Stelle allerdings verzichtet werden (siehe als Überblick: Naidoo/Wills 2003; Altgeld/Kolip 2004; BZgA 2004 u.a.)

Aus einer evaluierenden Perspektive gegenüber dem Setting-Ansatz in der Gesundheitsförderung lassen sich drei wesentliche Dimensionen beschreiben:

- (a) *Praxis*: Der Setting-Ansatz hat als Konzept der Gesundheitsförderung eine große gesellschaftliche Akzeptanz in den jeweiligen institutionellen und sozialpolitischen Feldern erfahren. Unter dem „Firmenschild“ der WHO ist ein Konzept platziert worden, das die Ausstrahlung einer „konkreten Utopie“ – um hier auf die Denkfikur Ernst Blochs zurück zu greifen – besessen hat und erstaunlicher Weise trotz aller gegenläufigen Tendenzen auch noch gegenwärtig besitzt. Die Tatsache, dass dieser Ansatz einen so produktiven Eingang in die Praxisfelder gefunden hat, kann erst einmal als Erfolg gewertet werden. Das Setting-Konzept kann als ein sinnvolles Beispiel dafür gewertet werden, dass die anspruchsvolle Pro-

grammatik eines Gesundheitsförderungskonzepts und die Realisierung in konkreter Praxis keinen Widerspruch darstellen müssen.

- (b) *Relevanz:* Trotz oder gerade wegen des Mainstreams der individuumsbezogenen Konzepte der Prävention kann die Relevanz der Setting-Ansätze nicht hoch genug bewertet werden. Sie dokumentieren sehr eindrücklich, dass Gesundheitsförderung mit ihrem grundlegenden Zugang zu den Rahmenbedingungen der Menschen und ihrem Ansatz der Ermöglichung eines gesundheitsförderlichen Lebens eine geradezu politische Herausforderung gegenüber den Zuweisungsstrategien der Prävention besitzt. Setting-Konzepte sind als konzeptionelle Ressource zu begreifen, dass Gesundheit nicht allein an das richtige Verhalten der BürgerInnen adressiert werden kann, sondern immer auch der Veränderung der lebensweltlichen Bedingungen und damit der politischen Verantwortung staatlicher Institutionen bedarf. Spätestens wenn die Machbarkeitsideologie der Prävention an ihre Grenzen stößt, wird die Frage nach anderen Zugängen zur Gesundheit wieder bedeutsam werden.
- (c) *Defizit:* Bei aller potentiellen Bedeutsamkeit der Gesundheitsförderung und der Praxisrealisierungen ihrer Setting-Ansätze lassen sich auch einige explizite Defizite in ihrer fast 20jährigen Geschichte ausmachen. Sicherlich liegt eine Schwierigkeit in der fehlenden Nachweisbarkeit ihrer Wirkung. Mit der durch die zunehmende Ökonomisierung des Gesundheitsbereichs einhergehenden Ausrichtung auf Effizienz und der damit gebotenen Belegbarkeit der Wirksamkeit zwischen Input und Outcome, fallen Gesundheitsförderungskonzepte schnell durch die engen Maschen klassischer Evaluationskriterien (vgl. Schmacke 2007). Das Prinzip „what works“ lässt sich in den Setting-Konzepten kaum eindeutig bestimmen. Hier bedarf es eines Umdenkens in der Beschreibung von (eindeutigen) Wirksamkeiten hin zu Prozessveränderungen. Dieses Problem muss als ein strukturelles Dilemma gesehen werden, in das die Gesundheitsförderung durch sich verändernde gesellschaftlich gesetzte Gültigkeitskriterien hineingeworfen worden ist und durch eine andere Konzeptualisierung von Evaluation beantwortet werden muss. Bedeutsamer mag dagegen ein Versäumnis gewertet werden, dass angesichts gesundheitspolitischer Programmatik und Praxisrealisierung der Setting-Ansätze „untergegangen“ ist: die Etablierung grundlegender Forschung und theoretischer Begriffsbildungen zu dem, was ein Setting ist und was gesundheitsförderliche Impulse und Entwicklungen sein könnten. M. E. nach haben nur Leo Baric und Günther Conrad (1999) einen zaghaften Versuch unternommen, Setting organisationstheoretisch zu lancieren. Insbesondere das Fehlen eigenständiger theoretischer Fundierungen führt dazu, dass keine Konturierung des Setting-

Ansatzes erfolgen kann. Diese wäre allerdings erforderlich, um Kriterien für ein anderes Konzept von Evaluation, eine schärfere wissenschaftliche und praktische Abgrenzung zu Präventionskonzepten sowie eine stärkere gesundheitspolitische und gesundheitswissenschaftliche Relevanz aufbauen zu können. Die Schwäche des Setting-Ansatzes liegt eben keineswegs in ihrer Praxis, sondern – mit durchaus weit reichenden Konsequenzen – in ihrer (fehlenden) Begriffsbildung!

Setting als Ausdruck biographischen Wissens und sozialer Praxis

Das Konzept des Settings ist nicht klar umrissen. Es ist eher ein Versuch, eine Rahmung oder Verortung zu setzen, um in ihnen Programme der Gesundheitsförderung zu gestalten. Zum einem handelt es sich um größere „Sozialräume“ wie die Städte oder Regionen, bei den meisten Settings handelt es sich um institutionelle Arrangements, um Einrichtungen personenbezogener Dienstleistungen. Es steht außer Zweifel, dass für eine Konturierung des Setting-Konzepts (gesundheits-)politische Ansätze, juristische und organisationstheoretische Sachverhalte von großer Bedeutung sind. Ähnlich wie die Medizin ihren zentralen Erkenntnisfokus vor dem Hintergrund eines biomedizinischen Paradigmas auf den kranken Körper legt, bauen Konzepte der Gesundheitsförderung (wie auch der Setting-Ansatz) zentral auf gesundheitspolitische und gesundheitswissenschaftliche Wissensbestände auf. Allerdings fehlt in beiden Bereichen eine theoretische Perspektive auf die sozialen Akteure, auf die NutzerInnen als auch auf die Gestalter personenbezogener Dienstleistungen und gesellschaftliche Institutionen. Mag dieser Sachverhalt erst einmal trivial anmuten, so liegen in einem Perspektivenwechsel auf die *Wissensbestände* und *Praxen der Akteure* bedeutsame Optionen für die theoretische und wissenschaftliche Konturierung des Setting-Konzepts. Zwei Perspektiven sollen dabei besonders hervorgehoben werden: (a) die *biographischen Wissensressourcen der Subjekte* und (b) die Bedeutsamkeit der *sozialen Praxen in institutionalisierten Alltagswelten*. Ein Anspruch auf eine vollständige theoretische Beschreibung des Begriffs des Settings ist damit nicht gesetzt. Vielmehr geht es um die Konturierung und Positionierung zentraler – auch gesundheitspolitisch bedeutsamer – Perspektiven.

Erst einmal mag es erstaunen, dass im Kontext eines Setting-Ansatzes biographisches Wissen der einzelnen Akteure von Relevanz sein soll, da zentrale Aufmerksamkeiten eigentlich den Lebensbedingungen in den konkreten Alltagswelten zufallen. Der Sachverhalt einer biographischen Relevanzsetzung lässt sich einfach beschreiben. Ob Lebens- und Arbeitsbedingungen krank machen oder gesundheitsfördernde Aspekte haben, ob Umwelten eine partizipative oder deautonomisierende Qualität zufällt, hängt nicht allein

von den Eigenschaften der „Dinge“ ab, sondern hat entscheidend mit der Bezugnahme der Subjekte zu ihrer Umwelt zu tun. Biographische Studien machen überzeugend deutlich, dass die „Produktion“ von Gesundheit, Bildung und Autonomie entscheidend durch die Aneignungsleistung der Akteure gesetzt wird. Umwelten, wenn sie sinnvoll von den Subjekten produktiv aufgegriffen werden sollen, müssen an die biographischen Sinnhorizonte der Akteure anschlussfähig sein (vgl. u.a. Hanses 2005, 2007a; Oelrich/Schaarschuch 2005; Schulze 2006). Gesundheitsfördernde Konzepte dürfen also nicht nur danach fragen, welche Rahmenbedingungen modifiziert werden müssen, sondern eine theoretische Sensibilisierung und ein praktischer Zugang zu den biographischen Konstruktionen ihre Wissensbestände werden unabdingbar. Bedeutsam ist, dass mit dem biographischen Wissen nicht in erster Linie kognitive Wissensformationen gemeint sind, sondern biographische Erfahrungsaufschichtungen und die Etablierung von handlungsleitenden Sinnhorizonten mit denen die Subjekte immer wieder auf ihre Umwelten zugehen und sie sich auf ihre je eigene Art aneignen (vgl. Hanses 2007b, 2007c). GleichermäÙen gilt die Frage nach den biographischen Aneignungsleistungen keineswegs nur für die NutzerInnen von Organisationen, wie den SchülerInnen, Studierenden, Gefangenen und Kranken, sie ist ebenso für das „Personal“, für die Professionellen und Mitglieder der Organisationen von großer Relevanz, da auch sie in ihren professionellen Zusammenhängen die Institution durch subjektive Aneignungsleistungen zu ihren produktiven Orten von Dienstleistungen machen. Biographie ist in diesem Sinne wesentliche „Organisationsressource“ (vgl. Alheit/Hanses 2004; Harney/Rahm 2002).

So sehr ein Biographiebezug im Kontext personenbezogener gesundheitlicher und sozialer Dienstleistungen über den Aspekt der Aneignungsoption einen wesentlichen theoretischen wie praktischen Gewinn darstellen kann, so ist gleichsam zu fragen, ob mit der Rekurrierung auf ein Wissen der Subjekte, nicht der Fokus auf eine Individualperspektive wie in den präventiven Konzepten möglicherweise noch subtiler eingefangen wird. Würde eine Biographieorientierung in der Gesundheitsförderung die Subjektivierungstendenzen durch die Gesundheitsdiskurse nur verdoppeln? Ulrich Bröckling (2004) verweist – wie eingangs schon hervorgehoben – darauf, dass Prävention gerade auf ein zur Verantwortung zu ziehendes Subjekt abzielt. In dieser Konstruktion reduziert sich die konkrete Person auf die Zuweisung als Entscheidungsträger. Dem gegenüber verweist das Konzept Biographie auf zwei Aspekte: Es impliziert die Gesamtheit der konkreten und „eigensinnigen“ Erfahrungen der Erzählenden und gleichzeitig ist Biographie Form einer „sozialisierten Subjektivität“ (Bourdieu/Wacquant 1996), ist konkreter Verweis auf inkorporierte gesellschaftliche Strukturen. Selbst Michel Foucault bezieht sich in seinem – wenn auch wenig aufgegriffenen – Ansatz der „unterdrückten Wissensarten“ auf zwei wesentliche Dinge. Die unterdrückten Wissensarten – eben die ganz konkreten Erfah-

rungen der Menschen – verweisen auf zwei wesentliche Sachverhalte: Sie geben einerseits Einblick in die Erfahrungen mit konkreten gesellschaftlichen Machtstrukturen und ihren Wirkungen auf die Subjekte sowie andererseits entziehen sich die unterdrückten Wissensformen als lokale Wissensstrukturen den globalen Diskursen, stellen somit Formen eines „Gegenwissens“ zur Verfügung. Die unterdrückten Wissensarten als konkrete Erfahrungspraxis schaffen Potentiale die diskursiven Zuweisungen und Subjektivierungspraxen – wenn auch nur begrenzt – zurück zu weisen und „Selbst-Subjektivierungen“ zu ermöglichen (vgl. Foucault 1978; Kögler 2004 sowie Hanses 2007d; 2007e). In diesem Sinne können biographische Erzählungen diese Perspektive für die unterdrückten Wissensarten öffnen. Wenn Konzepte der Gesundheitsförderung wie der Setting-Ansatz einen theoretischen Biographiebezug etablieren, dann wird nicht nur eine Subjektorientierung in die Gesundheitswissenschaften eingeführt, sondern ein politisch relevantes sensibilisierendes Konzept geschaffen, dass filigrane, aber für die Gesundheitsförderung bedeutsame, Differenzierungen zwischen Fremdzuweisung und Selbstbemächtigung erlaubt.

Die zweite zentrale theoretische Perspektivenerweiterung für eine Setting-Konzeption liegt in einem praxeologischen Zugang (vgl. u.a. Reckwitz 2003), eine heuristische Perspektive, die insbesondere für organisationale und institutionalisierte Lebensbereiche von großer Bedeutung ist. Thomas Klatetzki (2003) spricht hinsichtlich eines praxeologischen Zugangs zu Institutionen von einem „dritten Weg“ zwischen Subjektperspektiven und makrosoziologischen Ansätzen. Letztere wären nicht in der Lage, wesentliche Dimensionen von institutionalisierten Prozessen in Organisationen hinreichend zu erfassen. Die Grundidee ist ebenfalls schlicht: Organisationen werden nicht in erster Linie durch finanzielle Rahmen, juristische Bedingungen und formale Prozesse bestimmt, sondern durch die sozialen Praxen ihrer Mitglieder, anders ausgedrückt durch die „Organisationskulturen“ (vgl. u.a. Grunwald 2004). In Alltagswelten wie in Organisationen entstehen Prozesse der Institutionalisierung und Routinebildung um handlungsfähig zu sein (vgl. Berger/Luckmann 1999). Bestimmte Wissensformen stehen somit nicht mehr zur Verfügung und bilden das „praktische Bewusstsein“ (Giddens) und wirken als „sozialer Sinn“ im Rücken der Akteure weiter. Organisationen sind in diesem Sinne durch Interaktionsordnungen (vgl. Goffman 1994) und durch Wissensordnungen (vgl. Hanses 2007c) vorstrukturiert und besitzen gleichzeitig eine große Hartnäckigkeit. Die Relevanz solch eines praxeologischen Zugangs für eine Gesundheitsperspektive liegt darin, dass Prozesse in Institutionen nicht einfach dem richtigen, evidenzbasierten Wissen, nicht nur der richtigen Ausbildung, den knappen Ressourcen und der formalen Regelung geschuldet sind, sondern den sozialen Herstellungspraxen und ihrer Hartnäckigkeit. Mit einer praxeologischen Perspektive könnten z.B. Antworten auf Fragen nach bestimmten gesundheitsrelevanten Verhalten der BürgerInnen oder spezifischen Entscheidungs-

und Umgangsformen der Professionellen entwickelt werden. Gesundheit als biographische Konstruktion und soziale Praxis zu verstehen, also eine biographische und sozialkonstruktivistische Perspektive in eine Theorie des Setting-Ansatzes zu implementieren, löst ohne Zweifel nicht alle Fragen, ermöglicht aber ganz neue produktive und angesichts der gegenwärtigen gesellschaftlichen Herausforderungen im Gesundheitsbereich notwendige erkenntnisbezogene Fundierungen. Hinsichtlich der institutionalisierten Settings wären auch zwei zentrale praktische Perspektiven zu nennen: „Gesundheitsfördernde“ Institutionen müssten sich von machtvollen „Biographiegeneratoren“ zu ermöglichenden „Biographiemoderatoren“ wandeln und ihre eigenen Praxen einer „institutionellen Selbstreflexivität“ unterziehen (vgl. Alheit 2000; Alheit/Hanses 2004). Beide Realisierungen würden ein enormes gesundheitsförderndes Potential für alle Beteiligten mit sich bringen und Strukturen der Lebenswelten und Institutionen nachhaltig ändern.

Abschließend bleibt festzuhalten, dass Gesundheitsförderung und insbesondere die Setting-Ansätze gerade wegen der Dominanz individuumkonzentrierter Präventionsansätze unbedingt erforderlich sind. Ihr Potential ist bei weitem noch nicht ausgeschöpft. Für eine gesellschaftliche Positionierung des Setting-Ansatzes im Feld gesundheitspolitischer Machtspiele bedarf es allerdings mehr als den Nachweis vielzähliger Praxisprojekte. Eine theoretische Standortbestimmung muss dringend geleistet werden. Die hier kurz vorgestellten und in den Gesundheitswissenschaften bisher kaum diskutierten Ansätze des biographischen Wissens und der sozialen Praxen eröffnen für die Setting-Konzeptionen bedeutsame Forschungsperspektiven und ermöglichen eine gesundheitspolitische Positionierung. Um ein letztes Mal auf das Eingangszitat von Franz-Josef Krumenacker zurück zu kommen, könnte dieses angesichts der vorausgegangenen Ausführungen in folgender Weise modifiziert werden: Gesundheit – von der Residualgröße zur konkreten Utopie der Selbst-Subjektivierung und institutioneller Selbstreflexivität. Allerdings auch: Gesundheit wird immer nur ein Idealzustand bleiben können, wie es vortrefflich und in weiser Einsicht von Erich Kästner formuliert worden ist: „Seien wir ehrlich: Leben ist immer lebensgefährlich.“

Literatur

- Alheit, P. (2000): Biographie und ‚modernisierte Moderne‘: Überlegungen zum vorgeblichen ‚Zerfall‘ des Sozialen. In: ZBBS. Zeitschrift für qualitative Bildungs-, Beratungs- und Sozialforschung, 1. Jg., S. 151-166
- Alheit, P./Hanses, A. (2004): Institution und Biographie: Zur Selbstreflexivität personenbezogener Dienstleistungen. In: Hanses, A. (Hrsg.): Biographie und Sozia-

- le Arbeit. Institutionelle und biographische Konstruktionen von Wirklichkeit. Baltmannsweiler, S. 8-28
- Ahrens, D. (2007): Ökonomisierung der Gesundheitsförderung. In: Schmidt, B./Kolip, P. (Hg.): Gesundheitsförderung im aktivierenden Sozialstaat. Präventionskonzepte zwischen Public Health, Eigenverantwortung und Sozialer Arbeit. Weinheim, S. 54-56
- Altgeld, T./Kolip, P. (2004): Konzepte und Strategien der Gesundheitsförderung. In: Hurrelmann, K./Klotz, T./Haisch, J. (Hg.): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. Bern, S. 41-51
- Altgeld, T./Kolip, P. (2007): Wirksame Gesundheitsförderung heute – die Herausforderungen der Ottawa-Charta. In: Schmidt, B./Kolip, P. (Hg.): Gesundheitsförderung im aktivierenden Sozialstaat. Präventionskonzepte zwischen Public Health, Eigenverantwortung und Sozialer Arbeit. Weinheim, S. 33-44
- Antonovsky, A. (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen
- Baric, L./Conrad, G. (1999): Gesundheitsförderung in Settings. Konzept, Methodik und Rechenschaftspflichtigkeit zur praktischen Anwendung des Settinansatzes der Gesundheitsförderung. Werbach-Gamburg
- Berger, P./Luckmann, T. (1999): Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit. Eine Theorie der Wissenssoziologie. Frankfurt a.M.
- Bourdieu, P./Wacquant, L.J.D. (1996): Reflexive Anthropologie. Frankfurt a.M.
- Bröckling, U. (2004): Prävention. In: Bröckling, U./Krasmann, S./Lemke, T. (Hg.): Glossar der Gegenwart. Frankfurt a.M., S. 210-215
- Brunett, R. (2007): Foucaults Beitrag zur Analyse der neuen Kultur von Gesundheit. In: Anhorn, R./Bettinger, F./Stehr, J. (Hg.): Foucaults Machtanalytik und Soziale Arbeit. Eine kritische Einführung und Bestandsaufnahme. Wiesbaden, S. 169-184
- BZgA, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.) (2004): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung. Schwabenheim
- Castel, R. (1983): Von der Gefährlichkeit zum Risiko. In: Wambach, M. (Hg.): Der Mensch als Risiko. Frankfurt a.M., S. 51-74
- Dahme, H.-J./Wohlfahrt, N. (2007): Gesundheitspolitik im aktivierenden Staat: zu einigen Aspekten der Ökonomisierung der Gesundheitsversorgung und Gesundheitsförderung. In: Schmidt, B./Kolip, P. (Hg.): Gesundheitsförderung im aktivierenden Sozialstaat. Präventionskonzepte zwischen Public Health, Eigenverantwortung und Sozialer Arbeit. Weinheim, S. 72-82
- Dollinger, B. (2006): Aktivierende Sozialpädagogik. Ein kritisches Glossar. Wiesbaden
- Foucault, M. (1978): Historisches Wissen der Kämpfe und Macht. In: Foucault, M.: Dispositive der Macht. Berlin, S. 55-74
- Fuhs, B. (2003): Dicke Kinder. Eine Internet-Recherche. Anmerkungen zu einem unterschätzten Körperdiskurs. In: Zeitschrift für qualitative Bildungs-, Beratungs- und Sozialforschung (ZBBS), Heft 1, S. 81-104
- Goffman, E. (1994): Die Interaktionsordnung. In: Goffman, E.: Interaktion und Geschlecht. Frankfurt a.M., S. 50-104
- Grossmann, R./Scala, K. (2004): Setting-Ansatz in der Gesundheitsförderung. In: BZgA, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.): Leitbegriffe der

- Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung. Schwabenheim, S. 205-206
- Grunwald, K. (2004): Management in Einrichtungen der Sozialen Arbeit. In: neue praxis, 34. Jg., S. 241-258
- Hanses, A. (2005): Perspektiven biographischer Zugänge für eine nutzerInnenorientierte Dienstleistungsorganisation. In: Oelerich, G./Schaarschuch, A. (Hg.): Sozialpädagogische Nutzerforschung. München, S. 65-78
- Hanses, A. (2007a): Biographie. In: Hanses, A./Homfeldt, H.G. (Hg.): Soziale Arbeit und Lebensalter. Eine Einführung. Baltmannsweiler (im Druck)
- Hanses, A. (2007b): Soziale Arbeit und Gesundheit – ein schwieriges wie herausforderndes Verhältnis. In: Homfeldt, H.G. (Hg.): Soziale Arbeit im Aufschwung zu neuen Möglichkeiten oder Rückkehr zu alten Aufgaben. Baltmannsweiler, S. 113-123
- Hanses, A. (2007c): Wissen als Kernkategorie einer nutzerInnenorientierten Dienstleistungsanalyse – eine heuristische Perspektive. In: Grunwald, K. (Hg.): Management des Sozialen. Baltmannsweiler (im Druck)
- Hanses, A. (2007d): Macht, Profession und Diagnose in der Sozialen Arbeit – Zur Notwendigkeit einer Epistemologie unterdrückter Wissensarten. In: Miethe, I. et al. (Hg.): Rekonstruktion und Intervention. Interdisziplinäre Beiträge zur rekonstruktiven Sozialarbeitsforschung. Opladen (im Druck)
- Hanses, A. (2007e): Professionalisierung in der Sozialen Arbeit – Zwischen Positionierung, Macht und Ermöglichung. In: Annhorn, R./Bettinger, F./Stehr, J. (Hg.): Foucaults Machtanalytik und Soziale Arbeit. Eine kritische Einführung und Bestandsaufnahme. Wiesbaden, S. 309-320
- Harney, K./Rahm, S. (2002): Wissen zwischen Biografie und Organisation. Zur Brauchbarkeit des Biografiebegriffs für die synchrone Analyse von Praktiken des Managements und der Organisationsentwicklung. In: Kraul, M./Marotzki, W./Schweppe, C. (Hg.): Biographie und Profession. Bad Heilbrunn, S. 304-319
- Illich, I. (1983): Die Nemesis der Medizin. Reinbek
- Jacob, W. (1979): Der Arzt und das Thema Gesundheit. In: Deutsches Ärzteblatt, 41. Jg., S. 2197-2199
- Klatetzki, T. (2003): Skripts in Organisationen. Ein praxistheoretischer Bezugsrahmen für die Artikulation des kulturellen Repertoires sozialer Einrichtungen und Dienste. In: Schweppe, C. (Hg.): Qualitative Forschung in der Sozialpädagogik. Opladen, S. 93-118
- Kögler, H.-H. (2004): Michel Foucault. Stuttgart
- Krumenacker, F.-J. (1988): Gesundheit – von der Residualgröße zur konkreten Utopie. Köln
- Naidoo, J./Wills, J. (2003): Lehrbuch der Gesundheitsförderung. Köln
- Oelerich, G./Schaarschuch, A. (Hg.) (2005): Soziale Dienstleistungen aus Nutzersicht. Zum Gebrauchswert Sozialer Arbeit. München
- Reckwitz, A. (2003): Grundelemente einer Theorie sozialer Praktiken. Eine sozialtheoretische Perspektive. In: Zeitschrift für Soziologie, 32. Jg., S. 282-301
- Schmacke, N. (2007): Evaluation von Gesundheitsförderung – Mission Impossible? In: Schmidt, B./Kolip, P. (Hg.): Gesundheitsförderung im aktivierenden Sozialstaat. Präventionskonzepte zwischen Public Health, Eigenverantwortung und Sozialer Arbeit. Weinheim, S. 57-67
- Schmidt, B. (2007a): Von der Gesundheitsförderung zur Gesundheitsforderung. In: Schmidt, B./Kolip, P. (Hg.): Gesundheitsförderung im aktivierenden Sozialstaat.

- Präventionskonzepte zwischen Public Health, Eigenverantwortung und Sozialer Arbeit. Weinheim, S. 83-94
- Schmidt, B. (2007b): Von der Gesundheitsförderung zur Selbstoptimierung. In: Schmidt, B./Kolip, P. (Hg.): Gesundheitsförderung im aktivierenden Sozialstaat. Präventionskonzepte zwischen Public Health, Eigenverantwortung und Sozialer Arbeit. Weinheim, S. 95-104
- Schulze, H. (2006): Migrieren – Arbeiten – Krankwerden. Eine biographietheoretische Untersuchung. Bielefeld
- Stender, K.-P. (2004): Kommunale Perspektive – Leitbild Gesunde Städte. In: BZgA, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung. Schwabenheim, S. 133-134
- Vobruba, G. (1983): Prävention durch Selbstkontrolle. In: Wambach, M. (Hg.): Der Mensch als Risiko. Frankfurt a.M., S. 29-48
- Wambach, M. (Hg.) (1983): Der Mensch als Risiko. Frankfurt a.M.

Einführung zum Setting Familie

Wenn Settings „Systeme“, also Orte und Kontexte sozialen Handelns, darstellen, in denen verschiedene soziale und personale Faktoren zusammenwirken und die Entwicklung eines Menschen einschließlich seiner Gesundheit und seines Wohlbefindens beeinflussen, dann kommt der Familie als sozialökologischem Zentrum des gesellschaftlichen Aufwachsens eine besondere Bedeutung bei der Gesundheitsförderung zu. Die Familie kann einerseits für die Verursachung von gesundheitlichen Problemen mit verantwortlich sein, auf der anderen Seite kann geleistete Unterstützung durch Familienmitglieder eine enorme Ressource für den Einzelnen darstellen. Familie selbst aber auch Vernetzungen zu Nachbarschaft, Freunden und Peers sind ebenso Ansatzpunkte für präventive und interventive Maßnahmen wie die Aktivierung sozialer und gesundheitsbezogener Einrichtungen oder der Selbsthilfe.

Die Familie stellt auf der Mikroebene ein System von individuellen Personen unterschiedlichen Alters und Geschlechts dar, sie ist auf der Mesoebene als ein Interaktionssystem und auf der Makroebene als eine gesellschaftliche Institution einschließlich ihrer Funktion als Wirtschaftseinheit zu betrachten. Nach der Formulierung von Rene König besitzt die Familie eine „biologisch-soziale Doppelnatur“. Dieser Gedanke ist um die Dynamik des Generationenverlaufs und intergenerationaler Beziehungen in der Familie zu ergänzen. Eingebettet in einen Umweltkontext, wie beispielsweise soziale Lage und Berufszugehörigkeit, bilden sich zwischen den verschiedenen Familienmitgliedern spezifische Interaktionsmuster heraus, die mit den entsprechenden Rollenzuweisungen korrespondieren. Dieses soziale Bezugssystem bietet den in ihm eingebetteten Mitgliedern durch Kooperation und solidarisches Verhalten im Regelfall Unterstützung und Referenz, dies aber nur insofern, als die durch verwandtschaftliche Verhältnisse oder das Zusammenleben in einem Haushalt in Frage kommenden Personen auch als Familienmitglieder wahrgenommen und anerkannt werden. Unter günstigen Umständen ist demzufolge ein gegenseitiges Einwirken und voneinander Lernen möglich.

Als Folge von familialen Sozialisationsprozessen eignen Kinder sich Gewohnheiten und Bewältigungsstrategien an, welche auch für die gesundheitliche Entwicklung von Belang sind. Für die gesundheitliche Fürsorge

ergibt sich somit ein hohes Potential an Eingriffsmöglichkeiten und Chancen, da sich über die Familie die Möglichkeit eröffnet, bestimmte Mechanismen und Fehlentwicklungen frühzeitig zu erkennen und ggf. zu korrigieren. Ein Nachteil dieses Settings besteht jedoch in dessen relativ hoher Abgeschlossenheit verglichen mit anderen, formalen Systemen, so dass der Erfolg der Interventionsmaßnahmen in hohem Maße von Akzeptanz und Freiwilligkeit abhängig ist.

Wie der folgende grundlegende Text von *Alois Herlth* zur Familienstruktur, zum Familienalltag und zu den familialen Einflussfaktoren auf die Kinder- und Jugendgesundheit zeigt, haben die engen Beziehungen der Familienmitglieder untereinander eine Schutzfunktion (protektive Effekte), andererseits bergen gerade Familienstrukturen, die Lebenslage der Familie und auch die Persönlichkeit der Eltern gesundheitliche und andere Risiken. In diesem Zusammenhang wird auch untersucht, inwieweit eine Förderung der Unterstützungsleistung mit Hilfe von Stressbewältigung und Steigerung der Elternkompetenz hinsichtlich gesundheitspräventiver Maßnahmen eine aussichtsreiche Präventionsperspektive darstellen kann.

Der Gesundheitsstatus von Kindern und Jugendlichen in seiner Abhängigkeit von familialen und anderen Einflussfaktoren wird in einem zweiten Beitrag von *Nora Wille und Ulrike Ravens-Sieberer* an Hand des Kinder- und Jugendgesundheits surveys des Robert-Koch-Instituts und der damit verbundenen „BELLA-Studie“ dargestellt. In Anbetracht der „neuen Morbidität“, die unter anderem durch eine größere Bedeutung psychischer Störungen im Erkrankungsspektrum charakterisiert ist, werden hier relevante Risikofaktoren aber auch protektive Faktoren identifiziert. Neben individuellen Faktoren und der sozialen Unterstützung im weiteren Umfeld erweist sich insbesondere ein positives Familienklima als wichtiger Einflussfaktor, während Familienkonflikte und ein niedriger sozio-ökonomischer Status mit deutlichen Nachteilen für die psychische Gesundheit der Kinder und Jugendlichen einhergehen.

Ein dritter Beitrag rundet dieses Kapitel zum Setting Familie ab, in diesem beschäftigen sich *Friedrich Balck* und seine Mitarbeiter mit Bewältigungsstrategien von Angehörigen schwer körperlich Erkrankter – Familie kann also bis heute in gesundheitlichen Extremsituationen als eine Art „Selbsthilfeeinrichtung“ fungieren, die allerdings hohe Anforderungen an die in die Pflege eingebundenen Familienangehörigen stellt und von ihnen unterschiedlich bewältigt wird.

Familiale Einflussfaktoren auf die Kinder- und Jugendgesundheit und Konsequenzen für die Prävention

Dass gerade der Familie im Rahmen der Bemühungen um die Gesundheitsförderung von Kindern und Jugendlichen ein prominenter Stellenwert zukommen muss, liegt förmlich auf der Hand, obliegt ihr doch die *primäre Zuständigkeit und Sorge* für das gedeihliche Aufwachsen des Nachwuchses. Das „Familiale“ drückt sich gleichsam in Übernahme dieser Verantwortung durch die Eltern oder zumindest einen – nicht unbedingt biologischen – Elternteil aus. Wenn es um die elementaren Bedürfnisse der Kinder und Jugendlichen nach Schutz, Versorgung, Zuwendung, Unterstützung, Zugehörigkeit und Entfaltung geht, ist die Familie das *primär* zuständige „Setting“ (vgl. Engelbert 1988; Wissenschaftlicher Beirat 2005; Textor 2006). Somit dürften zwangsläufig auch deren gesundheitliche Belange in besonderer Weise von der Verfassung und den Leistungen *ihrer* Familien abhängen – sie sind gleichsam mit dem Alltag des familialen Zusammenlebens und den jeweils gegebenen Mustern der familialen Kommunikation und Alltagsorganisation verwoben (zusammenfassend: Roberts/McElreath 1992; Hurrelmann/Schnabel 1997; Campbell 2000; Jerusalem 2006; Schnabel 2001).

Auf welche spezifische Weise die Familie Einfluss auf die Kinder- und Jugendgesundheit ausübt, soll in diesem Beitrag näher betrachtet werden. Dabei sollen nicht nur die wesentlichen familialen Einflussfaktoren herausgearbeitet werden – elterliches Sorgeverhalten, Sozialisierungseffekte, familiäre Bewältigungsmuster sowie Strukturmerkmale der Familie und Merkmale der familialen Lebenslage –, sondern es soll auch deutlich werden, auf welche Weise das „Familiensetting“ zu einem Bedingungsfaktor der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen wird, d.h. wie einzelne unterscheidbare Merkmale und Merkmalsebenen des familialen Zusammenlebens im „Zusammenspiel“ miteinander die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen stützen oder beeinträchtigen. Aus dieser Betrachtung werden abschließend Überlegungen abgeleitet, wie die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen im Familienalltag geschützt und gefördert werden kann. Dementsprechend stehen hier die gesundheitsförderlichen familialen Einflussfaktoren im Vordergrund.

1 Familienalltag und Gesundheit

In den Gesundheitswissenschaften werden bezüglich des Familieneinflusses auf die Gesundheit meistens zwei Aspekte unterschieden: das Aufwachsen in Familien kann mit der Ausbildung gesundheitlicher *Schutzfaktoren* verbunden sein oder mit gesundheitlichen *Risiken* (vgl. Hurrelmann 1994; Hurrelmann/Schnabel 1997; Schnabel 2001, S. 103ff.; Kolip 2003; Campbell 2000). Zum einen werden der Familie also „protektive“ Wirkungen zugeschrieben, die insbesondere auf die *sozialen Beziehungen* innerhalb der Familie zurückgeführt werden. Familien erscheinen hier als Unterstützungssysteme, als Netzwerke, die lebensnotwendige soziale Ressourcen bereitstellen und so zur Gesunderhaltung oder Krankheitsbewältigung beitragen (vgl. auch v. Schlippe 2003) oder mittels Sozialisation das Gesundheitsverhalten der Kinder und Jugendlichen „prägen“. Das Eingebundensein in Fürsorge- und Unterstützungsbeziehungen scheint dabei für die *protektiven Effekte* ausschlaggebend zu sein. In einer zweiten Perspektive werden dagegen gesundheitliche Risiken akzentuiert, die aus dem familialen Zusammenleben resultieren können (z.B. Beziehungsstörungen) oder mit bestimmten strukturellen Gegebenheiten des Familienalltags einhergehen (z.B. Persönlichkeit der Eltern, Familienstruktur oder familiäre Lebenslage) (vgl. Hurrelmann 1994; Hurrelmann/Schnabel 1997; Schnabel 2001). Unter bestimmten strukturellen Voraussetzungen (Risikofaktoren) kommt es offensichtlich in Familien nicht zur Ausbildung protektiver oder salutogener Mechanismen, so dass gesundheitliche Beeinträchtigungen wahrscheinlich werden.

Hier soll insbesondere der Frage nachgegangen werden *auf welche Weise* Merkmale des familialen Zusammenlebens zum Schutz oder zur Stärkung der Gesundheit und des Wohlbefindens von Kindern und Jugendlichen beitragen und unter welchen Umständen sie sich im Familienalltag herausbilden. Entscheidend dürfte diesbezüglich sein, dass die wesentlichen *familialen* Faktoren, nämlich die elterlichen Fürsorge-, Versorgungs- und Erziehungsleistungen, eingebunden sind in ein komplexes Zusammenwirken von Strukturmerkmalen und Prozessen des familialen Zusammenlebens, das man als „*familiale Alltagsbewältigung*“ näher beschreiben kann (vgl. Herlth 1988). Darin kommt zum Ausdruck, dass sich die Familie sowohl vielfältigen individuellen Anforderungen der Familienmitglieder (individuelle Bedürfnisse und Interessen) einerseits und Anforderungen anderer gesellschaftlicher Teilbereiche (z.B. des Wirtschafts- oder Bildungssystems) andererseits stellen muss. Man kann diese Anforderungen mit Kaufmann (1995) oder Lüscher (1988) als „*familiale Aufgaben*“ bezeichnen, deren „Erfüllung“ im Sinne *familialer Leistungen* sich – wie Kaufmann treffend formuliert hat – „im Modus der Alltäglichkeit“ (1995, S. 35) vollzieht, also als *familiale Alltagsbewältigung*.

Hochgradig institutionalisierter normativer Kern dieses Geschehens ist gewissermaßen das „Wohl“ aller Familienmitglieder, und dementsprechend nehmen sich Familienmitglieder in der Regel gegenseitig als Personen wahr, von denen sie diesbezüglich Hilfe und Unterstützung erwarten können und umgekehrt auch schulden (vgl. Schulze 2006, S. 264). Spezifikum der Familie ist dabei, dass „das Gesamtverhalten, das als Person Bezugspunkt für Kommunikation werden kann, behandelt, erlebt, sichtbar gemacht, überwacht, betreut, gestützt werden kann“ (Luhmann 1988a, S. 71). Damit dürfte das Wohl der Kinder einschließlich ihrer Gesundheit in besonderer Weise von den Leistungen der Familie im Rahmen familialer Alltagsbewältigung abhängen – genauer gesagt: von den Leistungen ihrer Eltern. Entscheidend dürfte also zum einen sein, wie die Eltern ihre Rolle definieren und im Alltag wahrnehmen, wie sie also ihre Kinder betreuen und versorgen, wie sie mit ihnen umzugehen pflegen und wie sie weitere Anforderungen des Familienalltags (z.B. Haushalt, Erwerbstätigkeit, eheliche Partnerschaft) zu managen in der Lage sind (*Prozessebenen*) und zum anderen unter welchen *Rahmenbedingungen* eine solche Alltagsbewältigung erfolgt (z.B. Persönlichkeitsmerkmale der Eltern, die Struktur der Familie, die familiäre Lebenslage).

2 Prozessebenen des Familieneinflusses

Mit Blick auf die familiäre Alltagsbewältigung lassen sich drei *Prozessebenen* identifizieren, die für die Gesunderhaltung und gesundheitliche Entwicklung der Kinder und Jugendlichen von entscheidender Bedeutung sind und in deren Zentrum jeweils bestimmte Aspekte des elterlichen Verhaltens im Kontext familialen Zusammenlebens stehen. In Familien geschieht *zum einen* gegenseitige *Versorgung und Fürsorge*, und zwar in der Regel im Rahmen eines gemeinsamen Haushalts und einer gemeinsamen Wohnung. Gerade als „*Versorgungsgemeinschaft*“ (Max Weber) dürfte die Familie einen wesentlichen Einfluss auf die Gesundheit haben, erstrecken sich doch die elterlichen Fürsorge- und Versorgungsleistungen auf den gesamten Bereich kindlicher Bedürfnisse und können als hochgradig institutionalisiert betrachtet werden, d.h. sie unterliegen einer kulturellen Normierung und entsprechender sozialer Kontrolle. Familien sind *zum zweiten* auch Ort der *Sozialisation* des Nachwuchses. Familiensoziologisch betrachtet ergibt sich Sozialisation in der Familie durch Beteiligung („Interpenetration“) der Bewusstseinsysteme der Kinder und Jugendlichen an der Familienkommunikation (vgl. Luhmann 1988b, S. 326). Somit findet selbstverständlich bereits auf der erstgenannten Ebene der Versorgung und Fürsorge, die sich ja stets kommunikativ vollzieht, Sozialisation statt. Es geht nun in der Perspektive des Sozialisationskonstrukts um die Konsequenzen des kommunikativen Geschehens, die wir als Persönlichkeitsentwicklung beobachten können. Sofern diese Konsequenzen Gegenstand elterlicher Intentionen sind oder waren, d.h. bestimmte Persönlichkeitswirkungen auch angestrebt

werden oder wurden, können wir auch von Erziehung sprechen. Eine *dritte* Prozessebene schließlich stellt die familiäre Stressbewältigung dar: Familiäre Alltagsbewältigung ist zwar ein größtenteils routinierter Vorgang auf der Basis etablierter Praktiken und Interaktionsmuster. Dennoch ergibt sich im Familienalltag stets auch die Notwendigkeit, auf *neue* Anforderungen zu reagieren, Routinen und Praktiken zu modifizieren oder gar neu zu etablieren (vgl. Herlth 1988; McKenry/Price 1994). Hier werden den Familien Leistungen hinsichtlich ihres Funktionierens als soziale Systeme insgesamt abverlangt, die sich – wie die Forschung belegt – als bedeutsame Faktoren für die Gesundheit aller Familienmitglieder erwiesen haben.

2.1 Elterliche Fürsorge und Versorgung

Aufwachsen in Familien ist in der Regel gleichbedeutend mit elterlicher Obhut, und diese vollzieht sich unmittelbar in tagtäglichen Fürsorge- und Versorgungsleistungen der Eltern. Bezugspunkt ist dabei das kulturell bestimmte Wissen um die körperlichen, geistigen und seelischen Bedürfnisse von Kindern: Sicherung der Existenz und Unversehrtheit, Zugehörigkeit und Wertschätzung, Wachstum und Selbstverwirklichung (vgl. Textor 2006). Im unmittelbaren Umgang mit den Kindern und durch die elterliche Regelung und Gestaltung ihres Alltages (z.B. wie und womit sich Kinder beschäftigen, wie sie sich ernähren, mit wem sie zusammen sind, wo sie sich aufhalten, welchen gesundheitlichen Risiken und Gefahren sie sich dabei aussetzen) werden die Bedingungen für Gesundheit und gesundheitliche Entwicklung geschaffen. Vier Aspekte lassen sich diesbezüglich unterscheiden:

Physische Versorgung

Die Sorge für die „körperlichen“ Grundbedürfnisse (Nahrung, Körperpflege, Bekleidung und Behausung) ist genuine Angelegenheit der Familie und fällt in die Zuständigkeit der Eltern. Die Ernährung der Kinder unterliegt in jungen Jahren ausschließlich elterlicher Kontrolle und auch späterhin noch ihrem Einfluss. An Beispielen wie Zahngesundheit oder Über- und Untergewicht der Kinder lässt sich die gesundheitliche Relevanz elterlicher Versorgung belegen. Nachweislich werden die Ernährungsgewohnheiten der Kinder wesentlich durch ihre Eltern bestimmt (Vögele/Ellrott 2006). Zu erwähnen sind auch Körperpflege und Haushaltshygiene sowie die elterlichen Pflegeleistungen im Krankheitsfall.

Psychosoziale Versorgung

Noch entscheidender für die gesundheitliche Verfassung und Entwicklung dürfte die psychosoziale Versorgung in der Familie sein. Hier geht es um die Gewährung liebevoller Zuwendung und Unterstützung, um das sensitive und responsive Umgehen, um Wärme und körperliche Nähe, Zuhören und Zuspruch, Anregung und Bestätigung. Das elterliche Zuwendungsverhalten hat natürlich vor allem Konsequenzen für die Persönlichkeitsentwicklung

der Kinder (s.u.). Hier geht es aber zunächst nur um die unmittelbaren Folgen des Zuwendungsverhaltens für das Wohlbefinden und die Gesundheit der Kinder. Die Qualität der psychosozialen Versorgung beeinflusst sowohl deutlich das kindliche Wohlbefinden (vgl. Acock/Demo 1994, S. 222f.; Bacher et al. 1996) als auch das Bewältigungsverhalten von Kindern und Jugendlichen. Generell gilt soziale Unterstützung als wichtige Ressource bei der Stressbewältigung (Lohaus/Klein-Heßling 2006, S. 327). Dies gilt dann auch für die Ressource „elterliche Unterstützung“ – allerdings nur, wenn Kinder bei ihren Eltern diese Unterstützung suchen und überhaupt nicht, wenn die Eltern durch ihr Verhalten selbst der Stressor sind. Die Qualität der Eltern-Kind-Beziehung dürfte für die Nutzung und den Wert der Ressource Familienunterstützung entscheidend sein. Bei der Bewältigung akuter oder chronischer Erkrankungen spielt elterliche Zuwendung und Unterstützung ebenfalls eine wichtige Rolle (Drotar 1992, S. 183).

„Monitoring“

Für die gesundheitlichen Belange der Kinder und der Jugendlichen ist gleichfalls die Informiertheit der Eltern über deren Gewohnheiten und Befindlichkeit von großer Bedeutung. Aufkommende Probleme und Erkrankungen frühzeitig zu erkennen, um zügig und treffsicher für Abhilfe zu sorgen, ist abhängig vom elterlichen „Monitoring“ (Steinberg et al. 1995), d.h. von einer gewissen „Überwachung“ im Sinne einer aktiven, die Persönlichkeitsrechte der Kinder respektierenden Informationsbeschaffung. Interessiertheit der Eltern und kommunikativer Austausch über Aktivitäten und Befinden eröffnen die Chance, gegebenenfalls schützend zu intervenieren, ärztliche oder therapeutische Hilfe zu organisieren.

Arrangieren

Eltern arrangieren und organisieren im umfassenden Sinne die „Entwicklungsangelegenheiten“ ihrer Kinder (Schneewind 2000). Auch diese Leistungen haben gesundheitliche Relevanz. Eltern strukturieren auf diesem Wege den Alltag ihrer Kinder. Sie wählen z.T. die Rahmenbedingungen für das Aufwachsen der Kinder aus und beeinflussen so ihre alltäglichen Gewohnheiten: womit sie sich beschäftigen, mit wem sie zusammen sind, was sie konsumieren, welchen Freizeitbeschäftigungen sie nachgehen. Eltern sind hier „Umweltvermittler“. Mit zunehmendem Alter regeln Kinder und insbesondere Jugendliche das zwar selbst, sind aber bei Schwierigkeiten und Problemen weiterhin auf elterliches Arrangieren angewiesen. Aus Sicht der Kinder wird die Familie so eine geregelte Umwelt, die Chancen für gesundheitsförderliches Verhalten oder die Entwicklung von entsprechenden Gewohnheiten anbietet oder versperrt.

Die hier angesprochenen Dimensionen des Elternverhaltens sind lediglich analytisch zu unterscheiden. Im Alltag sind sie miteinander verwoben: Physische Versorgung beinhaltet stets auch eine bestimmte Art der Zuwendung, elterliches „Monitoring“ kann mit jeder Form der Interaktion einhergehen,

und elterliches Arrangieren greift in die Struktur der Eltern-Kind-Interaktion ein, schafft oder verhindert Gelegenheiten des kommunikativen Austausches im Familienalltag, bindet Kinder in externe Umweltkontexte ein oder verhindert deren Nutzung.

2.2 *Familiale Sozialisation*

Mit Sozialisation bezeichnen wir hier eine zweite Prozessebene des familialen Zusammenlebens. Die sich im Familienalltag ereignenden Prozesse der Interaktion und Kommunikation sowie auch die Prozesse des Organisierens und Arrangierens bewerkstelligen Sozialisation. In den Gesundheitswissenschaften wird im Sozialisationsgeschehen eine besonders bedeutsame Einflussgröße im Hinblick auf die gesundheitliche Entwicklung und den Gesundheitsstatus schlechthin gesehen (vgl. insbesondere Hurrelmann 2006, S. 128 ff.), und dabei spielt gerade die familiäre Sozialisation eine hervorragende Rolle (Schnabel 2001, S. 36ff.). Schon auf den ersten Blick erscheint es plausibel, etwa dem erzieherischen Einfluss der Eltern entsprechende gesundheitliche Effekte zuzusprechen. Im Umgang mit den Eltern können Kinder den gesundheitlich angemessenen Umgang mit sich und ihrer Umwelt *erlernen*, und ganz offensichtlich werden Kinder in ihren Familien durch dieses Lernen hinsichtlich ihrer Gewohnheiten oder gar hinsichtlich ihres späteren Lebensstils *geprägt* (Schoppa 2001, S. 22). Der Prozess des Lernens selbst basiert auf der bedürfnisbezogenen Verhaltensaktivität und Wahrnehmung der Kinder, die sich *eigenaktiv* mit den Gegebenheiten ihrer dinghaften, sozialen und symbolischen Umwelt auseinandersetzen (Schneewind/Pekrun 1994, S. 4f.), und kann als „produktive Realitätsverarbeitung“ interpretiert werden: als ständiger Austauschprozess „zwischen den eigenen körperlichen und psychischen Bedürfnissen und Möglichkeiten und den Vorgaben und Angeboten der sozialen und materiellen Umwelt“ (Hurrelmann 2006, S. 129).

Ergebnisse dieses Sozialisationsgeschehens können u.a. als Persönlichkeitsmerkmale beobachtet werden. Bei einer ganzen Reihe solcher Merkmale konnte bislang nachgewiesen werden, dass sie als „Prädiktoren“ der Gesundheit oder des Gesundheitsverhaltens geeignet sind (vgl. Schwarzer 1996). Der Familieneinfluss auf die Gesundheit der Kinder und Jugendlichen vollzieht sich auf dieser Prozessebene also nicht unmittelbar, sondern vermittelt über die Ausprägung eben solcher Persönlichkeitsmerkmale, die auf das Gesundheitsverhalten oder die Bewältigung von alltäglichen Belastungen und Beeinträchtigungen im Zusammenspiel mit weiteren Faktoren Einfluss nehmen. Solche Merkmale werden in den Gesundheitswissenschaften häufig als „*personale Schutzfaktoren*“ bezeichnet (Hurrelmann/Schnabel 1997; Bettge 2004). Als solche gelten insbesondere das *Selbstwertgefühl* und die *Selbstwirksamkeitserwartung*, *Kontrollüberzeugungen*, *Optimismus* und das von Antonovsky in die Diskussion gebrachte *Kohärenzgefühl* (vgl. Bengel et al. 2001; Bettge 2004). Es handelt sich also um

„messbare Merkmale oder Einflussfaktoren, die die Bewältigung von Belastungen erleichtern, die negativen Auswirkungen von Risikofaktoren abmildern oder die Wahrscheinlichkeit positiven gesundheitlichen Outcomes steigern“ (Bettge 2004, S. 6). Gemeinsam scheint ihnen zu sein, dass sie etwas ausdrücken, was als „sozioemotionale Kompetenz“ bezeichnet und im hohen Maße auf die *Qualität der Eltern-Kind-Beziehung* zurückgeführt werden kann (vgl. Broderick 1993; S. 212ff.; Ossyssek 2001).¹

Als ein Indikator für diese Qualität kann der elterliche *Erziehungsstil* betrachtet werden, d.h. die typischen Muster des Umgangs der Eltern mit den Kindern bzw. Jugendlichen. Begünstigt wird nach derzeitigem Forschungsstand die Herausbildung der o.a. Kompetenzen insbesondere durch einen *autoritativen Erziehungsstil* (Masten/Reed 2005, S. 82). Basierend auf den Forschungen von Baumrind (1971; 1978) versteht man darunter einen Stil, der den Kindern ein hohes Maß an liebevoller Zuwendung und Unterstützung gewährt, verbunden mit einem gleichfalls hohen Maß an Anspruch und Forderung (Ossyssek 2001, S. 33). In einem Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats für Familienfragen wird dieses Konstrukt wie folgt spezifiziert und als Grundlage einer gedeihlichen Persönlichkeitsentwicklung betrachtet (Wissenschaftlicher Beirat 2005, S. 56): Eine erste Dimension autoritativen Verhaltens beinhaltet danach die „*Wertschätzung*“ der Kinder – sie erfahren Anerkennung und Respekt, Unterstützung und Zusammensein. Eine zweite Dimension beinhaltet „*Fordern und Grenzen setzen*“ und eine dritte „*Gewährung und Förderung von Eigenständigkeit*“.²

Wichtig für die Ausbildung von Schutzfaktoren bzw. sozioemotionaler Kompetenz dürfte diesbezüglich sein, welche kommunikativen Konsequenzen der Umgang der Eltern mit ihren Kindern erzeugt, d.h. welche „Botschaften“ im Bewusstsein der Kinder und Jugendlichen aufgrund der Kommunikation mit den Eltern „erzeugt“ werden. In dem Maße, wie das Elternverhalten bei den Kindern das „*Gefühl*“ von Annahme und Wertschätzung, von Zugehörigkeit und Verlässlichkeit, von Berechenbarkeit und Beeinflussbarkeit in Bezug auf ihre Umwelt erzeugen kann, dürften Kinder und Jugendliche die o.g. Kompetenzen bzw. Schutzfaktoren entwickeln.

Die Ausbildung von Schutzfaktoren ist zweifelsohne ein zentraler Aspekt des Familieneinflusses, der auch im Rahmen von Präventionsstrategien eine Rolle spielen dürfte. Doch dieser Aspekt macht noch nicht hinreichend

1 Zu ergänzen wären hier noch Befunde der Bindungsforschung, die belegen, dass auch eine „sichere Bindung“ der Kinder und Jugendlichen, die in der frühen Kindheit durch die Interaktion mit Bezugspersonen angelegt wird, protektive Wirkungen entfalten kann (Egeland et al. 1993).

2 Noch weitere, aber durchaus ähnlich ausgerichtete Merkmale eines protektiv wirkenden Erziehungsstils ließen sich hier anführen, wenn man etwa an die elternabhängigen Bedingungen für die Entstehung einer *sicheren Bindung* denkt: „Wärme, Zuwendung und Sensitivität“ (Bettge 2004, S. 23).

deutlich, dass für die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen auch die Herausbildung von Gewohnheiten und Verhaltensmustern (Gesundheitsverhalten) und eines Gesundheitsbewusstseins von Bedeutung ist (vgl. Faltermaier 2005, S. 172ff.). Dem kann man Rechnung tragen, wenn man – etwa Zinnecker folgend (vgl. Stecher 2001, S. 17) – familiäre Sozialisation auf die Herausbildung eines *Habitus* im Bourdieuschen Sinne bezieht (ähnlich auch Hurrelmann 2006, S. 71f.). Der Habitus lässt sich – so Hurrelmann – verstehen als „eine Kombination von Praktiken der Lebensbewältigung, die durch bestimmte Wahrnehmungs-, Beurteilungs-, Einstellungs- und Handlungsschemata charakterisiert sind“ (2006, S. 72). Diese ermöglichen es den Kindern und Jugendlichen, in einer bestimmten Weise mit ihrer Umwelt umzugehen und sich Ressourcen selber zu erschließen (Stecher 2001, S. 18). Auf der Grundlage eines solchen Habitus entwickelt sich ein Lebensstil (Hurrelmann ebd.), in dem auch bestimmte Ausprägungen eines Gesundheitsbewusstseins und des Gesundheitsverhaltens zur Geltung kommen.

Im Habitus spiegeln sich vor allem die lebenslagespezifischen Merkmale des Aufwachsens, die Bourdieu als kulturelles, ökonomisches und soziales Kapital bezeichnet (Stecher 2001, S. 21f.). Es liegt auf der Hand, dass diesbezüglich familiäre „Prägung“ wirksam wird, weil – wie unten noch näher zu beleuchten ist – die Familie die entscheidende Vermittlungsinstanz zwischen den Lebensbedingungen und den Wahrnehmungs- und Verhaltenschancen von Kindern und Jugendlichen ist. Auch diese *Vermittlung* muss als familialer Einflussfaktor betrachtet werden. Eine solche Einflussnahme erfolgt nach Stecher (2001, S. 23ff.) über unterschiedliche „*Transferbeziehungen*“ zwischen den Eltern und den Kindern – insbesondere kulturelle Transferbeziehungen (Weitergabe von kulturellem Kapital) und psychosoziale Transferbeziehungen (Qualität der Eltern-Kind-Beziehungen). Die Ausbildung gesundheitsbezogener Denk- und Bewertungsschemata, Gewohnheiten und Vorlieben hat ihre Basis im System familialer Austauschbeziehungen, und zwar in Abhängigkeit von der jeweils gegebenen Ausstattung der Familie mit ökonomischem, sozialem und kulturellem Kapital. Konkret heißt das, dass das familiäre Zusammenleben gemeinsame Wertpositionen, Anschauungen und Verhaltensnormen generiert, die Kinder im Umgang mit ihren Eltern als *Modelle* aufnehmen und die durch die kommunikativen Reaktionen der Eltern verstärkt werden (vgl. Bandura 1979).

2.3 *Familiäre Stressbewältigung*

Schließlich ist noch eine dritte Prozessebene des Familienalltags in den Blick zu nehmen, die in der familiensoziologischen Literatur als familiäre Stressbewältigung bezeichnet wird und als *familialer Faktor* der Kinder- und Jugendgesundheit betrachtet werden kann (vgl. Danielson et al. 1993; Weiss 1999, S. 56ff.). Typische Kennzeichen eines Familienalltags sind die mehr oder weniger dauerhaften Muster der familialen Alltagsbewältigung:

Routinen, Praktiken, Kooperations- und Kommunikationsmuster, ohne die ein geordneter Familienhaushalt oder das Aufziehen von Kindern schlechterdings nicht möglich wäre. Zu einem normalen Familienalltag gehört aber auch, dass häufig neue Aufgaben und Anforderungen auftreten, die mit den etablierten Mustern nicht problemlos bewältigt werden können und daher Veränderungen in den vorhandenen Mustern oder völlig neue Muster erforderlich machen (vgl. Herlth 1988). In der Familiensoziologie wird das als *familiale* Stressbewältigung bezeichnet. Im Unterschied zur *individuellen* Stressverarbeitung, die zweifelsohne im Familienalltag auch stattfindet, bei der es aber um psychische Probleme geht und bei der persönliche Bewältigungsstile greifen (vgl. Weiss 1999, S. 34ff.), geht es hier um Stress, der sich auf der Ebene der familialen Kommunikation und Interaktion ereignet und dementsprechend Bewältigungsstile auf der familialen Ebene einfordert (vgl. Boss 1987; McKenry/Price 1994).

Die Gesundheit der Kinder und Jugendlichen kann davon in zweifacher Hinsicht betroffen sein. Zum einen wirken akute oder chronische Erkrankungen der Kinder und Jugendlichen als ebensolche Stressoren, die es auf der Ebene des familialen Zusammenlebens zu bewältigen gilt (vgl. McCubbin/McCubbin 1993), und die Art und Weise, wie das der Familie gelingt, erhöht oder mindert die damit einhergehende Belastung sowie die Dauer oder den Schweregrad einer Erkrankung. Zum anderen aber kann auch der Prozess der Stressbewältigung selbst Auslöser von gesundheitlichen Störungen oder Beeinträchtigungen des Wohlbefindens werden. Wenn sich beispielsweise eine Familie ihrer Stressbelastung nicht gewachsen zeigt, kann das familiäre Desorganisation, den Zusammenbruch des psychosozialen Versorgungssystems, Verwahrlosung und Gewalt zur Folge haben.

Ob mit der familialen Stressbewältigung solche oder ähnliche Konsequenzen verknüpft sind, hängt von *Bewältigungsstilen* ab, die als „*Coping*“ oder „*Stressmanagement*“ bezeichnet werden (Boss 1987; 1988). Die Stressbewältigungskapazität der Familie scheint sowohl Einfluss auf das Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen zu haben (vgl. Baranowski/Nader 1985) als auch auf den individuellen Umgang mit akuten oder chronischen Erkrankungen (McCubbin/McCubbin 1993, S. 91). Entscheidend ist, aufgrund welcher Merkmale Familien alltäglichen Stressoren erfolgreich begegnen können bzw. was erfolgreiche Copingstile von weniger erfolgreichen unterscheidet.

In den klassischen familiensoziologischen Studien zur familialen Stressbewältigung ging es um die Krisenanfälligkeit familialer Systeme. Soziale *Kohäsion* der Familienmitglieder und die *Anpassungsfähigkeit* der Familie galten dabei als die entscheidenden Faktoren, die Familien vor Krisen schützen konnten (Olson/McCubbin 1983). Das bestätigen auch neuere Studien im Hinblick auf den Umgang mit Krankheiten wie z.B. Krebserkrankungen: kohäsive Familien und solche, die Gefühle kommunizieren

können, kommen besser mit solchen belastenden Situationen klar als andere, für die das nicht gilt (Weihs/Politi 2006, S. 3f.) In jüngerer Zeit wurde immer deutlicher, dass die Qualität der Familienkommunikation einen entscheidenden Beitrag zur Stressbewältigung auf der Familienebene leistet. Familiales Coping beinhaltet im Unterschied zu individuellem Coping ferner *koordiniertes Problemlösungsverhalten* auf der Ebene des Familiensystems als Ganzem (Danielson et al. 1993, S. 55), nämlich:

- Reduzierung von Anforderungen, um das Belastungsaufkommen zu verringern,
- Erschließen von zusätzlichen Ressourcen, um Belastungen handhabbar zu machen,
- Mechanismen zum Abbau emotionaler Spannungen,
- Veränderungen in den Wahrnehmungen und Bewertungen einer Situation.

Es geht also zum einen um Aktivitäten, die sich um eine verbesserte Abstimmung zwischen bestimmten Anforderungen und verfügbaren Ressourcen beziehen, und zum anderen um die Gewinnung eines gemeinsamen Deutungskonzeptes für den Umgang mit einer Situation, das man mit Antonovsky (1998, S. 16f.) auch als *kollektives Kohärenzgefühl* bezeichnen kann, welches in der Familienkommunikation erzeugt wird und als eine Voraussetzung erfolgreicher familialer Stressbewältigung gewertet werden kann.

3 Familiäre Rahmenbedingungen

Familieneinfluss auf die Gesundheit der Kinder und Jugendlichen fällt von Familie zu Familie unterschiedlich aus. Diese Beobachtung führt zu der Frage, welche weiteren Merkmale des familialen Zusammenlebens für die unterschiedliche Ausprägung familialer Versorgungs-, Sozialisations- und Bewältigungsleistungen „verantwortlich“ sind oder – methodisch betrachtet – welche Merkmale als Prädiktoren der Qualität des Elternverhaltens in Frage kommen. Je nach Perspektive kann man sie auch als *familiale* Schutz- oder Risikofaktoren bezeichnen. Sie konstituieren einen „günstigen“ oder „ungünstigen“ Rahmen für das zuvor betrachtete familiäre Prozessgeschehen. Als besonders „einflussreich“ haben sich diesbezüglich die *Persönlichkeit* und erzieherische *Kompetenz* der Eltern, ihre *Beziehung* zueinander und ihre *Lebenslage* erwiesen.

3.1 Elternpersönlichkeit und Elternkompetenzen

Im elterlichen Erziehungsverhalten kommen zweifelsohne auch Merkmale der elterlichen *Persönlichkeit* zum Ausdruck (Belsky 1984), und dementsprechend resümiert Ossyssek (2001, S. 71):

„Eine psychisch reife, stabile und belastbare Persönlichkeitsstruktur kann als ideale Voraussetzung dafür angesehen werden, den nicht immer

leichten Anforderungen im Umgang mit Kindern in optimaler Weise nachkommen zu können“.

Gerade die *psychische Befindlichkeit* der Mutter ist hier als Einflussfaktor für das kindliche Wohlbefinden (Acock/Demo 1994, S. 223) und als Bedingung für die Kompetenzentwicklung von Kindern und Jugendlichen (Böcker et al. 1996) hervorzuheben. Deutlich ist auch, dass das Elternverhalten und die Qualität der Eltern-Kind-Beziehung durch die Beeinträchtigung der psychischen Befindlichkeit der Eltern (etwa eine depressive Verstimmung seitens der Mutter) negativ beeinflusst wird (Ossyssek 2001, S.72).³

Bedeutsam für das Gelingen von Erziehung dürften ferner bestimmte Fähigkeiten der Eltern im Umgang mit ihren Kindern sein, die sich als „Elternkompetenzen“ bezeichnen lassen (Wissenschaftlicher Beirat 2005, S. 50). Gemeint sind damit „Beziehungs- und Erziehungskompetenzen ...“, die sich für die Befriedigung der Grundbedürfnisse und Entwicklungserfordernisse von Kindern als wichtig erwiesen haben“ (ebd. S. 51). Es können diesbezüglich vier Klassen von Kompetenzen unterschieden werden, die jeweils bestimmte förderliche *Dispositionen* der Eltern beinhalten (ebd.):

- „*Selbstbezogene Kompetenzen*“ beziehen sich darauf, dass sich Eltern etwa durch die Aneignung von Wissen oder kindbezogenen Wertvorstellungen auf den Umgang mit Kindern einstellen und bereit sind, auch ihr Verhalten entsprechend zu steuern und zu kontrollieren.
- „*Kindbezogene Kompetenzen*“ sind Dispositionen der Eltern, sich auf die spezifischen Entwicklungserfordernisse der Kinder einzulassen und angemessen mit ihnen umzugehen (z.B. Zuneigung und Empathie zeigen, Eigenständigkeit anerkennen, Entwicklung anregen und fördern).
- „*Kontextbezogene Kompetenzen*“ stellen auf die Bereitschaft der Eltern ab, die auf Kinder wirkenden Umweltgegebenheiten kindgerecht und entwicklungsförderlich zu gestalten oder entsprechende Umwelten zu arrangieren.
- „*Handlungsbezogene Kompetenzen*“ beinhalten die Bereitschaft und Fähigkeit der Eltern, das eigene Erziehungshandeln zu kontrollieren, angemessen zu dosieren und mit Konsistenz und Konsequenz zu praktizieren.

Es ist davon auszugehen, dass die Qualität der zuvor erörterten elterlichen Versorgungs- und Erziehungsleistungen davon abhängt, in welchem Maße Eltern über solche Dispositionen und Fähigkeiten verfügen. Insbesondere sollen sie die Grundlage für die Ausbildung autoritativer Erziehungspraktiken sein und müssten dementsprechend auch eine Voraussetzung für die Gesundheit der Kinder darstellen. Der entscheidende Aspekt ist dabei, dass Eltern über die Bereitschaft und Fähigkeit verfügen müssen, sich auf die

3 Psychische Erkrankungen der Eltern (z.B. Schizophrenie, Depressivität, Angststörungen) führen mit hoher Wahrscheinlichkeit auch bei ihren Kindern zu psychischen Störungen (Lazarus 2003). Auf diesen Aspekt, der auch genetische Dispositionen berührt, kann im Rahmen dieses Beitrags aber nicht näher eingegangen werden.

Bedürfnislagen ihrer Kinder, die Eigenarten und Besonderheiten ihres Verhaltens, ihrer Empfindungen und ihrer Entwicklung einzulassen und damit sensitiv und responsiv umzugehen.

3.2 Elterliche Paarbeziehung

Dass der elterlichen Paarbeziehung eine besondere Schlüsselrolle für das Wohlbefinden und die Entwicklung der Kinder zukommt, ist durch zahlreiche Befunde belegt (vgl. Herlth 1993; Herlth et al. 1995; Ossyssek 2001, S. 61ff.; Schneider et al. 2005). Insbesondere eheliche Konflikte und eheliche Unzufriedenheit beeinträchtigen die Qualität der Eltern-Kind-Beziehung (Böcker et al. 1996). Permanente Auseinandersetzungen der Eltern, ein feindseliges und verletzendes Eheklima reduzieren die emotionale Verfügbarkeit der Eltern für die Belange der Kinder und beeinträchtigen die psychosoziale Versorgung der Kinder und Jugendlichen.

Eine Beendigung der elterlichen Paarbeziehung (Ehescheidung) muss nach der Forschungslage gleichfalls als ein u.a. auch gesundheitliches Risiko für die davon betroffenen Kinder und Jugendlichen betrachtet werden (Wallenstein/Blakeslee 1994; Booth/Amato 2001; Schneider et al. 2005). In der aktuellen Phase des Auseinandergehens zerbrechen sehr häufig die psychosozialen Versorgungsstrukturen, und die Kinder fühlen sich von den Eltern im Stich gelassen. Solche belastenden Erfahrungen müssen aber *nicht zwangsläufig* auch zu nachhaltigen gesundheitlichen Beeinträchtigungen führen. Aufgrund der vorliegenden Befunde kann angenommen werden, dass etwa bei einem Drittel der von Scheidung betroffenen Kinder längerfristige Nachwirkungen der Scheidungserfahrung beobachtet werden können, wobei offen bleiben muss, in wie vielen Fällen die beobachteten Auffälligkeiten auch ohne Scheidung aufgetreten wären. Für die Verarbeitung des Scheidungserlebens durch die Kinder scheint neben dem elterlichen Management des Scheidungsprozesses (Furstenberg/Cherlin 1993) auch der Zustand der Ehe vor der Scheidung von Bedeutung zu sein: Werden hochkonfliktive Ehen geschieden, die auch für die davon betroffenen Kinder und Jugendlichen ein erheblicher Stressfaktor sind, scheint sich dies eher positiv auf deren Entwicklung auszuwirken, während eine Scheidung von Ehen mit geringer Konfliktneigung eher mit negativen Konsequenzen auch gesundheitlicher Art verknüpft zu sein scheint (Booth/Amato 2001).

Familien ohne den „Unterbau“ einer mehr oder weniger funktionierenden elterlichen Paarbeziehung – also Familien mit einem alleinerziehenden Elternteil – erweisen sich häufig auch in gesundheitlicher Hinsicht als problematische Familienumwelten (vgl. Hurrelmann 1994). Beobachtet werden im Vergleich mit Zwei-Eltern-Familien u.a. höhere Risiken, an Asthma zu erkranken oder einen Unfall zu erleiden, und vermehrt emotionale Probleme (Murphy/Bennett 2004, S. 247). Insgesamt erscheint der Gesundheitsstatus schlechter (Coreil et al. 2001, S. 124). Ferner scheint bei Jugendli-

chen, die bei einem alleinstehenden Elternteil aufwachsen, der Gebrauch von Nikotin, Alkohol und illegalen Drogen deutlich häufiger vorzukommen (Schneider et al. 2005). Allerdings sind mit dem Alleinerziehen sehr häufig Formen ökonomischer Deprivation verknüpft (vgl. Andreß 2001), so dass die beobachtbaren Probleme der Kinder eher auf die ökonomische Lage zurückzuführen sind. Entscheidend dürfte auch in Ein-Eltern-Familien die Qualität der Eltern-Kind-Beziehung sein (Fegert 2001), die insbesondere unter Armutsbedingungen gefährdet erscheint (s.u.). Familienstrukturelle Merkmale, wie das Alleinerziehen, als solche scheinen demgegenüber von geringerer Bedeutung zu sein (Acock/Demo 1994, S. 223).

3.3 *Familiale Lebenslage*⁴

Die seit etwa Mitte der 90er Jahre neu entfachte Diskussion über Armut und ihre Folgen für das Aufwachsen von Kindern (vgl. Walper 1997; Palentin et al. 1999) hat in den Gesundheitswissenschaften neues Interesse an der Beschäftigung mit der gesundheitlichen Ungleichheit geweckt (Mielck 2000; 2005; Lampert et al. 2005; Lampert/Richter 2006). Eindeutig kann hier belegt werden, dass mit den Merkmalen der familialen Lebenslage der Gesundheitsstatus von Kindern und Jugendlichen kovariert, d.h. mit gesellschaftlicher Ungleichheit geht gesundheitliche Ungleichheit einher. Wenn man zur Kennzeichnung gesellschaftlicher Ungleichheit ein Modell sozialstruktureller Schichtung verwendet (vgl. Mielck 1998; Hradil 2006), lässt sich belegen, dass Kinder und Jugendliche, deren Lebenslage etwa durch ein niedriges Einkommen, geringe Bildung und eine niedrige Berufsposition der Eltern gekennzeichnet ist, in gesundheitlicher Hinsicht (z.B. subjektives Wohlbefinden, selbst eingeschätzte Gesundheit, allgemeiner Gesundheitszustand, psychische Erkrankungen, Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen, gesundheitliches Verhalten der Kinder und Jugendlichen u.a.m.) schlechter gestellt sind als Kinder aus anderen gesellschaftlichen Schichten (Klocke 2001; Lampert et al. 2005; Lampert/Richter 2006; Janßen et al. 2006)⁵. Zusammengefasst kann man sagen, dass es für die gesundheitliche Verfassung und Entwicklung von Kindern und Jugendlichen erheblich ist, unter welchen Lebenslagebedingungen sie aufwachsen.

Man kann die aufzeigbaren Zusammenhänge z.T. als „Armutseffekte“ interpretieren, d.h. sie gehen auf Höhe des verfügbaren Einkommens zurück. Walper (1999) hat diesbezüglich ein Erklärungskonzept entwickelt, in dem gesundheitliche Folgen – ähnlich den o.g. Prozessen familialer Stressbewältigung – als Ergebnis des Umgangs einer Familie mit der Armutssituation

4 Der Aspekt „Migrationshintergrund“ bleibt leider aus Platzgründen unberücksichtigt, was aber nicht heißt, dass er keine Aufmerksamkeit verdient hätte.

5 Dies bestätigen sehr deutlich auch die soeben (Mai 2007) veröffentlichten ersten Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (Lange et al. 2007; Ravens-Sieberer et al. 2007).

betrachtet wird: ökonomische Deprivation löst in der Regel „adaptive Reaktionen“ auf der Ebene des Familiensystems hervor (Rollen- und Statusveränderungen), die psychosoziale Belastungen für die Familienmitglieder mit sich bringen und zu Beeinträchtigungen auf der Beziehungs- und Interaktionsebene führen. Z.B. wurde beobachtet, dass unter Armutbedingungen elterliche Erziehungspraktiken rigider und weniger sensibel ausfallen, d.h. ein autoritativer Erziehungsstil wird eher unwahrscheinlich. Ferner passen sich familiäre Lebensstile ganz offensichtlich in spezifischer Weise der Armutssituation an: Auf der Basis des Bundesgesundheits surveys von 1998 kann belegt werden, dass Rauchen, Übergewicht und Bewegungsmangel bei Sozialhilfeempfängern und Menschen in ökonomisch prekärer Lebenslage häufiger in Erscheinung treten als bei ökonomisch besser gestellten (Spiegel 2004).

Das Erziehungsverhalten und den Lebensstil einer Familie aber *nur* von der ökonomischen Situation abzuleiten, dürfte nicht überzeugend gelingen. Wie bereits oben bei der Vorstellung des Bourdieuschen Habituskonzeptes deutlich wurde, greifen hier weitere soziale und insbesondere kulturelle Faktoren (soziales und kulturelles Kapital). Bei der beobachteten gesundheitlichen Schlechterstellung von Kindern spielt dann zweifelsohne auch die elterliche *Bildung* eine Rolle, deren Effekt auf die Gesundheit bei der Verwendung eines Schichtkonzepts vielfach nicht von den Einkommenseffekten unterschieden wird. Es ist aber belegt, dass Bildungsunterschiede ebenso wie Einkommensunterschiede zur gesundheitlichen Ungleichheit beitragen (vgl. Jungbauer-Gans 2006, S. 102f.). In jeder Hinsicht problematisch sind aber vor allem die Familienkonstellationen, wo relative Armutslagen mit geringer Bildung, sozialer Segregation und randständiger Position im Erwerbsektor (Arbeitslosigkeit oder geringqualifizierte Tätigkeit) verbunden sind. Unter solchen Bedingungen bildet sich ein spezifisches mehr oder weniger auch dauerhaftes „Armutsmilieu“ heraus – häufig als „Unterschicht“ bezeichnet –, das den Lebensstil einer Familie prägt und in dem deutliche „Defizite“ in der Erziehungskompetenz und im Versorgungs- und Erziehungsverhalten der Eltern beobachtet werden können (vgl. Lampert/Richter 2006, S. 208ff.). Die familiäre Alltagsbewältigung passt sich offensichtlich den gegebenen Lebenslagemerkmalen an, was dann zu eher ungesunden familialen Versorgungspraktiken und Lebensweisen führt, zu problematischem Erziehungsverhalten und defizitärer Stressbewältigung. Denn die Lebenslage bestimmt in starkem Maße die *Handlungsoptionen* und *Handlungschancen* der Eltern im Umgang mit ihren Kindern und bei der Bewältigung der alltäglichen Anforderungen.

4 Konsequenzen für die Prävention

Resümierend lässt sich festhalten, dass Familien grundsätzlich über ein beachtliches Präventionspotential verfügen (vgl. auch Roberts/McElreath

1992, S. 46). Allerdings können diese Chancen in vielen Familien nicht hinreichend genutzt werden, oder es werden sogar Bedingungen für das Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen erzeugt, die eher als Risiken für deren gesundheitliche Verfassung und Entwicklung einzustufen sind. Somit macht es Sinn zu fragen, wie man diese familialen Bedingungen des Aufwachsens gesundheitsförderlicher gestalten könnte, und zwar gerade mit Blick auf die Familien, bei denen die protektiven Mechanismen im Alltag bislang nur sehr unzureichend ausgebildet sind. Ein solches Unterfangen stößt jedoch auf einige gravierende Probleme, die mit der Besonderheit familialer Lebensformen und ihrer sozialsystemischen Verfasstheit einhergehen und die es in Betracht zu ziehen gilt, wenn die Förderungsbemühungen nicht ins Leere laufen sollen: Familienförderung bedarf der „Rücksichtnahme auf die Eigengesetzlichkeiten der Familie“ (Kaufmann 1995, S. 161).

Im Unterschied zu allen anderen Settings entzieht sich die Familie dem Zugriff *formalen* Organisierens. Man kann nicht mit den Mitteln der Organisation von außen in die Familien hineinintervenieren, geschweige denn familiäre Alltagsprozesse gezielt steuern. Familien steuern sich selbst entsprechend ihrer eigenen Systemlogik (vgl. Schnabel 2001, S. 31). Hinzu kommt, dass Familien Orte der Intimität und Privatheit sind, die sich auch von sich aus in gewissem Maße gegenüber ihrer Umwelt abschotten und die Betreuung und Versorgung der Kinder relativ autonom bewerkstelligen. Das, was oben als familiäre Alltagsbewältigung bezeichnet wurde und den Rahmen für Berücksichtigung und Verfolgung gesundheitlicher Belange zeichnet, ist somit ein eigendynamischer Prozess der Familie, auf den externe Bedingungen zwar „einwirken“, aber von außen in keiner Weise *gezielt* Einfluss nehmen können (vgl. Kaufmann 1995, S. 164). So steht man vor einem gewissen Dilemma, dass der Familie im Rahmen einer Settingstrategie zwar eigentlich eine Schlüsselrolle zufallen müsste, die sie aber im Grunde nur selber entwickeln und ausgestalten kann. Wie also will man in Familien die Art und Weise, wie Kinder versorgt und erzogen werden, wie Probleme im Alltag verarbeitet werden und welcher Lebensstil in einer Familie praktiziert wird, verändern?

Beileibe ist „familiäre Gesundheitsförderung“ auch in Deutschland keine neue Idee (vgl. Schnabel 2001, S. 131ff.) – ganz zu schweigen von den zahlreichen und vielfältigen familienpolitischen und sozialpädagogischen Bemühungen um die Familie, die auf unterschiedlichen Interventionsebenen (Staat, Kommunen, Verbände) angesiedelt sind und deren Grenzen zur Gesundheitsförderung im engeren Sinne manchmal sehr fließend sind. An Ideen und Versuchen, das Gesundheitsbewusstsein oder das Gesundheitsverhalten in Familien zu fördern, herrscht kein Mangel, wenngleich auch auffällt, dass der Settingansatz der WHO überwiegend bei den „organisierbaren“ Settings wie Kindertagesstätten, Schulen oder Betrieben Anwendung findet (Altgeld 2006). Nichtsdestotrotz lassen sich durchaus Erfolge

nachweisen – wenn es erst einmal gelungen ist, Familien – sprich die Eltern – an entsprechenden Programmen zu beteiligen (vgl. Schnabel 2001; Hurrelmann 2006, S. 178ff.; Lehmann 2006). Man sollte allerdings nicht verhehlen, dass die Inanspruchnahme solcher Hilfs- und Förderungsangebote zu wünschen übrig lässt und sozial sehr selektiv ist. Hinzu kommt ferner, dass die Angebote in vielen Fällen Modellcharakter haben und von einer flächendeckenden Angebotsstruktur noch weit entfernt sind (vgl. Altgeld 2006). Und selbst wenn es gelungen ist, mit Familien in Kontakt zu kommen, ist unsicher, ob es auch zu nachhaltigen Veränderungen im Familienalltag kommt, die den darin aufwachsenden Kindern und Jugendlichen gesundheitlich zugute kommen.

Hinsichtlich einer *familienfokussierten* Gesundheitsförderung kann man sich also eine Verstärkung der Bemühungen sehr wohl noch wünschen. Dabei sollte man vor allem der Frage der „Erreichbarkeit“ der Zielgruppen und der Frage des nachhaltigen „Veränderungsimpulses“ im Familienalltag Beachtung schenken. Die jeweiligen Anknüpfungspunkte für Präventions- und Förderungsansätze sollte man dazu im Familienalltag suchen, und zwar bei der Elternkompetenz und der familialen Stressbewältigung.

Förderung der Elternkompetenz

Eine an den gesundheitlichen Belangen der Kinder und Jugendlichen orientierte Versorgung und Erziehung setzt *Elternkompetenz* voraus. Auf allen Ebenen der familialen Prävention dürfte Elternkompetenz der Schlüssel zum Erfolg sein. Wer die Förderung der Elternkompetenz im Blick hat, wird am ehesten an die mittlerweile schon recht zahlreichen Angebote zum Elterntraining denken (Wissenschaftlicher Beirat 2005, S. 107ff.). Diesbezüglich lassen sich „universelle Präventionsprogramme“, die, ohne dass es bereits zu Auffälligkeiten gekommen ist, die „Erziehlichkeit“ des Elternverhaltens (vgl. Herlth 2006) verbessern und entwickeln wollen, sowie „selektive Präventionsprogramme“ unterscheiden, wobei letztere auf Veränderung eines inadäquaten Umgangs mit Kindern zielen. Die Qualität solcher Programme und ihre nachweisliche Wirksamkeit kann hier nicht erörtert werden. Wenn Eltern bereit sind, dabei mitzumachen, sollte das schon als ein Gewinn betrachtet werden. Der eigentliche Problempunkt ist, wie man Eltern für solche Zwecke erreichen kann und insbesondere diejenigen erreichen kann, die solcher Hilfe besonders bedürfen. Hier könnte eine stärkere Vernetzung des Familiensettings mit anderen Settings, die üblicherweise von Kindern und Jugendlichen regelmäßig aufgesucht werden (z.B. Kinderbetreuungseinrichtungen, Schulen, Freizeiteinrichtungen) ein gangbarer Weg sein. Die Kinder und Jugendlichen selbst stellen ja im Rahmen ihrer normalen Alltagsaktivitäten bereits Verknüpfungen zwischen den Settings her, sie sind gleichsam die natürlichen Bindeglieder zwischen den Familien und den anderen Settings, die Medien eines Informationsaustauschs, der im Rahmen der üblichen Elternarbeit oder Elternberatung weiterentwickelt

werden kann. Der Wissenschaftliche Beirat für Familienfragen nennt eine solche koordinierte Zusammenarbeit „*Erziehungspartnerschaft*“ (2005, S. 127ff.). Es entsteht dann eine Form der Intervention, die Familien zu öffnen vermag und in kommunikative Zusammenhänge integrieren könnte, die auch gesundheitliche Bildung und Beratung vermitteln.

Familiale Stressbewältigung

Stressbelastungen führen gerade dann zu gesundheitlichen Problemen, wenn sie in ganz unterschiedlichen Alltagsbereichen auftreten und dauerhaft in einem Überlastungsdruck kumulieren, der das Familiensystem überfordert und nicht mehr adäquat bewältigt werden kann. Viele Familien scheinen in der Tat einer solchen Überlastung nicht mehr gewachsen zu sein, so dass ihre Bewältigungsbemühungen in Beziehungsstörungen und Beziehungskrisen münden und häufig zu Beeinträchtigungen oder gar zu einem Zusammenbruch des psychosozialen Versorgungssystems führen. Auch das betrifft nicht alle Familien gleichermaßen, sondern vor allem diejenigen, deren Stressverarbeitungskapazität aufgrund von familien- oder sozialstrukturellen Bedingungen eh eingeschränkt ist (Familien in Armutslagen, bildungsmäßig unterversorgte und Alleinerzieherfamilien).

Einerseits bedürfen solche Familien im Krisenfall eines möglichst niedrigschwelligen Zugangs zu Beratungs- und Hilfesystemen in ihrem unmittelbaren Lebensumfeld (Altgeld 2006, S. 397). Andererseits dürfte auch die Einsicht von Nutzen sein, dass die beste Stressbewältigung im Familienalltag immer noch die Stressvermeidung ist. Helfen würde vielen Familien, wenn man sie beispielsweise systematisch vom alltäglichen Erziehungsaufwand und Erziehungsdruck sowie dem damit verbundenen Haushaltsaufwand *entlasten* würde. Vor allem *Ganztagsbetreuung* der Kinder und Jugendlichen in Tageseinrichtungen und Schulen würde im Familienalltag Freiräume für Eltern schaffen, sich unbeschwerter und erfolgreicher um die Bewältigung der anderen Alltagsanforderungen zu kümmern (Erwerbstätigkeit, Haushalt, Partnerschaft und entlastende Freizeitbeschäftigung). Und im Gegenzug würde das Chancen für einen stressfreieren und unbeschwerteren Umgang mit den Kindern eröffnen. Zugleich könnte eine pädagogisch gehaltvolle Tages- oder Hortbetreuung Defizite des Elternhauses hinsichtlich der Versorgung oder Erziehung oder bezüglich des Gesundheitsverhaltens und Gesundheitsbewusstseins der Kinder gut auffangen und z.T. kompensieren. Auf jeden Fall wird eine *Ganztagsbetreuung* einen *Veränderungsimpuls* in die Familien senden und Veränderungen in den Formen der familialen Alltagsbewältigung nach sich ziehen.

Eine *familienfokussierte Settingstrategie* kann also erfolgreich sein, wenn sie Familien nicht isoliert zum Gegenstand der Intervention macht, sondern sie in ihren Vernetzungen wahrnimmt und über diese Vernetzungen den Familien neue Handlungs- und Bewältigungschancen anbietet, die helfen könnten, den Alltagsanforderungen besser zu begegnen.

Literatur

- Acock, A.C./Demo, D.H. (1994): Family diversity and well-being. Thousand Oaks
- Altgeld, Th. (2006): Gesundheitsförderung: Eine Strategie für mehr gesundheitliche Chancengleichheit jenseits von kassenfinanzierten Wellnessangeboten und wirkungslosen Kampagnen. In: Richter, M./Hurrelmann, K. (Hg.): Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. Wiesbaden, S. 389-404
- Andreeß, H.-J. (2001): Die wirtschaftliche Lage Alleinerziehender. In: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg.): Alleinerziehen in Deutschland. Ressourcen und Risiken einer Lebensform. Berlin, S. 14-24
- Antonovsky, A. (1998): The sense of coherence: An historical and future perspective. In: McCubbin, H.I./Thompson, E.A./Thompson, A.I./Fromer, J.E. (eds.): Stress, coping, and health in families. Sense of coherence and resiliency. Thousand Oaks, S. 3-20
- Bacher, J./Beham, M./Wilk, L. (1996): Familienstruktur, kindliches Wohlbefinden und Persönlichkeitsentwicklung. Eine empirische Analyse am Beispiel zehnjähriger Kinder. In: Zeitschrift für Sozialisationsforschung und Erziehungssoziologie, 16. Jg., S. 246-269
- Bandura, A. (1979): Sozial-kognitive Lerntheorie. Stuttgart
- Baranowski, T./Nader, P.R. (1985): Family health behavior. In: Turk, D.C./Kerns, R.C. (eds.): Health, illness, and families. New York, S. 51-80
- Baumrind, D. (1971): Current patterns of parental authority. In: Developmental Psychology, Monograph 4, 1, Part 2, S. 1-103
- Baumrind, D. (1978): Parental disciplinary patterns and social competence in children. In: Youth and Society, 9, S. 239-276
- Belsky, J. (1984): The determinants of parenting: A process model. In: Child Development, 55, S. 83-96
- Bengel, J./Schrittmatter, R./Willmann, H. (2001): Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert. Expertise im Auftrag der BZgA. Erw. Neuaufl., Köln
- Bettge, S. (2004): Schutzfaktoren für die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Charakterisierung, Klassifizierung und Operationalisierung. Dissertation Berlin (D83)
- Böcker, S./Herlth, A./Ossyssek, F. (1996): Modernität der Familie und Kompetenzentwicklung von Kindern. In: Zeitschrift für Sozialisationsforschung und Erziehungssoziologie, 16. Jg., S. 270-283
- Booth, A./Amato, P.R. (2001): Parental predivorce relations and offspring postdivorce well-being. In: Journal of Marriage and Family, 63, S. 197-212
- Boss, P. (1987): Family Stress. In: Sussman, M.B./Steinmetz, S.K. (ed.): Handbook of marriage and the family. New York, S. 695-724
- Boss, P. (1988): Family stress management. Newbury Park
- Broderick, C.B. (1993): Understanding family process. Basics of family systems theory. Newbury Park u.a.
- Campbell, Th.L. (2000): Familien und Gesundheit. Zum Stand der Forschung. In: Kröger, F./Hendrichke, A./McDaniel, S. (Hg.): Familie, System und Gesundheit. Systemische Konzepte für ein soziales Gesundheitswesen. Bonn, S.225-241
- Coreil, J./Bryant, C.A./Henderson, J.N. (2001): Social and behavioral foundations of Public Health. Thousand Oaks u.a.

- Danielson, C.B./Hamel-Bissell, B./Winstead-Fry, P. (1993): Families, health & illness. Perspectives on coping and intervention. St. Louis u.a.
- Drotar, D. (1992): Integrating theory and practice in psychological intervention with families of children with chronic illness. In: Akamatsu, T.J./Stephens, M.A.P./Hobfoll, St.E./Crowther, J.H. (eds.): Family health psychology. Washington u.a., S. 175-192
- Egeland, B./Carlson, E./Sroufe, L. A. (1993): Resilience as process. In: Development and Psychopathology, 5, S. 517-528
- Engelbert, A. (1988): Familienumwelt, Familienalltag und familiale Leistungen für Kinder. In: System Familie, 1, S. 33-48
- Faltermaier, T. (2005): Gesundheitspsychologie. Stuttgart
- Fegert, J.M. (2001): Entwicklungschancen und Entwicklungsrisiken in Einelternfamilien. Soziale und entwicklungspsychopathologische Aspekte. In: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg.): Alleinerziehen in Deutschland. Ressourcen und Risiken einer Lebensform. Berlin, S. 45-60
- Furstenberg, F.A./Cherlin, A.J. (1993): Geteilte Familien. Stuttgart
- Herlth, A. (1988): Was macht Familien verletzlich? Bedingungen der Problemverarbeitung in familialen Systemen. In: Lüscher, K./Schultheis, F./Wehrspau, M. (Hg.): Die „postmoderne Familie“. Familiale Strategien und Familienpolitik in einer Übergangszeit. Konstanz, S. 312-326
- Herlth, A., (1993): Die Bedeutung von Partnerbeziehungen für die Qualität der Familienerziehung. Aus Politik und Zeitgeschichte (Beilage zur Wochenzeitung Das Parlament) B 17/ 93, S. 23-29
- Herlth, A. (2006): Wann ist die Familie erziehllich? Der Beitrag des Vaters zur Erziehllichkeit der Familie. In: Schweer, M.K.W. (Hg.): Das Kindesalter. Ausgewählte pädagogisch-psychologische Aspekte. Frankfurt a.M. u.a., S. 91-112
- Herlth, A./Böcker, S./Ossyssek, F. (1995): Ehebeziehungen und die Kompetenzentwicklung von Kindern. In: Nauck, B./Onnen-Isemann, C. (Hg.): Familie im Brennpunkt von Wissenschaft und Forschung. Neuwied u.a., S. 221-235
- Hradil, St. (2006): Was prägt das Krankheitsrisiko: Schicht, Lage, Lebensstil? In: Richter, M./Hurrelmann, K. (Hg.): Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. Wiesbaden, S. 33-52
- Hurrelmann, K. (1994): Die Rolle der Familie für die Gesundheitsentwicklung von Kindern und Jugendlichen. In: Grunow, D./Hurrelmann, K./Engelbert, A.: Gesundheit und Behinderung im familialen Kontext. Materialien zum 5. Familienbericht, München, S. 69-136
- Hurrelmann, K. (2006): Gesundheitssoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. 6., völlig überarb. Aufl., Weinheim u. München
- Hurrelmann, K./Schnabel, P.-E. (1997): Familie und Gesundheit. In: Gabriel, K./Herlth, A./Strohmeier, K.-P. (Hg.): Modernität und Solidarität. Konsequenzen gesellschaftlicher Modernisierung. Freiburg u.a., S. 107-134
- Janßen, Ch./Grosse Frie, K./Ommen, O. (2006): Der Einfluss von sozialer Ungleichheit auf die medizinische und gesundheitsbezogene Versorgung in Deutschland. In: Richter, M./Hurrelmann, K. (Hg.): Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. Wiesbaden, S. 141-155
- Jerusalem, M. (2006): Theoretische Konzeptionen der Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter. In: Lohaus, A./Jerusalem, M./Klein-Heßling, J. (Hg.): Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter. Göttingen u.a., S. 31-57

- Jungbauer-Gans, M. (2006): Soziale und kulturelle Einflüsse auf Krankheit und Gesundheit. In: Wendt, C./Wolf, Ch. (Hg.): *Soziologie der Gesundheit*. Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, SH 46, Wiesbaden, S. 86-108
- Kaufmann, F.-X. (1995): *Zukunft der Familie im vereinten Deutschland*. Gesellschaftliche und politische Bedingungen. München
- Klocke, A. (2001): Armut bei Kindern und Jugendlichen und die Auswirkungen auf die Gesundheit. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 03/01, Berlin
- Kolip, P. (2003): Familie und Gesundheit. In: Hurrelmann, K./Laaser, U. (Hg.): *Handbuch Gesundheitswissenschaften*, 3. Aufl., Weinheim u. München, S. 497-517
- Lampert, Th./Richter, M. (2006): Gesundheitliche Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen. In: Richter, M./Hurrelmann, K. (Hg.): *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven*. Wiesbaden, S. 199-220
- Lampert, Th./Saß, A.-Ch./Häfelinger, M./Ziese, Th. (2005): Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit. Expertise des Robert Koch-Instituts zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Berlin
- Lange, M./Kamtsiuris, P./Lange, C./Schaffrath Rosario, A./Stolzenberg, H./Lampert, T. (2007): Messung soziodemographischer Merkmale im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) und ihre Bedeutung am Beispiel der Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustands. In: *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 50. Jg., S. 578–589
- Lazarus, H. (2003): Zum Wohle des Kindes? Psychisch erkrankte Eltern und die Sorgerechtsfrage. In: *Soziale Psychiatrie*. S. 22-26
- Lehmann, F. (2006): Kooperationsverbund zur Realisierung der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten in Deutschland. In: Richter, M./Hurrelmann, K. (Hg.): *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven*. Wiesbaden, S. 423-438
- Lohaus, A./Klein-Heßling, J. (2006): Stress und Stressbewältigung. In: Lohaus, A./Jerusalem, M./Klein-Heßling, J. (Hg.): *Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter*. Göttingen u.a., S. 325-347
- Lüscher, K. (1988): Familie und Familienpolitik im Übergang zur Postmoderne. In: Lüscher, K./Schultheis, F./Wehrspau, M. (Hg.): *Die „postmoderne Familie“*. Familiäre Strategien und Familienpolitik in einer Übergangszeit. Konstanz, S. 15-36
- Luhmann, N. (1988a): *Sozialsystem Familie*. In: *System Familie*, 1, S. 75-91
- Luhmann, N. (1988b): *Soziale Systeme, Grundriß einer allgemeinen Theorie*, 2. Aufl., Frankfurt a.M.
- Masten, A. S./Reed, M.-G. J. (2005): Resilience in development. In: Snyder C. R./Lopez S. J. (eds.): *The handbook of positive psychology*. Oxford u.a., S.74-88
- McCubbin, M.A./McCubbin, H.I. (1993): Families coping with illness: The resiliency model of family stress, adjustment, and adaptation. In: Danielson, C.B./Hamel-Bissell, B./Winstead-Fry, P. (1993): *Families, health & illness. Perspectives on coping and intervention*, St. Louis u.a., S. 21-63
- McKenry, P.C./Price, S.J. (1994): Families coping with problems and change. A conceptual overview. In: McKenry, P.C./Price, S.J. (eds.): *Families and change. Coping with stressful events*, Thousand Oaks u.a., S. 1-18
- Mielck, A. (1998): Armut und Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen: Ergebnisse der sozial-epidemiologischen Forschung in Deutschland. In: Klocke,

- A./Hurrelmann, K. (Hg.): Kinder und Jugendliche in Armut. Umfang, Auswirkungen und Konsequenzen. Opladen, S. 225-249
- Mielck, A. (2000): Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten. Bern
- Mielck, A. (2005): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Einführung in die aktuelle Diskussion. Bern
- Murphy, S./Bennett, P. (2004): Lifespan, gender and cross-cultural perspectives in health psychology. In: Sutton, St./Baum, A./Johnston, M. (eds.): The Sage handbook of health psychology. London u.a., S. 241-269
- Olson, D.H./McCubbin, H.I. (1983): Families. What makes them work. Berverly Hills u.a.
- Ossyssek, F. (2001): Kind-Ressourcivität als Beitrag des Kindes zu seiner eigenen Sozialisation. Entwurf und Überprüfung eines Wirkungsmodells zu Bedingungen und Folgen elterlichen Verhaltens. Diss., Bielefeld
- Palentien, Ch./Klocke, A./Hurrelmann, K. (1999): Armut im Kindes- und Jugendalter. Aus Politik und Zeitgeschichte. Beilage zur Wochenzeitung „Das Parlament“, B 18/19, S. 33-38
- Ravens-Sieberer, U./Wille, N./Bettge, S./Erhart, M. (2007): Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse aus der BELLA-Studie im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 50. Jg., S. 871–578
- Roberts, M.C./McElreath, L.H. (1992): The role of families in the prevention of physical and mental health problems. In: Akamatsu, T.J./Stephens, M.A.P./Hobfoll, St.E./Crowther, J.H., (eds.): Family health psychology. Washington u.a., S. 45-65
- Schlippe, A. v. (2003): Chronische Krankheit im Kontext sozialer Systeme. In: Systema, 17, S. 20-37
- Schnabel, P.-E. (2001): Familie und Gesundheit. Bedingungen, Möglichkeiten und Konzepte der Gesundheitsförderung. Weinheim u. München
- Schneewind, K.A. (2000): Kinder und elterliche Erziehung. In: Lange, A./Lauterbach, W. (Hg.): Kinder in Familie und Gesellschaft zu Beginn des 21sten Jahrhunderts. Stuttgart, S. 187-208
- Schneewind, K.A./Pekrun, R. (1994): Theorien der Erziehungs- und Sozialisationspsychologie. In: Schneewind, K.A. (Hg.): Psychologie der Erziehung und Sozialisation. Göttingen u.a., S. 3-39
- Schneider, B./Atteberry, A./Owens, A. (2005): Family matters: Family structure and child outcomes. Birmingham, Alabama
- Schoppa, A. (2001): Gesundheitsziele für das frühe Kindesalter. Konzepte, Datenbasis, Methoden und Vorschläge bis zum Jahr 2010. Ein Beitrag für die Gesundheitspolitik im Kontext der Gesundheitsförderung. RKI-Schrift 2/01, München
- Schulze, H.-J. (2006): Family and health: A model and European facts. In: Lutz, W./Richter, R./Wilson, Ch. (eds.): The new generations of Europeans. Demography and families in the enlarged European Union. London u. Sterling Earthscan, S. 263-286
- Schwarzer, R. (1996): Psychologie des Gesundheitsverhaltens. 2. überarb. u. erw. Aufl., Göttingen u.a.
- Spiegel, H. (2004): Gesundheit und Gesundheitsverhalten in Verbindung mit prekären wirtschaftlichen Lagen. In: Bien, W./Weidacher, A. (Hg.): Leben neben der

- Wohlstandsgesellschaft. Familien in prekären Lebenslagen. Wiesbaden, S. 119-148
- Stecher, L. (2001): Die Wirkung sozialer Beziehungen. Empirische Ergebnisse zur Bedeutung sozialen Kapitals für die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. Weinheim u. München
- Steinberg, L./Darling, N.E./Fletcher, A.C. (1995): Authoritative parenting and adolescent adjustment: An ecological journey. In: Moen, P./Elder, G.H./Luscher, K. (eds.): Examining lives in context. Washington, D.C., S. 423-466
- Textor, M.R. (2006): Was Kinder wirklich brauchen: Eine dialogische Beziehung zu glücklichen Eltern. Online-Familienhandbuch: www.familienhandbuch.de
- Vögele, C./Ellrott, Th. (2006): Ernährung, Über- und Untergewicht. In: Lohaus, A./Jerusalem, M./Klein-Heßling, J. (Hg.): Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter. Göttingen u.a., S. 176-200
- Wallerstein, J./Blakeslee, S. (1994): Scheidung - Gewinner und Verlierer. In: Beck, U./Beck-Gernsheim, E. (Hg.): Riskante Freiheiten. Frankfurt a.M., S. 168-187
- Walper, S. (1997): Wenn Kinder arm sind – Familienarmut und ihre Betroffenen. In: Böhnisch, L./Lenz, K. (Hg.): Familien. Eine interdisziplinäre Einführung. Weinheim u. München, S. 265-281
- Walper, S. (1999): Auswirkungen von Armut auf die Entwicklung von Kindern. Expertise zum 10. Kinder- und Jugendbericht. In: Lepenies, A. et al. (Hg.): Kindliche Entwicklungspotentiale. Normalität, Abweichung und ihre Ursachen. DJI Materialien zum 10. Kinder- und Jugendbericht, Bd. 1, München, S.291-360
- Weih, K./Politi, M. (2006): Family development in the face of cancer. In: Crane, D.R./Marshall, E.S. (eds.), Handbook of families and health. Interdisciplinary perspectives. Thousand Oaks, S. 3-18
- Weiss, J. (1999): Streßbewältigung und Gesundheit. Die Persönlichkeit in Partnerschaft, Familie und Arbeitsleben. Bern u.a.
- Wissenschaftlicher Beirat für Familienfragen (2005): Familiäre Erziehungskompetenzen. Beziehungsklima und Erziehungsleistungen in der Familie als Problem und Aufgabe. Gutachten für das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Weinheim u. München

Die Bedeutung familiärer, sozialer und personaler Schutzfaktoren für das Wohlbefinden von Kindern und Jugendlichen

Hintergrund

Betrachtet man die Entwicklung der gesundheitlichen Situation von Kindern und Jugendlichen in den Industriestaaten im Verlauf des letzten Jahrhunderts lassen sich dramatische Veränderungen feststellen. So konnte das vor 100 Jahren noch größte Problem – die Säuglingssterblichkeit – drastisch reduziert werden und auch akuten Infektionskrankheiten kann seit den 60er und 70er Jahren besser begegnet werden (Palfrey et al. 2005). Auf der anderen Seite rücken Probleme wie Entwicklungsstörungen und psychosozial bedingte Befindlichkeitsstörungen in den Vordergrund (BZgA 1998; Palfrey et al. 2005) und chronische gesundheitliche Beeinträchtigungen wie Adipositas oder Asthma nehmen zu (Perrin 2002). Dieses Phänomen der Verschiebung von den akuten hin zu den chronischen Erkrankungen und von den körperlichen hin zu den psychischen Problemen wird allgemein als die neue Morbidität im Kindes- und Jugendalter bezeichnet (Haggerty/Aligne 2005; American Academy of Pediatrics 2001). Auch vielfältige Publikationen, die eine hohe Auftretenshäufigkeit psychischer Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen beschreiben (Ihle/Esser 2001), lassen sich im Sinne der „neuen Morbidität“ interpretieren.

Nichtsdestotrotz war lange ein Mangel an aussagekräftigen epidemiologischen Daten nicht nur zum körperlichen Gesundheitszustand sondern auch besonders zur psychischen Gesundheit und dem subjektiven Wohlbefinden im Kindes- und Jugendalter festzustellen (BZgA 1998; Kurth et al. 2002; Schubert/Horch 2004). Insofern erwies es sich als erforderlich, die vorliegenden routinemäßig erfassten Daten gezielt durch bevölkerungsbezogene Surveys auch in der Altersgruppe der Kinder und Jugendlichen zu ergänzen. Die vom biomedizinischen Modell hergeleiteten klassischen Gesundheitsindikatoren, können jedoch in Anbetracht des veränderten Erkrankungsspektrums den allgemeinen Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen nicht angemessen abbilden, da sie vor allem somatische Aspekte

berücksichtigen. Ein umfassender Erkenntnisgewinn über Gesundheit und Wohlbefinden von Kindern und Jugendlichen setzt insofern einen erweiterten ganzheitlichen Gesundheitsbegriff voraus, wie er von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) formuliert wurde: Nur unter Bezugnahme auf die subjektive Repräsentation von Funktionsfähigkeit und persönlichem Wohlbefinden, d.h. auf das physische und das psychische Befinden sowie auf das Management alltäglicher Lebenssituationen im Umgang mit anderen, kann die neue Morbidität mit ihren Auswirkungen angemessen erfasst werden.

Psychische Auffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter

Der Erfassung der psychischen Gesundheit wird – speziell im Kindes- und Jugendalter – zunehmende Bedeutung auch im Hinblick auf Prävention und Intervention beigemessen (Kolip et al. 1995). Dies geschieht nicht nur, da Auffälligkeiten des Erlebens und Verhaltens im Kindes- und Jugendalter vergleichsweise häufig sind (Ihle/Esser 2001), sondern auch weil sie erhebliche Beeinträchtigungen für die Betroffenen in Familie, Schule und sozialem Umfeld verursachen (Heinrichs et al. 2002).

Risiken und Ressourcen für die psychische Gesundheit

Angesichts der hohen Auftretenshäufigkeiten psychischer Auffälligkeiten und der großen Bedeutung der psychischen Gesundheit für die Entwicklung der Kinder und Jugendlichen, ist die Frage nach den Determinanten psychischer Gesundheit im Kindes- und Jugendalter von besonderer Relevanz. In diesem Zusammenhang konnten bereits diverse biologische und psychosoziale Risikofaktoren identifiziert und in vielfältigen Entwicklungsstudien nachgewiesen werden (Mannheimer Risikokinderstudie: Laucht et al. 1998; Bayerische Entwicklungsstudie: Wolke/Meyer 1999; Rostocker Längsschnittstudie: Meyer-Probst/Reis 1999; Bielefelder und Regensburger Längsschnittstudie: Zimmermann et al. 1999).

Neben Risikofaktoren, die mit einer erhöhten Auftretenswahrscheinlichkeit psychischer Auffälligkeiten assoziiert sind, werden in den Gesundheitswissenschaften jedoch zunehmend stärker auch Schutzfaktoren thematisiert, die die Erhaltung oder Wiederherstellung psychischer Gesundheit unterstützen (Rutter 2000). Den Hintergrund dieses Perspektivenwechsels bildet die Theorie der Salutogenese von Antonovsky (1987). Im Gegensatz zur pathogenetischen Fragestellung nach der Verursachung von Erkrankungen, wird bei einer salutogenetisch orientierten Betrachtungsweise vielmehr danach gefragt, was Menschen – auch unter Belastungen – dabei unterstützt ihre Gesundheit zu erhalten.

Im gleichen Zeitraum entstand in der Entwicklungspsychologie die Resilienzforschung, die sich explizit auf die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen bezieht und einen theoretischen Rahmen zur Untersuchung der Wirkweisen von Risiken und protektiven Faktoren bildet (Gar-

mezy et al. 1984). Als resilient werden hier Kinder bezeichnet, die sich trotz hoher Risiken oder Belastungen positiv entwickeln, ein hohes Anpassungsniveau zeigen und später keine gesundheitlichen Beeinträchtigungen aufweisen (Masten et al. 1999). Im Verlauf einer kindlichen Entwicklung unter ungünstigen psychosozialen Ausgangsbedingungen, kann sich Resilienz entwickeln, wenn protektive individuelle Eigenschaften und Lebensumstände von Kindern und Jugendlichen zusammenwirken. Welches diese besonderen Merkmale – bzw. Ressourcen – sind, die die Entwicklung von Resilienz begünstigen, wurde in verschiedenen entwicklungspsychologischen Längsschnittstudien untersucht (z.B. Werner/Smith 1982; für eine Übersicht vgl. Egle et al. 1997). Die in diesen Untersuchungen identifizierten protektiven Faktoren können in personale, familiäre und soziale Ressourcen unterschieden werden (Scheithauer/Petermann 1999). Als personale Ressource mit protektiver Wirkung gilt z.B. eine positive Selbstwahrnehmung oder ein ausgeprägter Kohärenzsinn, als familiäre Ressourcen sind z.B. Unterstützung innerhalb der Familie und Merkmale des Erziehungsklimas benannt worden und als Beispiel für soziale Ressourcen kann die verfügbare soziale Unterstützung auch außerhalb der Familie angeführt werden (Lösel et al. 1990).

Jedoch muss berücksichtigt werden, dass sowohl Belastungen als auch Ressourcen kumulativ wirken und untereinander korreliert sind, so dass sich eine isolierte Betrachtungsweise verbietet (van Aken et al. 1996). Außerdem können Wechselwirkungen von Risikofaktoren und gestörter Entwicklung einerseits (Meyer-Probst/Reis 1999) sowie von Ressourcen und positiven Entwicklungsergebnissen andererseits (Masten/Reed 2002) beobachtet werden. Hervorzuheben ist außerdem, dass Ressourcen ausschließlich oder zumindest insbesondere zur Bewältigung von Belastungen eingesetzt werden und die Wirkung von Risikofaktoren moderieren und abpuffern (Laucht et al. 1997). Insofern zeigt sich ihre protektive Wirkung erst bzw. insbesondere bei Eintreten von Belastungen und widrigen Lebensumständen (Masten/Reed 2002). Die wenigen bislang vorliegenden Studien, die Effektstärken von Belastungen und Ressourcen ermitteln, erbringen verschiedene Ergebnisse. So berichtet Beutel (1989) in seinem Review konsistent mittlere Effekte, während Laucht et al. (1998) nur kleine Risikofaktoren-Effekte bis sehr kleine Ressourcen-Effekte fanden.

Allgemein sind zu den Wechselwirkungsprozessen von Risiko- und Schutzfaktoren noch theoriegeleitete Entwicklungsmodelle zu spezifizieren und zu überprüfen. Hierfür müssen sowohl die Beziehungen zwischen einzelnen Risiko- und Schutzfaktoren sowie deren Wirkung auf bestimmte Zielparameter – wie die psychische Gesundheit – beschrieben werden (Laucht et al. 1997; Faltermaier 2002). Epidemiologische Studien, die eine Verknüpfung psychischer Gesundheit bzw. psychischer Auffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter mit biologischen, familiären und sozialen Risiken einerseits

und personalen, familiären und sozialen Ressourcen andererseits erlauben, fehlen bislang.

Gesundheitsbezogene Lebensqualität

Die Bedeutung der subjektiv wahrgenommenen Gesundheit (auch als gesundheitsbezogene Lebensqualität bezeichnet) ist in der Literatur vielfach beschrieben worden (siehe auch Bullinger 2000) und auch hier bereits im Zusammenhang mit der neuen Morbidität dargestellt worden. In Anlehnung an die erweiterte Gesundheitsdefinition der WHO stellt sie ein mehrdimensionales Konstrukt dar, das den aktuellen Gesundheitszustand aus der Sicht der Betroffenen beschreibt. Trotz abweichender Konzeptualisierungen in verschiedenen Forschungsgruppen und trotz unterschiedlicher Verfahren zu ihrer Erfassung besteht doch Einigkeit über die grundlegenden zu berücksichtigenden Dimensionen (Rajmil et al. 2004). Diese betreffen das körperliche, emotionale und soziale Wohlbefinden sowie Aspekte der Funktionsfähigkeit im Alltag.

Während sich die Lebensqualitäts-Forschung an Erwachsenen in den letzten Jahrzehnten rasch fortentwickelt hat und sich Lebensqualitätsinstrumente bei der Durchführung klinischer wie epidemiologischer Studien erfolgreich etabliert haben (Ravens-Sieberer/Cieza 2000), stellt die Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen dagegen ein neueres Forschungsgebiet dar. Hier wurde lange Zeit die Fähigkeit von Kindern bezweifelt, reliable Angaben über ihr subjektives Wohlbefinden und ihre Gesundheit zu machen. Diese Zweifel konnten jedoch weitgehend ausgeräumt werden, da Studien belegten, dass Kinder ihre subjektive Gesundheit und ihre körperliche Funktionsfähigkeit beschreiben und einschätzen können, wenn der Erhebungsfragebogen das Alter und Entwicklungsniveau der Kinder berücksichtigt (Rebok et al. 2001; Riley 2004).

Zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen steht im deutschsprachigen Raum mit dem Fragebogen KINDL^R ein in mehreren Untersuchungen eingesetztes und psychometrisch getestetes Instrument zur Verfügung (Bullinger und Ravens-Sieberer 1995; Ravens-Sieberer et al. 2003; 2007). Der revidierte KINDL^R ist ein Fragebogen mit 24 Items, die sich auf sechs für Kinder relevante Dimensionen der Lebensqualität beziehen (körperliches und psychisches Wohlbefinden, Selbstwert, Familie, Freunde und schulische Aspekte). Der KINDL^R berücksichtigt die kindlichen Entwicklungsfortschritte mit unterschiedlichen Versionen für drei verschiedene Altersgruppen.

Methodische Anlage und Ergebnisse der BELLA-Studie

Um für Prävention und Intervention handlungsrelevantes Wissen über bedeutsame Einflussgrößen zu erlangen, untersucht die BELLA-Studie vielfältige individuelle, familiäre und soziale Schutz- und Risikofaktoren, die im Rahmen entwicklungspsychologischer und gesundheitswissenschaftlicher Ansätze als Determinanten von psychischer Gesundheit und Lebensqualität diskutiert werden (Antonovsky 1987; Masten et al. 1999).

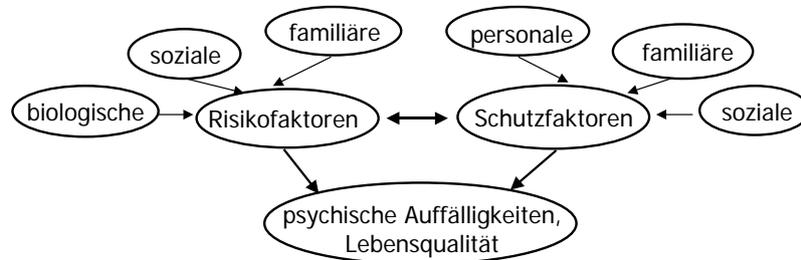
Der Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS), der vom Robert Koch - Institut zwischen Mai 2003 und Mai 2006 durchgeführt wurde, hat erstmalig in einer bundesweit repräsentativen Stichprobe umfassende Daten zur gesundheitlichen Lage der Kinder und Jugendlichen in Deutschland erhoben. An der Studie nahmen insgesamt 17.641 Kinder und Jugendliche im Alter zwischen 0 und 17 Jahren aus 167 für die Bundesrepublik repräsentativen Städten und Gemeinden teil. Im Kernteil des KiGGS konnten in der Gesamtstichprobe für das breite Spektrum gesundheitsrelevanter Fragestellungen bei Kindern und Jugendlichen jedoch lediglich Eckwerte erfasst werden, da eine umfassendere Befragung die Probanden zu stark in Anspruch genommen hätte (Kurth et al. 2002).

Darum untersuchte das Modul „Psychische Gesundheit“ (BELLA-Studie) an einer Substichprobe differenzierter psychische Auffälligkeiten und subjektives Wohlbefinden. An diesem Modul nahmen zufällig ausgewählte Familien mit Kindern zwischen sieben und 17 Jahren teil, die sich bei ihrem Besuch im KiGGS-Untersuchungszentrum mit einer Zusatzuntersuchung einverstanden erklärt hatten. In jeder Familie wurde ein Elternteil um die Teilnahme gebeten sowie auch das Kind, sofern es mindestens 11 Jahre alt war. Die Datenerhebung erfolgte mit Hilfe standardisierter und computerasistierter Telefoninterviews, die ca. eine halbe Stunde in Anspruch nahmen. Anschließend wurden die Befragten gebeten, auch einen schriftlichen Fragebogen auszufüllen, der ihnen zugeschickt wurde.

Die Zusammenstellung der Daten aus dem Kernsurvey und dem Modul zur psychischen Gesundheit ermöglicht eine Vielzahl an Analysen hinsichtlich der psychischen und subjektiven Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland.

Basierend auf Pretestergebnissen (Bettge 2004) und Literaturrecherchen wurde ein hinsichtlich der Risiko- und Schutzfaktoren differenziertes Untersuchungsmodell für die Hauptphase des Surveys spezifiziert (Abb. 1). Die hier dargestellten individuellen, sozialen und familiären Ressourcen wurden in der BELLA-Befragung bei Kindern ab 11 Jahren erfragt. Die Risikofaktoren, die in den entsprechenden Bereichen vorliegen können, wurden vorrangig über Angaben der Eltern ermittelt.

Abbildung 1: Untersuchungsmodell in der Hauptphase des Kinder- und Jugendgesundheits surveys



Personale Ressourcen sind Merkmale der Persönlichkeit der Kinder und Jugendlichen selbst wie z.B. der Kohärenzsinn, der dispositionelle Optimismus (Scheier/Carver 1985) oder die allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung (Schwarzer 1994). Bezüglich personaler Ressourcen konnte z.B. ein Zusammenhang zwischen hoher Selbstwirksamkeitserwartung und weniger Depression, Angst und Hilflosigkeit nachgewiesen werden (Schwarzer 1994). Die benannten personalen Schutzfaktoren wurden mit Hilfe verschiedener Items erfasst, die sich bereits im Pretest nach ausgiebiger psychometrischer Testung bewährt hatten (Bettge/Ravens-Sieberer 2003).

Bei den familiären Ressourcen spielen insbesondere Aspekte des Familienklimas, d.h. der familiäre Zusammenhalt und auch das Erziehungsverhalten der Eltern eine Rolle (Darling 1999). Das Familienklima als familiärer Schutzfaktor wurde mit Hilfe einer Kurzfassung der Familienklimaskala von Schneewind (Schneewind et al. 1985) erfasst. Es wurde aber auch eine Skala eingesetzt, die die vom Kind erfahrene Unterstützung durch seine Eltern erfasst.

Die sozialen Ressourcen umfassen z.B. die von Gleichaltrigen und Erwachsenen erfahrene oder verfügbare soziale Unterstützung. Die protektive Wirkung sozialer Unterstützung (z.B. durch seelische Entlastung und Förderung der individuellen Kompetenzen) für die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen konnte in verschiedenen Studien nachgewiesen werden (Ezzel et al. 2000; van Aken et al. 1996). Die sozialen Ressourcen wurden durch Einsatz einer Skala zur Messung der sozialen Unterstützung (Donald/Ware 1984) erfasst.

Neben Risikofaktoren für psychische Auffälligkeiten wie ein niedriger sozioökonomischer Status (Klocke/Lampert 2005) oder beengte Wohnverhältnisse, wurden in der BELLA-Studie weitere Risikomerkmale kategorial erfasst. So wurden ein niedriger Bildungsstatus der Eltern, das Auftreten von familiären oder partnerschaftlichen Konflikten zwischen den Erziehen-

den sowie ein beeinträchtigt Wohlbefinden der Erziehenden in ihrer Familie während ihrer eigenen Kindheit und Jugendzeit berücksichtigt. Ferner wurden psychische oder körperlich chronische Erkrankungen bei Mutter oder Vater, frühe Elternschaft, das Aufwachsen des Kindes in einer Ein-Eltern-Familie und Arbeitslosigkeit während der Lebenszeit des Kindes erfasst sowie Einschätzungen zur Erwünschtheit der Schwangerschaft, eventuell fehlender sozialer Unterstützung im ersten Lebensjahr des Kindes und zum eigenen Alkoholkonsum sowie zu dem des Partners/der Partnerin erfragt. Die genannten Risikofaktoren wurden für die Analysen in einem kumulativen Risikoindex zusammengefasst, in dem die Anzahl der vorhandenen Risiken aufaddiert wird.

Zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität wurde der bereits beschriebene KINDL^R (Ravens-Sieberer et al. 2007) eingesetzt, der eine differenzierte Erfassung der Lebensqualität auf mehreren Dimensionen sowie die Ermittlung eines übergreifenden Gesamtwertes ermöglicht.

Um die Auswirkungen der ermittelten Schutz- und Risikofaktoren hinsichtlich der psychischen Gesundheit ermitteln zu können, wurde als Screening-Instrument für psychische Auffälligkeiten der Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ, Goodman 1998) eingesetzt, der eine Kategorisierung der Kinder und Jugendlichen in drei Gruppen erlaubt: solche, die unauffällig sind, solche die zumindest Hinweise auf psychische Auffälligkeiten zeigen und solche, die sehr wahrscheinlich als auffällig gelten müssen.

Hinsichtlich der erfragten Risikofaktoren zeigte sich, dass 6% der Familien ihre Fähigkeit miteinander zurecht zu kommen als „weniger gut“ bzw. „schlecht“ einstufen. In 13% der Familien hat wenigstens eines der Elternteile seine eigene Kindheit und Jugendzeit als „überhaupt nicht harmonisch“ empfunden und 8% der befragten Erziehenden gaben an, eine unglückliche Partnerschaft zu führen. Weitere Risikofaktoren, die häufig angegeben wurden, waren das Vorliegen einer psychischen Erkrankung von Mutter oder Vater bzw. das Aufwachsen des Kindes bei einem alleinerziehenden Elternteil (jeweils 13%).

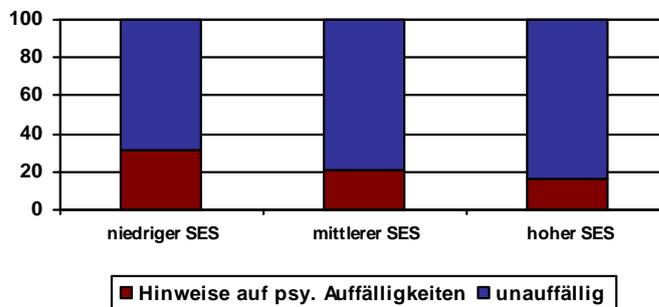
Um den Einfluss verschiedener Risikofaktoren auf die psychische Gesundheit der Kinder und Jugendlichen zu erfassen, wurden Regressionsanalysen durchgeführt. Die berechneten Odds Ratios geben an, wie stark die Chance für das Vorliegen des betreffenden Risikofaktors in der Gruppe der Kinder mit sehr wahrscheinlich vorliegenden psychischen Auffälligkeiten erhöht ist. Hierbei zeigte sich, dass diese Kinder deutlich häufiger aus konfliktbelasteten Familien kommen oder aus Familien, in denen die Erziehenden ihre eigene Kindheit und Jugendzeit als nicht harmonisch empfunden haben bzw. aus Familien, in denen die Erziehenden eine unglückliche Partnerschaft führen. Auch psychische Erkrankungen bei Mutter oder Vater oder das Aufwachsen in einem Ein-Eltern-Haushalt tritt bei Kindern mit Hinweisen auf psychische Probleme gehäuft auf.

Tabelle 1: Risikofaktoren für die psychische Gesundheit

Risikofaktor	OR	Konfidenzintervall
Konfliktbelastete Familie	4,94	3,09 – 7,90
Kindheit der Erziehenden	2,77	1,83 – 4,19
Unglückliche Partnerschaft	2,72	1,66 – 4,43
Psychische Erkrankung Eltern	2,40	1,66 – 3,46
Ein-Eltern-Familie	2,07	1,42 – 3,03

Ebenfalls besondere Aufmerksamkeit unter den erfassten Risikofaktoren verdient der niedrige sozioökonomische Status, der mit einer deutlich erhöhten Betroffenheit in Bezug auf psychische Probleme einhergeht (Abb. 2). In der Gruppe der Kinder und Jugendlichen mit niedrigem sozioökonomischen Status zeigte ein deutlich größerer Anteil der Kinder und Jugendlichen mindestens Hinweise auf psychische Auffälligkeiten (etwa 31%) verglichen mit der Gruppe derjenigen mit hohem sozioökonomischen Status (etwa 17%).

Abbildung 2: Hinweise auf psychische Auffälligkeit und sozioökonomischer Status (SES)



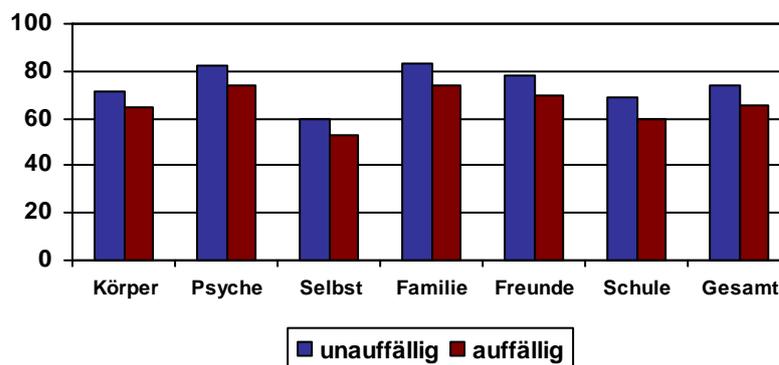
Unabhängig von der Art der jeweilig vorliegenden Risikofaktoren zeigt sich, dass Risiken insbesondere kumulativ wirken. Unterteilt man die Kinder und Jugendlichen in Gruppen je nachdem, wie viele der im Risikoindex erfassten Risikofaktoren sie auf sich vereinen, zeigt sich, dass mit der Anzahl der Risikofaktoren auch der Anteil der Kinder deutlich steigt, die Hinweise auf psychische Auffälligkeiten zeigen.

Hinsichtlich der Schutzfaktoren kann in einer Varianzanalyse gezeigt werden, dass die beschriebenen personalen, familiären und sozialen Ressourcen bei den psychisch unauffälligen Kindern am stärksten ausgeprägt sind, während sie bei den Kindern mit Hinweisen auf psychische Auffälligkeiten im geringeren Ausmaß vorliegen und bei den wahrscheinlich psychisch auffälligen Kindern am geringsten ausgeprägt sind ($p < 0.001$). Vergleicht man die Kinder, die zumindest Hinweise auf psychische Auffälligkeiten zeigen, mit den unauffälligen Kindern, zeigt sich, dass sich diese beiden Gruppen mit einem mittleren Effekt ($d=0.49$) hinsichtlich der familiären Ressourcen unterscheiden, während dieser Effekt für die anderen Ressourcengruppen etwas geringer ausfiel ($d=0.32$ für personale wie soziale Ressourcen).

Aber nicht nur bei Betrachtung der allgemeinen psychischen Auffälligkeiten ergeben sich Hinweise auf die Relevanz von Schutzfaktoren. Auch bei Einteilung der Kinder in jeweils zwei Gruppen in Abhängigkeit davon, ob sie Anzeichen für spezifische psychische Störungen wie Depression, Angst, ADHS oder Störungen des Sozialverhaltens aufweisen, zeigen sich signifikante Unterschiede zwischen den beiden Gruppen hinsichtlich der familiären Ressourcen. Am deutlichsten zeigt sich dies im Vergleich von Kindern, die Hinweise auf eine Störung des Sozialverhaltens zeigen, mit solchen die diesbezüglich nicht auffällig sind. Die unauffälligen Kinder weisen deutlich höhere familiäre Ressourcen auf, die sich mit einer Effektstärke von $d=0.77$ von den familiären Ressourcen der auffälligen Kinder unterscheiden.

Psychische Auffälligkeiten bedeuten für die betroffenen Kinder und Jugendlichen eine deutliche Beeinträchtigung ihrer Lebensqualität. Kinder und Jugendliche, die gemäß dem SDQ als wahrscheinlich psychisch auffällig gelten müssen, erreichen im KINDL^R-Selbsturteil auf jeder der Subskalen signifikant geringere Werte als ihre unauffälligen Altersgenossen. Die Differenz des in Abb. 3 dargestellten Gesamtwertunterschieds zwischen den beiden Gruppen entspricht einem großen Effekt von $d=0.89$.

Abbildung 3: KINDL^R-Selbsturteil und psychische Auffälligkeit



Zusammenfassung

Mit dem salutogenetischen Ansatz in den Gesundheitswissenschaften ist neben der Betrachtung von Risikofaktoren zunehmend auch die Frage nach Bedingungen und Faktoren, die Gesundheit schützen, ins Blickfeld geraten. Vor dem Hintergrund der so genannten neuen Morbidität im Kindes- und Jugendalter gewinnt die Identifizierung relevanter Risiken und Ressourcen für die psychische Gesundheit und die subjektive Gesundheit (gesundheitsbezogene Lebensqualität) zunehmend an Bedeutung.

Unter den im Rahmen der BELLA-Studie untersuchten Risikofaktoren erweisen sich neben einem niedrigen sozioökonomischen Status vor allem auch Risiken aus dem Bereich der Familie als bedeutsam. Hier stellen besonders häufige Konflikte ein Risiko dar, aber auch fehlende Harmonie in der Herkunftsfamilie der Erziehenden selber erweist sich als relevanter Risikofaktor. Darüber hinaus kann gezeigt werden, dass die Häufigkeit psychischer Auffälligkeiten bei gemeinsamem Auftreten mehrerer Risikofaktoren stark ansteigt.

Die Untersuchung von Zusammenhängen zwischen psychischer Gesundheit und möglichen protektiven Faktoren zeigte, dass familiäre wie auch personale und soziale Ressourcen bei psychisch unauffälligen Kindern und Jugendlichen stärker ausgeprägt sind als bei Kindern und Jugendlichen mit Auffälligkeiten. Dies gilt sowohl für unspezifische allgemeine psychische Auffälligkeit, zeigte sich aber auch in Analysen, die spezifische Störungsbilder näher betrachteten. Insbesondere Aspekte des Familienklimas, d.h. der familiäre Zusammenhalt und auch das Erziehungsverhalten der Eltern spielen eine wichtige Rolle.

Die dargestellten ersten Resultate der BELLA-Studie liefern Hinweise über besonders relevante Risikogruppen, an die sich Präventions- und Interventionsmaßnahmen gezielt richten können bzw. über möglicherweise besonders wichtige Ansatzpunkte. Der Nachweis der starken Beeinträchtigungen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität psychisch auffälliger Kinder und Jugendlicher unterstreicht zusätzlich die besondere Notwendigkeit solcher Programme. Die Berücksichtigung vorhandener Ressourcen sowie deren Stärkung sollte wesentliches Ziel von Prävention und Intervention sein, um auch bei belasteten Kindern und Jugendlichen eine gesunde Entwicklung zu unterstützen. Die vorliegenden Ergebnisse weisen darauf hin, dass familienbasierte Interventionen in diesem Bereich sinnvolle Maßnahmen darstellen können.

Jedoch muss einschränkend festgehalten werden, dass die hier dargestellten ersten Analysen nicht die spezifische Wirksamkeit der Ressourcen in Anbetracht vorliegender Risiken nachweisen und auch die geforderte Unabhängigkeit der Schutzfaktoren von entsprechenden Risikofaktoren noch zu belegen ist. Detaillierte Untersuchungen dieser Art sowie der Wirkung pro-

tektiver Faktoren im zeitlichen Verlauf werden derzeit im Rahmen der längsschnittlichen Nachbefragungen vorgenommen und geben auch bereits erste Hinweise auf moderierende Effekte.

Literatur

- Antonovsky, A. (1987): Unraveling the mystery of health. Bass, San Francisco
- American Academy of Pediatrics, Committee on Psychological Aspects of Child and Family Health (2001): The new morbidity revisited: a renewed commitment to the psychosocial aspects of pediatric care. In: *Pediatrics* 108, S. 1227–1230
- Bettge, S./Ravens-Sieberer, U. (2003): Schutzfaktoren für die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen – empirische Ergebnisse zur Validierung eines Konzepts. In: *Gesundheitswesen* 65 (3), S. 167–172
- Bettge, S. (2004): Schutzfaktoren für die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen - Charakterisierung, Klassifizierung und Operationalisierung [Doctoral Dissertation]. Berlin
- Beutel, M. (1989): Was schützt Gesundheit? Zum Forschungsstand und der Bedeutung von personalen Ressourcen in der Bewältigung von Alltagsbelastungen und Lebensereignissen. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 39, S. 452-462
- Bullinger, M./Ravens-Sieberer, U. (1995): Stand der Forschung zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Kindern. In: *Präv Rehab*, 7. Jg., S. 106-121
- Bullinger, M. (2000): Lebensqualität – Aktueller Stand und neuere Entwicklungen der internationalen Lebensqualitätsforschung. In: Ravens-Sieberer, U./Cieza, A. (Hg.): *Lebensqualität und Gesundheitsökonomie in der Medizin*. Landsberg
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.) (1998): *Gesundheit von Kindern. Epidemiologische Grundlagen. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung*. Band 3, Köln
- Darling, N. (1999): Parenting style and its correlates. ERIC Digest EDO-PS-99-3, Clearinghouse on Elementary and Early Childhood Education. Illinois
- Donald, CA./Ware, JE. (1984): The measurement of social support. *Research in Community and Mental Health* 4, S. 325-370
- Egle, U.T./Hoffmann, S.O./Steffens, M. (1997): Psychosoziale Risiko- und Schutzfaktoren in Kindheit und Jugend als Prädisposition für psychische Störungen im Erwachsenenalter – Gegenwärtiger Stand der Forschung. In: *Nervenarzt*, 68, S. 683-695
- Ezzel, CE./Cupit Swenson, C./Brondino, MJ. (2000) : The relationship of social support to physical abused children's adjustment. In: *Child Abuse & Neglect*, 24. Jg. (5), S. 641-651
- Faltermaier, T. (2002): Die Salutogenese als Forschungsprogramm und Praxisperspektive. In: Wydler, H./Kolip, P./Abel, T. (Hg.): *Salutogenese und Kohärenzgefühl. Grundlagen, Empirie und Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen Konzepts*. Weinheim, S.185-196
- Garmezy, N./Masten, A.S./Tellegen, A. (1984). The study of stress and competence in children: A building block for developmental psychopathology. In: *Child Development*, 55, S. 97-111

- Goodman, R. (1997): The strengths and difficulties questionnaire: a research note. In: *Child Psychol Psychiatry*, 38, S. 581–586
- Haggerty, R.J./Aligne, C.A. (2005): Community Pediatrics: The Rochester Story. In: *Pediatrics* 115, S. 1136-1138
- Heinrichs, N./Saßmann, H./Hahlweg, K./Perrez, M. (2002): Prävention kindlicher Verhaltensstörungen. In: *Psychologische Rundschau*, 53. Jg. (4), S. 170-183
- Ihle, W./Esser, G. (2001): Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter: Prävalenz, Verlauf, Komorbidität und Geschlechtsunterschiede. In: *Psychologische Rundschau*, 53. Jg. (4), S. 159-169
- Klocke, A./Lampert, T. (2005): Armut bei Kindern und Jugendlichen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE), Berlin, Robert Koch-Institut, 4
- Kolip, P./Hurrelmann, H./Schnabel, P.E. (1995): Gesundheitliche Lage und Präventionsfelder im Kindes- und Jugendalter. In: Kolip, P./Hurrelmann, H./Schnabel, P.E. (Hg.): *Jugend und Gesundheit*. Weinheim, S. 25-48
- Kurth, B.-M./Bergmann, K. E./Dippelhofer, A./Hölling, H./Kamtsiuris, P./Thefeld, W. (2002): Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Was wir wissen, was wir nicht wissen, was wir wissen werden. In: *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 45, S. 852-858
- Laucht, M. /Esser, G. /Schmidt, M.H. (1997): Wovor schützen Schutzfaktoren? Anmerkungen zu einem populären Konzept der modernen Gesundheitsforschung. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie*, XXIX, 3, S.260-270
- Laucht, M. /Esser, G. /Schmidt, M.H. (1998): Risiko- und Schutzfaktoren der frühkindlichen Entwicklung: Empirische Befunde. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 26 Jg. (1), S. 6-20
- Lösel, F./Bliesener, T./Köferl, P. (1990): Psychische Gesundheit trotz Risikobelastung in der Kindheit: Untersuchungen zur „Invulnerabilität“. In: Seiffge-Krenke, I. (Hg.): *Jahrbuch der Medizinischen Psychologie*, Bd. 4. Krankheitsverarbeitung von Kindern und Jugendlichen. Berlin, S. 103-123
- Masten, A.S./Hubbard, J.J./Gest, S.D./Tellegen, A./Garmezy, N./Ramirez, M. (1999): Competence in the context of adversity: Pathways to resilience and maladaptation from childhood to late adolescence. In: *Development and Psychopathology*, 11, S. 143-169
- Masten, A.S./Reed, M.G.J. (2002): Resilience in development. In: Snyder, R./Lopez, S.J. (Hg.): *The handbook of positive psychology*. Oxford, S. 74-88
- Meyer-Probst, B. /Reis, O. (1999): Von der Geburt bis 25: Rostocker Längsschnittstudie (ROLS). *Kindheit und Entwicklung*, 8. Jg. (1), S. 59-68
- Palfrey, J.S. /Tonniges, T.F. /Green, M. /Richmond, J. (2005): Introduction: Addressing the Millennial Morbidity - The Context of Community. In: *Pediatrics*, 115, S. 1121-1123
- Perrin, J.M. (2002): 2. Health Services Research for Children with Disabilities. *The Milbank Quarterly*, 80 (2), S. 303–324
- Rajmil, L./Herdman, M./Fernandez de Sanmamed, M.J./Detmar, S./Bruil, J./Ravens-Sieberer, U./Bullinger, M./Simeoni, M.-C./ Auquier, P./the Kidscreen Group (2004): Generic health-related quality of life instruments in children and adolescents: a qualitative analysis of content. In: *Journal of Adolescent Health*, 34. Jg. (1), S. 37–45
- Ravens-Sieberer, U./Ellert, U./Erhart, M. (2007): Gesundheitsbezogene Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – eine Normstichprobe für

- Deutschland aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, S. 810-818
- Ravens-Sieberer, U./Cieza, A. (2000): Lebensqualität und Gesundheitsökonomie in der Medizin. Landsberg
- Ravens-Sieberer, U. (2000): Verfahren zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen – ein Überblick. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 3, S. 198-209
- Ravens-Sieberer, U./Bettge, S./Erhart, M. (2003): Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen. Ergebnisse aus der Pilotphase des Kinder- und Jugendgesundheitsveys. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 46, S. 340-345
- Ravens-Sieberer, U./Wille, N./Bettge, S./Erhart, M. (2007): Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse aus der BELLA-Studie im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 50, S. 871-878
- Rebok, G./Riley, A./Forrest, C./Starfield, B./Green, B./Robertson, J. et al. (2001): Children's report of their health: a cognitive testing study. In: Qual Life Res, 10, S. 59-70
- Riley, A.W. (2004): Evidence that school-age children can self-report on their health. In: Ambulatory Pediatrics, 4 (4 Suppl), S. 371-376
- Rutter, M. (2000): Psychosocial influences: Critiques, findings and research needs. Development and Psychopathology, 12, S. 375-405.
- Scheier, MF./Carver, CS. (1985): Optimism, coping and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. In: Health Psychology, 4, S. 219-247
- Scheithauer, H. /Petermann, F. (1999): Zur Wirkungsweise von Risiko- und Schutzfaktoren in der Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. Kindheit und Entwicklung, 8. Jg. (1), S. 3-14
- Schneewind, K./Beckmann, M./Hecht-Jackl, A. (1985): Familienklima-Skalen. Bericht 8.1 und 8.2. Institut für Psychologie – Persönlichkeitspsychologie und Psychodiagnostik. LMU, München
- Schubert, I./Horch, K. (2004): Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin
- Schwarzer, R. (1994): Optimistische Kompetenzerwartung: Zur Erfassung einer personalen Bewältigungsressource. In: Diagnostica, 40. Jg. (2), S. 105-123
- van Aken, MAG./Asendorpf, JB./Wilpers, S. (1996): Das soziale Unterstützungsnetzwerk von Kindern: Strukturelle Merkmale, Grad der Unterstützung, Konflikte und Beziehung zum Selbstwertgefühl. In: Psychologie in Erziehung und Unterricht, 43. Jg., S. 114-126
- Werner, E.E./Smith, R.S. (1982): Vulnerable but Invincible. A Longitudinal Study of Resilient Children and Youth. New York
- Wolke, D. /Meyer, R. (1999): Ergebnisse der Bayerischen Entwicklungsstudie: Implikationen für Theorie und Praxis. In: Kindheit und Entwicklung, 8.Jg. (1), S. 23-35
- Zimmermann, P. /Suess, G.J. /Scheuerer-Englisch, H. /Grossmann, K.E. (1999): Bindung und Anpassung von der frühen Kindheit bis zum Jugendalter: Ergebnisse der Bielefelder und Regensburger Längsschnittstudie. Kindheit und Entwicklung, 8. Jg. (1), S. 36-48

Bewältigungsstrategien von Angehörigen schwer körperlich Erkrankter

Prävalenz, Belastungsquellen und Pflegeaufgaben

Mit der Zunahme der chronischen körperlichen Erkrankungen und dem Älterwerden der deutschen Bevölkerung steigt die Zahl der pflegebedürftigen Personen in den letzten Jahren an. Im Jahr 2001 hatten 2,039 Mio. Pflegebedürftige Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung. Von diesen Personen wurden 1,4 Mio. ambulant zu Hause gepflegt (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Stand 2001). Ungefähr 1,0 Mio. Patienten erhielten Leistungen für die pflegenden Angehörigen aus der Pflegeversicherung. Dies bedeutet, dass etwa 1,2% der Bevölkerung als „pflegende Angehörige“ anzusehen sind (Lichte et al. 2005).

Meist liegt die Hauptverantwortung der Betreuung in den Händen einer Person, der Hauptpflegeperson. Ist der/die Pflegebedürftige verheiratet, so ist in erster Linie der Ehepartner mit der Aufgabe der Pflege konfrontiert (Allen et al. 1999). Zahlenmäßig sind es mehr Ehefrauen (wahrscheinlich auf Grund ihrer höheren Lebenserwartung und sozialer Normen), die ihre Ehemänner pflegen, doch auch Ehemänner spielen eine bedeutsame Rolle. Für die Bundesrepublik Deutschland ergeben sich deutliche Ost-West Unterschiede: Pflegen in den alten Bundesländern Männer zu 18 %, so sind es im Osten bis zu 31 %. Das stärkere Engagement der Ehemänner lässt sich durch eine andere Tradition geschlechtsspezifischer Arbeitsteilung erklären, in der die Berufstätigkeit der Ehefrau ein Regelfall war (Halsig 1995).

Hat der Pflegebedürftige keinen Ehepartner oder ist dieser nicht in der Lage, die nötige Hilfe zu erbringen, leisten primär die Töchter oder Schwiegertöchter die notwendige Unterstützung; Söhne oder Schwiegersöhne sind nur gering in die Pflege als Hauptpflegepersonen involviert (Stoller 1990).

Die Pflegebedürftigkeit der Patienten kann in sehr unterschiedlichem Ausmaß erforderlich sein. Zum einen ist sie in einzelnen Lebensphasen notwendig, z.B. bei älteren dementen Personen in der letzten Lebensphase. Oder sie muss dauerhaft angelegt sein, wie z.B. bei chronisch Erkrankten oder stark behinderten Personen.

Die Belastungsquellen für die pflegenden Angehörigen können dann sehr differieren. An einem Fallbeispiel soll die Art und das Ausmaß der Belastungen eines Angehörigen verdeutlicht werden.

Ein 51-Jähriger erkrankt an einer amyotrophen Lateralsklerose (ALS), einer rasch progredienten Erkrankung des Zentralnervensystems, die zu fortschreitenden Muskellähmungen ausgehend von peripheren bis zu zentralen Bereichen führt. Der Patient imponierte zunächst durch leichte Sprechstörungen und Unsicherheiten beim Gehen und wurde zusehends schwächer und kraftloser. Nach Lähmungen der Hände und Füße traten Lähmungen an der Rumpfmuskulatur hinzu. Der Patient musste anfangs beim Gehen und Stehen, beim Ankleiden und beim Toilettengang unterstützt werden. Die Selbstversorgung konnte vom Patienten mit dem Fortschreiten der Erkrankung nicht aufrechterhalten werden, so dass die Angehörigen alle diese Verrichtungen übernehmen mussten. Nach einiger Zeit wurde der Patient bettlägerig und musste gefüttert, gewindelt und umgebettet werden. Da zunehmend eine Atemnot auftrat, mussten die Angehörigen eine Behandlungspflege u.a. mit einer Veränderung der Lagerung und Absaugen der Atemwege durchführen. Alle diese Tätigkeiten erforderten eine hohe zeitliche Präsenz der Pflegenden.

Die Pflegetätigkeiten der Angehörigen, die über ein Jahr bis zum Tod des Patienten sich hinzogen, wurden durch eine immer stärkere Reduktion der sprachlichen Ausdrucksmöglichkeiten des Patienten erschwert, so dass die Bedürfnisse des Patienten in den letzten Wochen nur noch schwer zu erraten waren.

An dem Beispiel wird die körperliche (Heben, Umbetten) und die psychische Beanspruchung der Pflegenden deutlich. Neben dieser Beanspruchung hat der Pflegenden sich mit der Veränderung in der Beziehung zum Kranken (Rollentausch), mit der Übernahme von zusätzlichen Alltagsaufgaben und mit dem Verlust des Patienten und den daraus resultierenden Folgen auseinander zu setzen.

Welche der umfangreichen Pflegeaufgaben erleben die Pflegenden als belastend? Die Art der Pflegeleistung scheint ein validerer Prädiktor für Belastungen des Angehörigen zu sein als die Anzahl der Pflegeaufgaben oder die mit Aufgaben verbrachten Stunden (Horowitz 1985). Persönliche Pflegeaufgaben (z.B. Füttern und Waschen des Patienten) werden dabei häufig als belastender angesehen als nicht persönliche (z.B. Einkaufen). Emotionale Unterstützung wird als zeitaufwendigste und schwierigste Leistung bezeichnet (Bakas et al. 2001), wobei die Hilflosigkeit einer Krankheit gegenüber, die von einem bestimmten Zeitpunkt nur noch wenig Aussicht auf Besserung erlaubt, als besonders belastend erlebt wird.

Einflussfaktoren auf die Entstehung der Belastung

Die vorliegenden Studien zur Pflegesituation von Angehörigen wurden vor allem im Kontext geriatrischer Erkrankungen entwickelt (Pearlin et al. 1990). Die kognitive Stresstheorie von Lazarus und Folkman (1984) dient hierbei als Grundmodell. Dem darin entwickelten transaktionalen Modell zufolge bestimmen Einschätzungs- und Bewertungsprozesse das Erleben und Bewältigen von Stress. Es wird dabei ein Prozess der dynamischen Wechselwirkung zwischen Faktoren der Situationsbewertung und der Einschätzung der eigenen und verfügbaren Bewältigungsressourcen angenommen. Die Bewertungen verändern sich dabei im Verlauf der Auseinandersetzung mit der Problemsituation in Folge der Beeinflussungen von Personen- und Situationsmerkmalen.

In einer primären Einschätzung wird zunächst geprüft, ob die derzeitige Situation subjektiv bedeutsam ist. Dies kann für die Pflege eines nahen Angehörigen angenommen werden. Die sekundären Einschätzungen dienen der Beurteilung der eigenen Bewältigungsressourcen. Darunter fallen soziale Unterstützungssysteme, eigene Gesundheit, Fähigkeiten, Selbstvertrauen, aber auch materielle Ressourcen. Neueinschätzungen erfolgen immer dann, wenn neue Informationen über beteiligte Situations- und Personenmerkmale auftauchen, z.B. eine veränderte Lage in Folge der Handlungen der Person oder die Entdeckung neuer Problemlösestrategien.

Pearlin et al. (1990) haben das transaktionale Modell auf die Pflegesituation übertragen. Ihr Prozessmodell der Pflegebelastung beinhaltet: den Kontext der Pflegesituation, Stressoren (primäre und sekundäre), gesundheitliche Auswirkungen der Belastung und potentielle Mediatoren und Moderatoren des Stressgeschehens. Als Kontextvariablen werden insbesondere soziodemographische Merkmale, ökonomische und soziale Ressourcen sowie vorhergehende Pflegeerfahrungen verstanden. Primäre Stressoren werden als Merkmale der objektiven und subjektiven Pflegebelastung definiert. Als objektive Merkmale gelten vor allem die Dauer der Pflege, die Symptomatik der Erkrankung und der damit verbundene Pflegeaufwand, als subjektive Merkmale die Leistungsfähigkeit der Pflegeperson, deren Überforderungsgrad und das Ausmaß der Einschränkungen in der Lebensqualität.

Auch wenn mit dem Fortschreiten der Erkrankung und der Hinfälligkeit des Patienten in der Regel der Pflegebedarf steigt, so zeigen die Untersuchungen (zumeist aus dem geriatrischen Bereich) keinen konsistenten Zusammenhang zwischen dem Pflegebedarf, dem Krankheitstyp, den Symptomen oder der Pflegedauer einerseits und negativen gesundheitlichen Auswirkungen beim Angehörigen andererseits (Sales et al. 1992; Pitceathly/Maguire 2003).

Entsprechend dem transaktionalen Modell ist bei kritischen Lebensereignissen, wie einer palliativen Pflegesituation, die subjektive Einschätzung des

Ereignisses von elementarer Bedeutung, so dass im Extremfall eine unmittelbare Belastung von der Person gar nicht registriert wird (Folkman/Greer 2000). Es erscheint daher sinnvoll, die Merkmale der Pflegesituation als „potenzielle“ Stressoren zu bezeichnen, wobei für die letztendliche Beurteilung die Einschätzung durch die Pflegeperson maßgebend ist.

Neben der subjektiven Bewertung der Situation und der Verfügbarkeit von Bewältigungsmodi beeinflussen Hintergrundvariablen wie die Pfleger/ Gepflegter - Beziehung oder Persönlichkeitsvariablen des Pflegenden das Belastungserleben.

Kriegsman et al. (1994) befinden, dass eine schlechte Ehequalität vor der Erkrankung zu negativen Auswirkungen auf körperlicher wie auch psychischer Ebene sowohl beim Patienten wie auch beim Angehörigen führen können. Die erfolgreiche Bewältigung der Pflegesituation scheint ein gewisses Ausmaß an emotionaler Autonomie von den Angehörigen zu erfordern, um mit dem zunehmenden Verfall und den Veränderungen im Verhalten des Patienten adäquat umzugehen (Bruder 1988).

Kontrollüberzeugungen, Neurotizismus und Extraversion sind zentrale Konstrukte von Persönlichkeitstheorien, deren Bedeutung im Zusammenhang mit Depressionen bekannt ist (Skaff et al. 1996). Nijboer et al. (2001) untersuchten Patienten und ihre Partner unmittelbar nach der Diagnose und die Partner nochmals drei und sechs Monate nach dem Krankenhausaufenthalt. Es ergab sich zu allen Zeitpunkten ein deutlicher Zusammenhang zwischen Neurotizismuswerten und depressiven Symptomen der Angehörigen. Umgekehrt erlebten pflegende Angehörige mit starken Kontrollüberzeugungen und niedrigen Neurotizismuswerten weniger depressive Symptome als solche mit geringen Kontrollüberzeugungen und hohem Neurotizismus (Pearlin et al. 1981). Pflegende Angehörige empfanden höhere psychische Belastungen in Abhängigkeit von Neurotizismus, Angst und Depressivität (Rossi Ferrario et al. 2003).

Extraversion scheint hingegen eher hilfreich zu sein, wenn es darum geht der Pflegesituation positive Seiten ab zu gewinnen. Die Datenlage zu diesem Persönlichkeitskonstrukt ist allerdings dürftig (Nijboer et al. 2001). Insgesamt scheinen gesundheitliche Vorbelastungen und akzentuierte Persönlichkeitsmerkmale für die empfundene Pflegebelastung und die Empfänglichkeit für psychische Auffälligkeiten eine Rolle zu spielen.

Die psychischen Folgen bei pflegenden Angehöriger

Jüngere Frauen sehen die Pflege häufiger negativ als ältere Frauen und Männer und fühlen sich stärker dadurch belastet, auch bei gleicher Pflegeleistung oder vergleichbarem Gesundheitszustand des Patienten (Carey et al. 1991; Nijboer et al. 1998). Verglichen mit anderen Gruppen pflegender Angehöriger scheinen Partner (beiderlei Geschlechts) für Belastungen am

anfälligesten zu sein. Sie neigen dazu, sich am stärksten zu engagieren und am umfassendsten zu pflegen. Sie fühlen sich auch letztendlich primär für die Pflege verantwortlich und nehmen professionelle Hilfe nur wenig in Anspruch (Oberst et al. 1989).

Durch die Pflegebelastung ist die Morbidität und Mortalität erhöht. Diese Phänomene werden unter dem Begriff des caregiver burden Effekts zusammengefasst. Es treten über 50% mehr körperliche Beschwerden als beim Durchschnitt der Bevölkerung auf. Die Angehörigen sind körperlich erschöpfter, haben Gliederschmerzen und Herz- sowie Magenbeschwerden (Lichte et al. 2005). Die meisten pflegenden Angehörigen scheinen die schwierige Pflegesituation ohne relevante psychische Störungen zu bewältigen (Sales et al. 1992), eine bedeutende Minderheit jedoch weist ein behandlungsbedürftiges Ausmaß an emotionaler Belastung oder psychischer Auffälligkeiten auf (Pitceathly/Maguire 2003; Strittmatter/Bengel 1998; Rodrigue/Hoffman 1994). Als psychische Beschwerden treten emotionale Störungen (33%), akute Belastungsreaktionen, posttraumatische Belastungsstörungen und Burn-out-Symptome (66%) auf (Adler et al. 1996). Gräbel (1998) berichtet, dass in seiner Untersuchung von 1911 Pflegenden über 50% stärkere körperliche Beschwerden als eine Normstichprobe haben. 74% sind erschöpft, 75% haben Gliederschmerzen und 60% Magen- bzw. 64% Herzbeschwerden.

Die Mortalität von pflegenden Angehörigen, die sich in ihrer Pflegerolle sehr belastet fühlten, lag bei einer anderen Studie innerhalb von vier Jahren 63 % über der von Nichtpflegenden und der von solchen Pflegenden, die sich nicht besonders belastet gefühlt hatten (Schulz/Beach 1999). Weitere Untersuchungsergebnisse aus dem Pflegebereich verweisen auf einen erhöhten Konsum psychotroper Medikamente, vor allem Beruhigungs- und Schlafmitteln bei der Hälfte der Angehörigen (Adler et al. 1996) und auf eine Schwächung der Immunabwehr, die möglicherweise zu den erhobenen längeren Krankheitsepisoden und häufigeren Arztbesuchen der Angehörigen geführt hat (Kiecolt-Glaser et al. 1991).

Inwieweit die Pflege eines Angehörigen die nachfolgenden Trauerprozesse beeinflussen kann, ist verschiedentlich untersucht worden. Bass und Bowman (1990) verglichen Daten von pflegenden Partnern und (erwachsenen) Kindern vor und nach dem Tod des Angehörigen. War die Pflege als schwierig angesehen worden und hatte sie stärkere negative Konsequenzen für die Familie, wurde auch die Trauer als schwierig und mit stärkerer Belastung für die ganze Familie beschrieben. Während die Autoren keine Unterschiede für die beiden Pflegegruppen fanden, waren bei Bernard und Guarnaccia (2003) nach dem Tod von Brustkrebspatientinnen jüngere pflegende Ehepartner eher durch Trauerprozesse belastet als erwachsene pflegende Töchter, die stärker durch Rollenbelastungen gekennzeichnet waren. Ein höheres Lebensalter schien in beiden Gruppen den Anpassungsprozess

zu erleichtern. Hingegen stellten Norris und Murrell (1987) fest, dass ältere Erwachsene größere Schwierigkeiten hatten während und nach der Pflege eines Angehörigen ihre eigene Gesundheit zu bewahren, wobei die nach dem Tod festgestellten Belastungen eher den Pflegebelastungen als der Trauer zu zuschreiben waren.

Untersuchung der Belastung pflegender Angehöriger bei Tumorpatienten im Palliativstadium

Im Folgenden soll eine Pflegesituation beispielhaft betrachtet werden. Dabei wird der Frage nachgegangen werden, wie belastet sind die Angehörigen von Krebspatienten, die sich in der palliativen Behandlungsphase befinden und was vermindert ihre Belastung. Hierzu wurden 111 Patienten und ihre Angehörigen befragt (Balck et al. 2006). Die Patienten waren 73 Männer und 38 Frauen und in einem Durchschnittsalter von 61 Jahren. Primär Diagnosen waren 53% Tumore des Verdauungstraktes, 13% gynäkologische Tumore, 8% Bronchialkarzinome, 9% CUP-Syndrome sowie weitere Tumore im Genitalbereich und Hirntumore.

Zur Feststellung der Einschränkung der Funktionsfähigkeit der Patienten wurde der Karnovski-Index erfragt. Zum Zeitpunkt der Untersuchung betrug dieser 63 Punkte, d. h. fast die Hälfte der Patienten war pflegebedürftig.

Die Angehörigen, 36 Männer und 74 Frauen, waren im Durchschnitt 58 Jahre alt. 87% der Partner waren Lebenspartner, 3% ein Elternteil, 7% ein Geschwister und 3% ein anderes Familienmitglied. 48% dieser pflegenden Angehörigen hatten vorhergehende Pflegeerfahrung mit anderen Personen. 52% der Pflegenden erhalten eine Unterstützung durch dritte Personen, zu meist aus der eigenen Familie.

Die Anforderung durch die Pflege lässt sich an verschiedenen Parametern ablesen, so z.B. am zeitlichen Aufwand der Pflege oder dem Umfang der Pflegeverrichtungen. Die mittlere aufgewendete Zeit pro Tag betrug 3,1 Stunden. Dabei war es unerheblich, ob der Patient im Krankenhaus oder zu Hause gepflegt wurde. Beim Krankenhausaufenthalt verlängerte sich die Zeit um eine Stunde. Der Pflegeaufwand wurde mit der Kurzsкала zur Erfassung der Pflegebedürftigkeit und Pflegeversorgung (PBV) von Linden, Gilberg und Schimpf (1998) erfasst. Die Übersicht (Tab. 1) veranschaulicht die von den Angehörigen erbrachten Pflegeleistungen und die von ihnen eingeschätzte Notwendigkeit der Hilfe. Deutlich wird die hohe Beanspruchung der Angehörigen durch die täglichen Hilfen im Bereich der Körperpflege, den Hilfen bei der Essenzubereitung und der Essensaufnahme sowie bei der Unterstützung bei motorischen Aktivitäten.

Tabelle 1: Benötigte Hilfen der Palliativpatienten durch die Angehörigen

Verrichtungen des täglichen Lebens	Hilfe notwendig?	Prozentuale Häufigkeiten				Tag u. Nacht
		1x wöchentlich	>1x wöchentlich	1-2x täglich	>2x täglich	
auf die Toilette gehen	48					78
Baden und Duschen	62			96		
Waschen, Kämmen, Zahnpflege	34			96		
Nahrungsaufnahme	45				96	
Nahrung schneiden	54				96	
Ankleiden	63			100		
Aufstehen von Bett und Stuhl	41					75
Stehen	43			68		
gehen	48			72		
Treppensteigen	73		68			
Verlassen der Wohnung	75	44	21			
Einkaufen	77		82			
Kochen und Küchenarbeit	81			96		
Wohnungsreinigung	83		76			
Wäscheversorgung	81		82			
Medikamente richten	53			96		
Telefonieren	31				76	

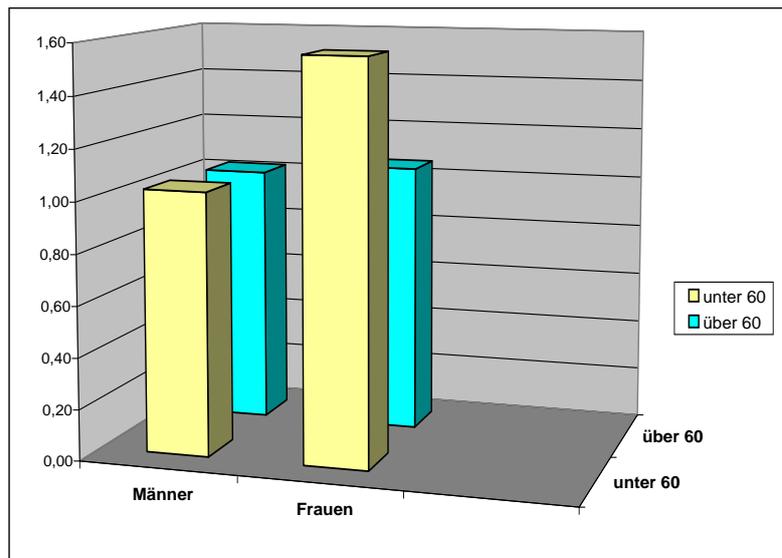
Bei 35,5% der Patienten besteht kein Pflegebedarf, d. h. von den Angehörigen werden keine Pflegeverrichtungen angegeben. Bei 20% der Angehörigen werden 9 bis 12 und bei weiteren 15% 13 bis 17 Pflegeverrichtungen bei den Palliativpatienten durchgeführt.

Auswirkungen der Pflege

Die Auswirkungen der Pflege bzw. der Palliativphase wurden bei den Angehörigen über drei Monate untersucht. Zusätzlich wurde gefragt, ob die funktionellen Einschränkungen des Patienten im Zusammenhang mit der psychischen Belastung des Partners stehen. Der globale Distress – gemessen mit der Symptom-Checkliste (SCL-K-9) – ist bei den Angehörigen

hoch signifikant erhöht gegenüber der Normalbevölkerung ($M = 1,25$; $SD = 0,76$; $n = 108$; Norm: $M = 0,41$; $SD = .51$; $N = 2057$; Klagholzer/Brähler 2001). Dabei sind die Frauen belasteter als die Männer ($p=0,03$). Dieser Unterschied bleibt auch über die drei Monate bestehen, wobei die psychische Gesamtbelastung sich nicht verringert. Im Detail betrachtet, zeigt sich ein deutlicher Anstieg der Depressivität im SCL bei beiden Geschlechtern über die Zeit ($M 1 = 2,91$; $SD = 1,28$; $M 2 = 3,25$; $SD = 1,29$; $n = 79$). Inwieweit ist die psychische Situation der pflegenden Frauen und Männer von dem Grad der funktionellen Einschränkung der Patienten abhängig? Es ist anzunehmen, dass Angehörige bei funktionell sehr eingeschränkten Patienten eine höhere Belastung erleben als jene mit einem funktionell kaum eingeschränkten Patienten. Zur Prüfung dieser Annahme wurde die Gruppe der Patienten am Karnofsky-Index (> 60 / <60) in zwei Gruppen geteilt. Pflegende Frauen mit einem funktionell eingeschränkten Patienten sind psychisch am stärksten belastet (s. Abb. 1).

Abbildung 1: Psychische Belastung (SCL-9) pflegender Frauen und Männer mit wenig bis stark funktionell beeinträchtigten Patienten

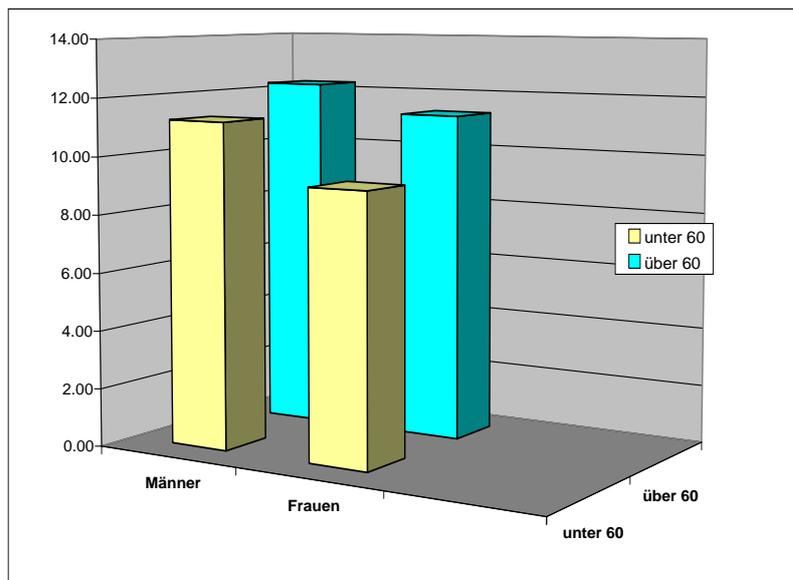


Der körperliche Zustand der Angehörigen wurde mit dem Giessener Beschwerdebogen (GBB-24, Brähler/Scheer 1995) sowie mit visuellen Analogskalen erfasst. 51 Angehörige (45,9%) geben keine körperlichen Beschwerden an. Die restlichen 54,1% berichten von mittel starken (33,3%) bzw. starken (11,7%) Schmerzen. 62 (55,9%) der 111 befragten Angehörigen erleben in der Pflegesituation körperliche Einschränkungen. Bei 27

Angehörigen sind diese mittel stark (24,3%) und bei 14 (12,6%) stark ausgeprägt. Der Beschwerdendruck der pflegenden Personen ist deutlich erhöht. Dabei nimmt die Erschöpfungsneigung über die drei Monate deutlich zu (t_1 : $M = 5,07$, $SD = 4,88$; t_2 : $5,95$, $4,33$; $p(t) < 0,01$).

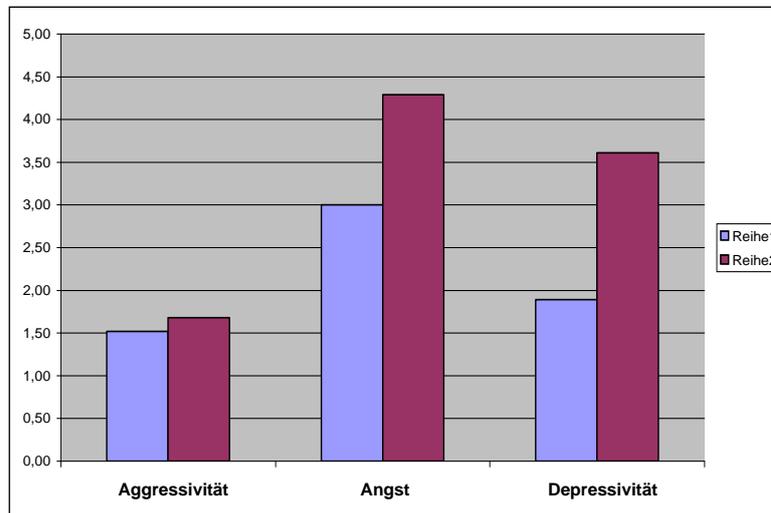
Können die Angehörigen die psychische Belastung durch entlastende Tätigkeiten kompensieren? Bei der Untersuchung dieser Frage wurde wiederum nach der funktionellen Einschränkung der Patienten und dem Geschlecht der Angehörigen differenziert, da die Belastungen dieser Angehörigen unterschiedlich ausfallen. Es zeigt sich, dass die Erholung der Frauen deutlich geringer ist als die der Männer und die Erholung bei den Angehörigen mit einem schwerer funktionell beeinträchtigten Patienten geringer (s. Abb. 2).

Abbildung 2: Mittlere Ausprägungen der Erholung der Angehörigen bei Patienten mit einem Karnofsky > 60 und < 60



Betrachtet man diese Angehörigen mit differierenden Belastungs-Erholungsverhältnissen in Bezug auf ihre psychische Belastungen, ergeben sich deutliche Unterschiede in der Angst und in der Depressivität (s. Abb. 3).

Abbildung 3: Unterschiede im psychischen Distress zwischen den Angehörigen mit der Kombinationen: hohe Belastung und geringe Erholung (2) und geringe Belastung und hohe Erholung (1)



Bewältigungsarten und Prävention

Durch welches Verhalten kann die Belastung der Angehörigen verringert werden? Es sind inter- und intrapsychische Variablen, die die körperlichen oder psychischen Belastungen der Angehörigen vermindern.

Als prominente Variable der ersten Gruppe ist die soziale Unterstützung zu nennen. Soziale Unterstützung kann definiert werden nach der Art (z.B. emotional, instrumental oder durch Informationen), durch die wahrgenommene Verfügbarkeit der Unterstützung und Zufriedenheit damit oder durch die Menge der Unterstützung. Emotionale Unterstützung, die mit Liebe, Respekt, Sympathie, Verständnis, Beruhigung und Bestärkung umschrieben werden kann, scheint bei Krebspatienten besonders wichtig zu sein (Helgeson/Cohen 1996). Auf Seiten der Angehörigen verbesserte sich ein Jahr nach Diagnose deren psychische Befindlichkeit, wenn sie glaubten die erhaltene soziale Unterstützung habe sich verbessert (Ell et al. 1998). Einen moderierenden Effekt sozialer Unterstützung fanden Schumacher et al. (1993), indem pflegende Partner psychisch weniger stark unter dem sich verschlechternden Zustand der palliativ behandelten Patienten litten, wenn sie sich unterstützt fühlten.

Bodenmann (1997) hat für die späte Inanspruchnahme von sozialer Unterstützung in Belastungssituationen eine Kaskadenhypothese vorgeschlagen, der zu Folge in Stresssituationen zunächst lange individuelle Strategien ver-

folgt werden, um bei Versagen dieser Bewältigungsversuche Hilfe zunächst im dyadischen, dann im familiären Kontext und erst im weiteren Prozess auch von externen Personen oder Institutionen zu suchen.

In diesem Zusammenhang interessant ist die Tatsache, dass wenig instrumentelle Unterstützung genutzt wird (Vetter et al. 1997; Halsig 1995). Hilfsmittel (z.B. spez. Krankbetten, Rollstühle, Gehhilfen) werden ebenso wie professionelle Hilfen (z.B. Gemeindefachkräften, ambulante Dienste) nur von wenigen genutzt. Auf Dienste greifen nur max. 12 % der Betroffenen zurück (Halsig 1995). Neben sozialen Normen (Pflege wird ausschließlich als Aufgabe der Familie angesehen) dürften Autonomiebestrebungen und Unabhängigkeitsbedürfnisse vieler pflegender Angehöriger eine Rolle spielen (Grande et al. 1997).

Intrapsychisches Präventions- bzw. Bewältigungsverhalten zieht auf vier Bereiche: die Information, die Kommunikation, die persönlichen Ressourcen und die emotionale Bewältigung.

Für den Angehörigen ist es bedeutsam, Informationen über die Erkrankung und die Behandlungsmöglichkeiten, die möglichen Hilfsmittel bei der Pflege und über gemeindenahere professionelle Hilfsangebote zu erlangen. Zusätzlich sollte er sich mit den eigenen Gedanken über die Erkrankung, seiner Vorstellung der Symptomatik, der Dauer und Beeinflussbarkeit der Erkrankung und den vermeintlich aus der Erkrankung resultierenden Konsequenzen für die Beziehung, die Familie und die Zukunft auseinandersetzen.

Präventiv wirkt ebenfalls die kritische Auseinandersetzung mit der partnerschaftlichen Interaktion mit den Fragen: was erleichtert, was erschwert die Hilfe? Bestehen Barrieren in der Kommunikation mit dem Kranken? Stützend kann auch das Gespräch mit dem behandelnden Arzt und den Pflegekräften sein. Wie Untersuchungen zur Belastungsregulierung zeigen (Balck et al. 2006), ist die Belastungs-Erholungs-Bilanz von entscheidender Bedeutung zur Vorbeugung körperlicher und psychischer Beanspruchung. Hinderlich bei der Planung und Ausübung von entlastenden Tätigkeiten können aber eigene Verbote sein („Ich kann doch nicht ins Kino gehen, wenn es meinem Mann so schlecht geht“) oder vermeintlich angenommene soziale Normen, was ein Angehöriger einer pflegebedürftigen Person zu tun hat.

Aus Befunden zu der oben angeführten kognitiven Stresstheorie von Lazarus lässt sich die präventive Wirkung des emotionalen Bewältigungsverhaltens für die Angehörigen ableiten. Während eigene Krankheitsängste, die Angst vor dem Tod und dem Verlust des Partners sowie Schuldvorwürfe, Wut und Ärger über die Situation die Belastung des Angehörigen eher verstärken, mildert sich die Belastung durch seine emotionale Autonomie, Gedanken zur Sinnhaftigkeit der Pflege und durch das Aufstellen positiver Lebensziele.

Diese Aspekte wurden erst kürzlich stärker beachtet (Nijboer et al. 2001; Folkman/Moskowitz 2000). Dazu wurden die positiven Affekte, die mit der Pflegesituation verbunden und als Bewältigungsmodus höchst wirksam sein können, untersucht. Nijboer et al. (2001) fanden in ihrer Stichprobe pflegender Angehöriger, dass diese ihre Lebensqualität durch einen Gewinn an Selbstwertgefühl aus der Pflege aufrechterhalten konnten. Bei Grbich et al. (2001) berichten viele Angehörige von der Befriedigung die letzte Zeit mit dem Patienten verbringen und ihre Zuneigung durch die Pflege zeigen zu können. Wenn der Patient diese Zuwendung erwidern konnte, erschien die Pflegebelastung geringer. Zahlreiche Pflegende empfanden auch Stolz darüber, trotz widriger Umstände, wenig Erfahrung und geringer Unterstützung die Pflege gut zu schaffen („doing a good job“).

Literatur

- Adler, C./Gunzelmann, T./Machold, C./Schumacher, J./Wilz, G. (1996): Belastungserleben pflegender Angehöriger von Demenzpatienten. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 29, S. 143-149
- Allen, S.M./Goldscheider, F./Ciambrone, D.A. (1999): Gender roles, marital intimacy, and nomination of spouse as primary caregiver. *The Gerontologist*, 39 (2), S. 150-158
- Bakas, T./Lewis, R.R./Parsons, J.E. (2001): Caregiving tasks among family caregivers of patients with lung cancer. *Oncology Nursing Forum*, 28 (5), S. 847-854
- Balck, F./Tchitchekian, G./Jahn, B. (2004): Pflegende Angehörige in der Palliativphase - Belastung und Beanspruchung. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 54, S. 84
- Balck, F./Tchitchekian, G./Jahn, B./Lehmann, H./Berth, H. (2006): Differentielle psychologische, psychosoziale und ökonomische Merkmale der ambulanten spezifischen Hauspflege und der stationären Klinikversorgung schwerkranker und sterbender Tumorpatienten. *Abschlußbericht Deutsche Krebshilfe*. Dresden, S. 70-2472
- Bass, D.M./Bowman, K. (1990): The transition from caregiving to bereavement: The relationship of care related strain and adjustment to death. *Gerontologist*, 30 (1), S. 35-41
- Bernard, L.L./Guarnaccia, C.A. (2003): Two models of caregiver strain and bereavement adjustment: a comparison of husband and daughter caregivers of breast cancer hospice patients. *Gerontologist*, 43, S. 808-816
- Bodenmann, G. (1997): Stress und Coping als Prozess. In: Tesch-Römer, C./Salewski, C./Schwarz, G. (Hrsg.). *Psychologie der Bewältigung*. Weinheim, S. 74-92
- Brähler, E./Scheer, J. (1995): *Gießener Beschwerdebogen (GBB)*. Göttingen
- Bruder, J. (1988): Filiale Reife – ein wichtiges Konzept für die familiäre Versorgung kranker, insbesondere dementer alter Menschen. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und –psychiatrie*, 1, S. 95-101

- Carey, P.J./Oberst, M.T./McCubbin, M.A./Hughes, S.H. (1991): Appraisal and caregiving burden in family members caring for patients receiving chemotherapy. *Oncology Nursing Forum*, 18 (8), S. 1341-1348
- Ell, K./Nishimoto, R./Mantell, J./Hamovitch, M. (1998): Psychological adaptation to cancer: A comparison among patients, spouses and non-spouses. *Family Systems Medicine*, 6, S. 335-348
- Folkman, S./Greer, S. (2000): Promoting psychological well-being in the face of serious illness: When theory, research and practice inform each other. *Psycho-Oncology*, 9 (1), S. 11-19
- Folkman, S./Moskowitz, J.T. (2000): Positive affect and the other side of coping. *American Psychologist*, 55, S. 647-654
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes. www.rki.de/gba/ (acc. 01.01.2005)
- Gräbel E. (1998): Belastung und gesundheitliche Situation der Pflegenden. Hohenhausen, Egelsbach
- Gräbel, E. (2000): Warum pflegen Angehörige? Ein Pflegemodell für die häusliche Pflege im höheren Lebensalter. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und –psychiatrie*, 13 (2), S. 85-94
- Grbich, C./Parker, D./Maddocks, I. (2001): The emotions and coping strategies of caregivers of family members with a terminal cancer. *Journal of Palliative Care*, 17 (1), S. 30-36
- Grande, G.E./Todd, C.J./Barclay, S.I. (1997): Support needs in the last year of life: patient and caregiver dilemmas. *Palliative Medicine*, 11, S. 202-208
- Halsig, N. (1995): Hauptpflegepersonen in der Familie: Eine Analyse ihrer situativen Bedingungen, Belastungen und Hilfsmöglichkeiten. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und –psychiatrie*, 8 (4), S. 263-272
- Helgeson, V.S./Cohen, S. (1996): Social support and adjustment to cancer: Reconciling descriptive, correlational, and intervention research. *Health Psychology*, 15 (2), S. 135-148
- Horowitz, A. (1985): Family caregiving to the frail elderly. In: Lawton, P./Maddox, G.L. (eds.): *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*. New York, S. 194-246
- Kallus, K.W./Uhlig, T. (2000): Erholungsforschung: Neue Perspektiven zum Verständnis von Stress. In: Bericht zum 42. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychologie. Göttingen, S. 364-380
- Karnofsky, D.A./Abel, W.H./Craver, L.F./Burchenal, J.H. (1948): The use of nitrogen mustards in the palliative treatment of carcinoma. *Cancer*, 2, S. 634-656
- Kiecolt-Glaser, J.K./Dura, J.R./Speicher, C.E./Trask, J./Glaser, R. (1991): Spousal caregivers of dementia victims: Longitudinal changes in immunity and health. *Psychosomatic Medicine*, 53, S. 345-362
- Klahofer, R./Brähler, E. (2001): Konstruktion und teststatistische Prüfung einer Kurzform der SCL-90-R. *Zeitschrift für klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 49 (2), S. 115-124
- Kriegsman, D.M./Penninx, B.W./Van Eijk, J. (1994): Chronic disease in the tems *Medicine*, 12, S. 249-267
- Lazarus, R.S./Folkman, S. (1984): *Stress, appraisal and coping*. New York
- Lichte, T./Beyer, M./Mand, P./Fischer, G.C. (2005): Die neue DEGAM-Leitlinie Nr. 6 „Pflegende Angehörige“. *Z Allg Med*, 81, S. 79-84

- Linden, M./Gilberg, R./Schimpf, S. (1998): Kurzsкала zur Erfassung der Pflegebedürftigkeit und Pflegeversorgung. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 31, S. 170-183
- Nijboer, C./Tempelaar, R./Sanderman, R./Triemstra, M./Spruijt, R.J./van den Bos, G.A.M. (1998): Cancer and caregiving: The impact on the caregiver's health. *Psycho-Oncology*, 7, S. 3-13
- Nijboer, C./Tempelaar, R./Triemstra, M./van den Bos, G.A.M./Sanderman, R. (2001): The role of social and psychologic resources in caregiving of cancer patients. *Cancer*, 91, S. 1029-1039
- Nijboer, C./Triemstra, M./Tempelaar, R./Sanderman, R./van den Bos, G.A. (1999): Determinants of caregiving experiences and mental health of partners of cancer patients. *Cancer*, 86 (4), S. 577-588
- Norris, F.H./Murrell, S.A. (1987): Older adult family stress and adaption before and after bereavement. *Journal of Gerontology*, 42 (6), S. 606-612
- Oberst, M.T./Thomas, S.E./Gass, K.A./Ward, S.E. (1989): Caregiving demands and appraisal of stress among family caregivers. *Cancer Nursing*, 12, S. 209-215
- Pearlin, L.I./Lieberman, M.A./Menaghan, E.A./Mullan, J.T. (1981): The stress process. *Journal of Health and Social Behavior*, 22, S. 337-356
- Pearlin, L.I./Mullan, J.T./Semple, S.J./Skaff, M.M. (1990): Caregiving and the stress process. An overview of concepts and their measures. *The Gerontologist*, 30, S. 583-594
- Pitceathly, C./Maguire, P. (2003): The psychological impact of cancer patients' partners and other key relatives: A review. *European Journal of Cancer*, 39, S. 1517-1524
- Rodrigue, J./Hoffman, III R. (1994): Caregivers of adults with cancer: Multidimensional correlates of psychological distress. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 1, S. 231-244
- Rossi Ferrario, S./Zotti, A.M./Massara, G./Nuvolone, G. (2003): A comparative assessment of psychological and psychosocial characteristics of cancer patients and their caregivers. *Psycho-Oncology*, 12, S. 1-7
- Sales, E./Schulz, R./Biegel, D. (1992): Predictors of strain in families of cancer patients: A review of the literature. *Journal of Psychosocial Oncology*, 10 (2), S. 1-26
- Schulz, R./Beach, S.R. (1999): Caregiving as a risk factor for mortality: The caregiver health effects study. *JAMA*, 282, S. 2215-2219
- Schumacher, K./Dodd, M./Paul, S. (1993): The stress process in family caregivers of persons receiving chemotherapy. *Research in Nursing & Health*, 16, S. 395-404
- Skaff, M.M./Pearlin, L.I./Mullan, J.T. (1996): Transitions in the caregiving career: Effects on the sense of mastery. *Psychology & Aging*, 11, S. 247-257
- Stoller, E.P. (1990): Males as helpers: The role of sons, relatives and friends. *The Gerontologist*, 30, S. 228-235
- Strittmatter, R./Bengel, J. (1998): Angehörige krebskranker Menschen-Belastungen und Möglichkeiten psychosozialer Unterstützung. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 42, S. 71-81
- Vetter, P./Steiner, O./Kraus, S./Kropp, P./Möller, W.D. (1997): Belastung der Angehörigen und Inanspruchnahme von Hilfen bei Alzheimerscher Krankheit. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie*, 10, S. 175-183

Einführung zum Setting Betrieb

Der Betrieb als „Produktionsstätte“ von Sachgütern und Dienstleistungen gehört zu den klassischen WHO-Settings; er ist als soziales System hinreichend abgrenzbar und bietet prinzipiell gute Rahmenbedingungen für die zügige Realisierung von Gesundheitsförderungsprogrammen. Legt man die Angaben der Bundesagentur für Arbeit zugrunde, gibt es in der Bundesrepublik Deutschland derzeit über 2 Millionen Betriebe mit fast 27 Millionen sozialversicherungspflichtig Beschäftigten. Diese Einrichtungen lassen sich nach Branche, Größe, Beschäftigtenzahl und ökonomischen Kennziffern (z.B. Umsatz, Rendite usw.) differenzieren, was durchaus Konsequenzen für die Aufgeschlossenheit gegenüber Strategien der Gesundheitsförderung hat (z.B. sind Großunternehmen hier i.d.R. engagierter).

Auch die in diesem Buch thematisierten Settings Schule, Kindergarten und die Institutionen sozialer Arbeit sind im übrigen jenseits ihrer originären, auf die Erbringung personaler Dienstleistungen ausgerichteten Zweckbestimmung zumeist kleine bzw. mittlere Betriebe mit Lehrern, Erziehern, Sozialpädagogen usw. als Beschäftigten, d.h. es gibt hier einen doppelten Settingbezug, den es bei der Konzeption gesundheitsfördernder Strategien zu beachten gilt.

Der Betrieb repräsentiert auch den zentralen Bezugspunkt für die Berufsbildung, insbesondere für die berufliche Qualifizierung im Rahmen der in Deutschland typischen dualen Berufsausbildung, die laut Berufsbildungsbericht 2007 von derzeit über 1,5 Millionen Jugendlichen absolviert wird. Damit eröffnet sich – neben dem Setting Schule (Berufsschule i.R. der dualen Berufsausbildung, Berufsfachschule für vollschulische Berufsausbildungen, Fachschule für berufliche Weiterbildungen) – ein weiterer Ansatzpunkt für auf Jugendliche und junge Erwachsene zielende Gesundheitsförderungsmaßnahmen. Da der betrieblichen Sozialisation hinsichtlich der Entwicklung beruflicher Haltungen und Routinen sogar eine ungleich größere Bedeutung als dem Setting berufliche Schule zukommt, sind gesundheitsfördernden Interventionsstrategien im Setting Betrieb gute Erfolgsaussichten einzuräumen.

Resümiert die obigen Hinweise kommt dem Setting Betrieb allein schon unter dem Gesichtspunkt der Erreichbarkeit einer möglichst breiten Bevölkerungsgruppe für Gesundheitsförderungskonzepte eine große Relevanz zu.

Im Rahmen der Institution Betrieb ergeben sich spezifische Herausforderungen für Gesundheitsförderungsprogramme (z.B. „Evidenzbasierung“),

zu denen es in der Fachdiskussion unter dem Stichwort „betriebliche Gesundheitsförderung“ eigene Foren gibt und für die mitunter an einigen Hochschulen auch schon eigene Professuren denominiert wurden. Ein plakativer Hinweis darauf, dass Gesundheitsförderung ein zentrales Thema für Betriebe ist, sind z.B. die in den Medien regelmäßig und prominent notierten Krankheits- bzw. Fehlzeiten der Beschäftigten, wengleich dieser Parameter in der gesellschaftlichen Wahrnehmung auch als Indikator für andere Variablen gilt (z.B. Arbeitshaltung; Arbeitsatmosphäre, Angst vor Arbeitsplatzverlust usw.). Dass den Krankheits- und Fehlzeiten in Betrieben eine solche Aufmerksamkeit zuteil wird, resultiert primär aus dem Interesse an der Erhaltung des Produktionsfaktors Arbeit und somit einem ökonomischen Kalkül („Humankapital“). Von Seiten der Betriebe werden daher - z.T. aufgrund entsprechender rechtlicher Vorgaben bzw. der Forderung der Sozialversicherungsträger - Strukturen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes (z.B. Betriebsarzt, Gesundheitsszirkel u.ä.) vorgehalten. Gesundheitsförderung findet sich aber auch zunehmend als Zielgröße in Selbstdarstellungen von Unternehmen („Leitbilder“), spielt bei Maßnahmen der Personalentwicklung eine Rolle und repräsentiert einen Bezugspunkt für die Veränderung organisationaler Strukturen und Entscheidungsprozesse im Rahmen von Qualitätsentwicklungskonzepten (Stichwort „lernende Organisation“).

Die folgenden beiden Beiträge vertiefen und erweitern die vorgenannten Ausführungen, allerdings mit unterschiedlichen Akzentsetzungen. Während *Britta Wulforth* in ihrem Beitrag „Gesundheitsförderung und Prävention im Betrieb“ die mit dieser Themenstellung korrespondierenden terminologischen und rechtlichen Grundlagen, einschlägige Zielsetzungen, Themenbereiche und exemplarische Ergebnisse einschlägiger Studien darstellt und diskutiert, setzen sich *Georg Hörmann & Andreas Weber* in Ihrem Beitrag „Psychosoziale Gesundheit im Beruf – vom Humankapital zur Humanität?“ in grundsätzlicherer Art und Weise mit der Entwicklung der Arbeits- und Berufswelt und insbesondere den salutogenen Chancen und spezifischen Gefährdungen des „Neuen Arbeitsmarktes“ auseinander.

Der dritte in diesen Setting-Komplex aufgenommene Beitrag von *Thomas Bals & Britta Wulforth* „Gesundheitsförderung als Beruf“ fügt sich hier zwar begrifflich ein, fällt systematisch betrachtet jedoch insofern aus der Reihe, als hier kein einzelnes Setting thematisiert wird, sondern im Sinne einer Querschnittsbetrachtung die Berufsoption einer auf (ggf. ausgewählte) Settings bezogenen gesundheitsfördernden Tätigkeitsperspektive untersucht wird. Angesichts der Tatsache, dass die Realisierung von Gesundheitsförderungsprogrammen in den Settings (und gerade auch in Betrieben) auf professionelle Akteure mit entsprechenden Kernkompetenzen angewiesen ist, erscheint es aber sinnvoll, den Beitrag hier zu platzieren.

Gesundheitsförderung und Prävention im Betrieb

Der Betrieb ist vergleichsweise früh als Handlungsfeld oder Setting gesundheitsfördernder und präventiver Interventionen im Sinne der Ottawa-Charta berücksichtigt worden (WHO 1986). So wird der Begriff „Betriebliche Gesundheitsförderung“ in der Regel mit Maßnahmen nach §20 des Sozialgesetzbuches V, das Aufgaben und Zuständigkeiten der Gesetzlichen Krankenversicherung regelt, in Verbindung gebracht (SGB V 2004). Mit der Wahl des Titels dieses Beitrags ist bewusst nicht dieser Begrifflichkeit gefolgt worden, weil mindestens ein weiterer zentraler Kostenträger hinsichtlich seines gesetzlichen Auftrags sowie konkreter Ergebnisse für präventive und gesundheitsfördernde Maßnahmen im Betrieb berücksichtigt werden muss: Die Gesetzliche Unfallversicherung. Zudem ist eine Unternehmerperspektive zu berücksichtigen, die sich zum Teil ebenfalls aus gesetzlichen Verpflichtungen herleiten lässt, zum Teil jedoch auch aus betriebswirtschaftlichen Zielsetzungen – wie der Produktivitätssteigerung durch geringe Krankenstände und motivierte Mitarbeiter – sowie ethischen Verpflichtungen gegenüber den Arbeitnehmern resultieren kann. Mit einer erweiterten Perspektive auf unterschiedliche Zielsetzungen, Zielgruppen, methodische Vorgehensweisen und Akteure/Kostenträger soll aufgezeigt werden, wie die bisher durch sektorierte Zuständigkeiten erkennbare Abschottung vermieden werden kann. Ziel dieses Beitrags ist es auch, die Frage nach messbaren Erfolgen für gesundheitsfördernde und präventive Maßnahmen im Betrieb zu stellen bzw. mit Beispielen zu belegen und nach Standards für diese Maßnahmen zu fragen.

Im Folgenden sollen aus diesen Gründen zunächst einige zentrale Begriffe diskutiert und die rechtlichen Grundlagen und Zuständigkeiten für Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung im Betrieb skizziert werden. Ausgehend von der Frage nach Leitorientierungen sowie nach internationalen und nationalen Standards bzw. „Good-Practice-Modellen“ und Qualitätskriterien werden Zielsetzungen, Themenbereiche und exemplarisch Ergebnisse dargestellt und diskutiert. Ein Qualitätskriterium (nicht nur) für Prävention und Gesundheitsförderung im Betrieb ist zudem die Kompetenz bzw. Kompetenzentwicklung auf der Basis von Aus-, Fort- und Weiterbildung für die in der beruflichen Bildung tätigen Personen, wobei

ein Zusammenhang zu pädagogisch akzentuierten Ausbildungsgängen hergestellt werden soll.

Begriffsverständnis und gesetzliche Grundlagen

Im Folgenden soll keine Begriffsklärung im Sinne systematischer Definitionen erfolgen, vielmehr sollen die für diesen Beitrag zentralen Begriffe kurz und vor allem in ihrem Zusammenhang und den mit einzelnen Begriffen verbundenen gesetzlich geregelten Zuständigkeiten skizziert werden.

Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention arbeiten mit denselben Zielgrößen: Reduktion der Krankheitslast und Steigerung des Wohlbefindens in der Bevölkerung. Gesundheitsförderung betont dabei mehr die Stärkung positiver Gesundheitsressourcen, d.h. es handelt sich um eine Promotionsstrategie. Bei der Prävention steht eine Vermeidungsstrategie, die auf die Reduktion spezieller Risiken abzielt, im Vordergrund. Beide können sowohl mit dem Individuum arbeiten oder an der Struktur, den Verhältnissen, dem sog. „Setting“ ansetzen respektive beides kombinieren und stehen in einem Ergänzungsverhältnis (Schwartz 2000, S. 236, Hurrelmann/Laaser 2006, S. 752). Trojan (2002, S. 198) ordnet den Begrifflichkeiten Prävention und Gesundheitsförderung paradigmatische Theorieansätze zu. So stünde in der Prävention die Leitfrage „Wie entsteht Krankheit“ für eine pathogenetische Ausrichtung von Modellen der Krankheitsverhütung und in der Gesundheitsförderung spiegele die Frage „Wie entsteht Gesundheit“ ein salutogenetisch ausgerichtetes Theoriemuster wider.

Der Settingansatz verfolgt die Strategie, Interventionsaktivitäten in sozialen Systemen durchzuführen, wobei diese als „Setting“ bezeichnet werden. Ein Setting ist demnach z.B. eine Schule oder ein Betrieb. In einem Setting wirken eine Vielzahl relevanter Umwelteinflüsse auf eine bestimmte Personengruppe ein, die als Mitglieder desselben auch Einfluss auf die Gestaltung der Bedingungen für Gesundheit haben. Demnach kann das Setting „Betrieb“ als der Ort skizziert werden, an dem Arbeitnehmer den größten zusammenhängenden Teil ihres Tages verbringen (Hurrelmann/Laaser 2006, S. 771).

Arbeitsschutz und betriebliche Gesundheitsförderung werden häufig als konkurrierendes Begriffspaar verwendet, wenn es um die Darstellung unterschiedlich legitimierter Interventionen zur Prävention und Gesundheitsförderung in Betrieben geht. Das Verhältnis zwischen Arbeitsschutz und betrieblicher Gesundheitsförderung wird mitunter als „schwierig“ bezeichnet, es sei geprägt von gegenseitiger Kritik, wechselseitigem Unverständnis, Konkurrenz und seltenen, dann eher schwerfälligen Kooperations- und Integrationsbemühungen (Kuhn/Kayser 2001, S. 19). Historisch ist der Begriff der „Betrieblichen Gesundheitsförderung“ mit der Aufnahme von Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung in den Leistungskata-

log der gesetzlichen Krankenversicherung Ende der 1980er Jahre geprägt worden. Klassische Handlungsfelder für Maßnahmen der Krankenkassen sind und waren beispielsweise die Bereiche Bewegung, Stress, Ernährung, Rauchen, Alkohol etc.

Nach zwischenzeitlichen Kürzungen sollen die Krankenkassen seit dem Jahr 2000 mit dem § 20 Abs. 1 und 2 Sozialgesetzbuch V (SGB V 2004) der Primärprävention und der betrieblichen Gesundheitsförderung erneut größere Aufmerksamkeit widmen. Im § 20 Abs. 1 SGB V ist die Primärprävention zu einer gesetzlichen Aufgabe der Krankenkassen erklärt worden. Zielsetzung ist, durch Leistungen der Primärprävention den allgemeinen Gesundheitszustand zu verbessern und insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen zu leisten. Bezüglich der betrieblichen Gesundheitsförderung ist der Absatz 2 des §20 SGB V von größerer Bedeutung. Hier ist festgelegt, dass die Krankenkassen den Arbeitsschutz ergänzende Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung durchführen können. In diesem Absatz werden die Krankenkassen zudem zur Kooperation mit Unfallversicherungsträgern bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren verpflichtet.

Arbeitssicherheit bzw. Arbeitsschutz sind Begrifflichkeiten, die mit dem Aufgabengebiet der gesetzlichen Unfallversicherungsträger bzw. der staatlichen Stellen für Arbeitsschutz verbunden sind. Im Gegensatz zum Begriff „Gesundheitsförderung“ ist der Begriff „Arbeitsschutz“ und implizit auch der Begriff „Arbeitssicherheit“ juristisch durch das Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG 2004) definiert. So heißt es dort in

§1 (1) Dieses Gesetz dient dazu, Sicherheit und Gesundheitsschutz der Beschäftigten bei der Arbeit durch Maßnahmen des Arbeitsschutzes zu sichern und zu verbessern. Es gilt in allen Tätigkeitsbereichen.

In §2 werden Maßnahmen des Arbeitsschutzes definiert:

- (1) Maßnahmen des Arbeitsschutzes im Sinne dieses Gesetzes sind Maßnahmen zur Verhütung von Unfällen bei der Arbeit und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren einschließlich Maßnahmen der menschengerechten Gestaltung der Arbeit.

Die Ämter für Arbeitsschutz sind die zuständigen (staatlichen) Behörden, um die Einhaltung des Arbeitsschutzgesetzes zu überwachen (Leichsenring 1999).

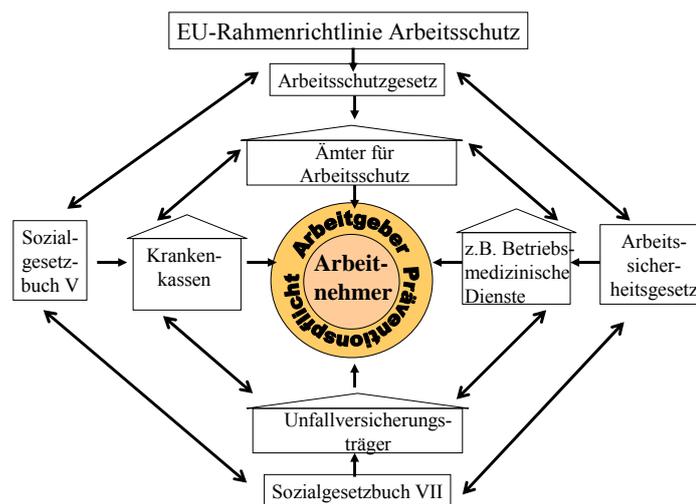
Die Aufgaben der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung überschneiden sich zum Teil mit denen der Ämter für Arbeitsschutz, zum Teil sind sie jedoch klar und spezifisch definiert.

Als neuester Begriff wurde 1997 „Arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren“ in das Arbeitsschutzgesetz (ArBSchG 2004) bzw. in das Sozialgesetzbuch VII (SGB VII 2004) eingebracht. Demzufolge hat der Arbeitgeber die Pflicht,

unter Mitwirkung seiner versicherten Arbeitnehmer, Maßnahmen zur Verhütung von arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren durchzuführen. Der Präventionsauftrag der gesetzlichen Unfallversicherung bezieht sich nun auf die Verhütung von Unfällen (Arbeits- und Wegeunfälle) und Berufskrankheiten sowie arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren (Dittmann/Müller 1999).

Trotz eingehender Regelungen bestehen auch heute noch Abgrenzungsprobleme und Spannungen zwischen dem staatlichen Arbeitsschutz und den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung. Um die Diversität der Zuständigkeiten und Aufgaben bezüglich Arbeitsschutz und betrieblicher Gesundheitsförderung in Deutschland zu verdeutlichen, ist die Abbildung 1 erstellt worden, ohne mit dieser Übersicht einen Anspruch auf Vollständigkeit erheben zu wollen.

Abbildung 1: Aufgaben und Zuständigkeiten für Arbeitsschutz und betriebliche Gesundheitsförderung in Deutschland



Auf europäischer Ebene wird – eingeführt durch das European Network for Workplace Health Promotion¹ – seit einiger Zeit versucht, unterschiedliche

¹ European Network for Work Health Promotion (ENWHP), Gründung 1986, Grundlage ist das Gemeinschaftsprogramm der Europäischen Union zur Gesundheitsförderung, -aufklärung und -erziehung, Förderung durch die Europäische Kommission, Mitglieder sind zum größten Teil staatliche Institutionen des Arbeitsschutzes und des Öffentlichen Gesundheitsdienstes.

Zielsetzungen, Akteure, Maßnahmen und Subsettings der Prävention und Gesundheitsförderung im Betrieb unter dem Begriff „Workplace Health Promotion“ (WHP) zu subsumieren. Ins Deutsche übersetzt, kann von arbeitsplatzbezogener Prävention und Gesundheitsförderung gesprochen werden. Dieser Systematik folgend sollte dann auch nicht mehr von „betrieblicher“ Gesundheitsförderung oder Gesundheitsförderung im Betrieb gesprochen werden, sondern von arbeitsplatzbezogener Gesundheitsförderung und Prävention, durchgesetzt hat sich diese Begrifflichkeit im Deutschen allerdings noch nicht. Auf übergeordneter Ebene fallen somit alle Arbeitsplätze in das Setting „Arbeitsplatz“, das viele spezifische Settings in unterschiedlichen Organisationen umfasst. Unterschieden werden hier insbesondere große Organisationen/Betriebe, kleine und mittelgroße Betriebe, Öffentliche Verwaltungen, Gesundheitsdienst und Wohlfahrtsorganisationen, Bildungs- und Trainingseinrichtungen – insbesondere Schulen.

Leitlinien und Grundsätze für Arbeitsweltbezogene Prävention und Gesundheitsförderung

Neben der WHO-Ottawa-Charta für Gesundheitsförderung (WHO 1986), die allgemeine Zielsetzungen für Gesundheitsförderungsmaßnahmen in verschiedensten Settings formuliert und an anderer Stelle in diesem Band ausführlich dargestellt ist, ist für den Bereich der Arbeitsweltbezogenen Prävention und Gesundheitsförderung die „Luxembourg-Declaration on Workplace Health Promotion in the European Union“ als zentrale Leitorientierung zu nennen (Luxembourg Declaration, ENWHP 1997). Die im Weiteren als „Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung“ bezeichnete Leitlinie ist von den Mitgliedern des Europäischen Netzwerkes für betriebliche Gesundheitsförderung verabschiedet worden. Hier ist eine gemeinsame Definition betrieblicher Gesundheitsförderung erfolgt und es sind Grundsätze formuliert worden, die insbesondere Anforderungen an die Qualität betrieblicher Gesundheitsförderungsmaßnahmen benennen. Nach der Luxemburger Deklaration ist „Workplace Health Promotion“ eine moderne Unternehmensstrategie, die sich die Prävention von arbeitsplatzbedingten Erkrankungen einschließlich Unfällen, Berufskrankheiten und Stress sowie eine Steigerung gesundheitsfördernder Potentiale und des Wohlbefindens bei Beschäftigten zum Ziel gesetzt hat. „Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) umfasst alle gemeinsamen Maßnahmen von Arbeitgebern, Arbeitnehmern und Gesellschaft zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz. Dies kann durch eine Verknüpfung folgender Ansätze erreicht werden:

- Verbesserung der Arbeitsorganisation und der Arbeitsbedingungen
- Förderung einer aktiven Mitarbeiterbeteiligung

- Stärkung persönlicher Kompetenzen.“ (Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union 1997, Deutsche Übersetzung).

Es werden eine Reihe von Faktoren genannt, die die Gesundheit von Beschäftigten beeinflussen. Hierzu zählen u.a. die Unternehmensleitlinien bzw. Unternehmenskultur einschließlich Führungsprinzipien, die Arbeitsorganisation, die es den Beschäftigten idealerweise ermöglicht, ein ausgeglichenes Verhältnis zwischen Arbeitsanforderungen, eigenverantwortlichem Arbeiten und sozialer Unterstützung vorzufinden, eine Personalpolitik, die Gesundheitsförderungsziele aktiv integriert sowie eine Integration des Arbeitsschutzes.

Folgende konkrete Leitlinien, die zur Orientierung dienen sollen, sind in der Luxemburger Deklaration formuliert:

1. „Die gesamte Belegschaft muss einbezogen werden (Partizipation).
2. BGF muss bei allen wichtigen Entscheidungen und in allen Unternehmensbereichen berücksichtigt werden (Integration).
3. Alle Maßnahmen und Programme müssen systematisch durchgeführt werden: Bedarfsanalyse, Prioritätensetzung, Planung, Ausführung, kontinuierliche Kontrolle und Bewertung der Ergebnisse (Projektmanagement).
4. BGF beinhaltet sowohl verhaltens- als auch verhältnisorientierte Maßnahmen. Sie verbindet den Ansatz der Risikoreduktion mit dem des Ausbaus von Schutzfaktoren und Gesundheitspotentialen (Ganzheitlichkeit).“ (Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union 1997, Deutsche Übersetzung).

Gemeinsame Leitlinie der Spitzenverbände der Krankenkassen

Auf nationaler Ebene ist als Leitlinie u.a. für die betriebliche Gesundheitsförderung die der Spitzenverbände der Krankenkassen zu nennen. In der jüngsten Fassung des „Leitfadens Prävention“ von 2006 werden „Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien zur Umsetzung von § 20 Abs. 1 und 2 SGB V“ vorgelegt (Leitfaden Prävention 2006). Hier sind prioritäre Handlungsfelder und Kriterien festgelegt, die für Maßnahmen der Primärprävention und den Arbeitsschutz ergänzende Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung durch die Krankenkassen verbindlich gelten.

Unter der Zielsetzung, Krankheitsrisiken und Belastungen einzudämmen bzw. ihre Entstehung zu verhindern und Gesundheit zu fördern, werden un-

terschiedliche Interventionen und Strategien genannt. Im Wesentlichen unterscheidet der Leitfaden zwei Ansätze, die miteinander zu verbinden seien:

- Interventionen, die primär auf Lebensräume abzielen und durch Strukturbildung Gesundheit fördern (Setting-Ansatz) und
- Interventionen, die auf den einzelnen Menschen und sein Verhalten ausgerichtet sind und die die individuellen Fähigkeiten und Möglichkeiten einer gesunden, Störungen und Erkrankungen vorbeugenden Lebensführung aufzeigen (Individueller Ansatz).

Mit beiden Zugangswegen sollen insbesondere Personen mit sozial bedingt ungünstigeren Gesundheitschancen erreicht werden. Dabei sind auch die unterschiedlichen Bedürfnisse zu berücksichtigen, die sich auf Grund geschlechtsspezifischer Unterschiede ergeben.

Hinsichtlich der Legitimation der Leitlinie, in der Qualitätsnachweise gefordert werden, wird darauf verwiesen, dass für Präventions- bzw. Gesundheitsförderungsangebote nach § 20 SGB V die gleichen Rahmenbedingungen wie für andere Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (vgl. § 12 Abs. 1 SGB V) gelten. Danach müssen "die Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen."

In Übereinstimmung mit den oben genannten Grundsätzen der Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung wird die Kooperation aller beteiligten betriebsinternen und externen Akteure als grundsätzliche Anforderung formuliert. Beschrieben werden ferner Anforderungen an die Anbieter der Maßnahmen, die Krankenkasse und die Betriebe, die Voraussetzungen für den Erfolg einer Maßnahme im betrieblichen Setting sind. So sollen Anbieter einen Nachweis über eine adäquate Qualifikation und einen Qualitätsnachweis für ihr Angebot erbringen. Hierzu müssen Aussagen zur konkreten Indikation einer Maßnahme, zur Qualitätssicherung (Qualifikationsanforderungen an die Durchführenden, Zielgruppe, Handlungsinhalte und -ziele, Methodik), Wirksamkeit, Dokumentation und Evaluation getroffen werden. Die Krankenkassen haben Bedarfserhebungen durchzuführen (Ermittlung von Risiken, Risikofaktoren und Gesundheitspotenzialen der Beschäftigten). Die in diesem Leitfaden formulierten Anforderungen an die Betriebe entsprechen den oben aufgeführten Kriterien der Luxemburger Deklaration.

Im Leitfaden Prävention wird als eine grundsätzliche Voraussetzung einer individuellen präventiven Intervention gefordert, dass die Wirksamkeit der Intervention nachgewiesen ist. Dies könne in Expertisen, Studien oder Metaanalysen (Evidenzbasierung) erfolgen.

Qualitätskriterien

Basierend auf der Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung von 1997 des Europäischen Netzwerks zur betrieblichen Gesundheitsförderung und in Anlehnung an das Modell der European Foundation for Quality Management hat das Netzwerk Qualitätskriterien für die betriebliche Gesundheitsförderung vorgelegt, die folgenden Bereichen zugeordnet worden sind:

1. Betriebliche Gesundheitsförderung und Unternehmenspolitik:

Eine wesentliche Voraussetzung für den Erfolg betrieblicher Gesundheitsförderung besteht darin, dass sie als Führungsaufgabe wahrgenommen wird und in größeren Betrieben in bestehende Managementsysteme integriert wird. Dies schließt auch Organisations- und Personalentwicklungsmaßnahmen ein.

2. Personalwesen und Arbeitsorganisation:

Die wichtigste Aufgabe gesundheitsgerechter Personalführung und Arbeitsorganisation besteht darin, die Fähigkeiten der Mitarbeiter bei der Arbeitsgestaltung zu berücksichtigen. Für den Erfolg betrieblicher Gesundheitsförderung ist dabei ausschlaggebend, dass alle Mitarbeiter bzw. deren gewählte Vertreter (Betriebs- bzw. Personalrat) möglichst weitgehend an Planungen und Entscheidungen beteiligt werden (Partizipation).

3. Planung betrieblicher Gesundheitsförderung:

Betriebliche Gesundheitsförderung ist dann erfolgreich, wenn sie auf einem klaren Konzept basiert, das fortlaufend überprüft, verbessert und allen Mitarbeitern bekannt gemacht wird.

4. Soziale Verantwortung:

Für den Erfolg betrieblicher Gesundheitsförderung ist auch entscheidend, ob und wie die Organisation ihrer Verantwortung im Umgang mit den natürlichen Ressourcen gerecht wird. Soziale Verantwortung schließt die Rolle der Organisation auf lokaler, regionaler, nationaler und supranationaler Ebene in Bezug auf die Unterstützung gesundheitsfördernder Initiativen ein.

5. Umsetzung betrieblicher Gesundheitsförderung:

Betriebliche Gesundheitsförderung umfasst Maßnahmen zur gesundheitsgerechten Arbeitsgestaltung und Unterstützung gesundheitsgerechten Verhaltens. Erfolgreich ist sie dann, wenn diese Maßnahmen dauerhaft miteinander verknüpft sind und systematisch durchgeführt werden. (Europäisches Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung 1999).

Handlungsfelder

Im Leitfaden Prävention (2006) werden als prioritäre thematische Handlungsfelder für betriebliche Gesundheitsförderung auf der Basis der Bedarfserhebung nach aktueller Literaturlage die folgenden Bereiche und Präventionsprinzipien genannt, deren Wirksamkeit zumindest ansatzweise belegt ist:

- Arbeitsbedingte körperliche Belastungen
Präventionsprinzip: Vorbeugung und Reduzierung arbeitsbedingter Belastungen des Bewegungsapparates
- Betriebsverpflegung
Präventionsprinzip: Gesundheitsgerechte betriebliche Gemeinschaftsverpflegung
- Psychosoziale Belastungen
Präventionsprinzip: Förderung individueller Kompetenzen zur Stressbewältigung am Arbeitsplatz, Gesundheitsgerechte Mitarbeiterführung
- Suchtmittelkonsum
Präventionsprinzip: Rauchfrei im Betrieb; Punktnüchternheit (Null Promille am Arbeitsplatz) bei der Arbeit.

Evidenzbasierte Prävention und Gesundheitsförderung

Im Hinblick auf Prävention und Gesundheitsförderung wird erst in den letzten Jahren die Entwicklung von Qualitätsstandards diskutiert, wobei vor allem in Anlehnung an die Evidence-based-medicine-Debatte die Einführung einer Evidence-based-health-promotion diskutiert wird, die eng verbunden ist mit der Definition von „Best-practice-Modellen“ (vgl. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2001, McQueen 2001, IUHPE 1999, SAJPM 2000, Luber/Geene 2004). Diesbezüglich müssen zwei Ebenen der Fachdiskussion unterschieden werden: Zum einen geht es um die Festlegung von Qualitätskriterien, die sich z.B. auf die strukturelle, inhaltliche und konzeptionelle Schwerpunktsetzung von Programmen beziehen. Zum anderen steht die Frage nach geeigneten Evaluationsmethoden im Mittelpunkt der Diskussion (Ader et al. 2001; IUHPE 1999, Marks/Sykes 2002). Hier ist als Promotor der Qualitätsentwicklung vor allem die EU-gestützte Netzwerkbildung – bezogen auf Prävention und Gesundheitsförderung im Betrieb, das „European Network of Workplace Health“ – zu erwähnen. Die Evaluation von Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung kann einen innovativen Beitrag zur Entwicklung von Good-Practice-Modellen im Sinne der Zielsetzungen des genannten europäischen Netzwerkes darstellen. Um Investitionen in Gesundheitsförderung und Prävention zu legitimieren, wird Qualitätssicherung als entscheidender Faktor verstanden (Lehmann/Töppich 2002).

Der Qualitätsbegriff kann nach einem von Donabedian (1968) etablierten Konzept systematisiert werden in drei Qualitätsdimensionen: die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität.

Hinsichtlich der Strukturqualität kann angenommen werden, dass eine positive Korrelation zwischen der Qualität der eingesetzten Mittel und der Qualität der Maßnahme besteht. So bewirkt qualifiziertes Personal und eine hochwertige technische Ausstattung sowie Organisation eine gute Präventionsdienstleistung (notwendige aber nicht hinreichende Voraussetzung). Die Messung der Ergebnisqualität (sind Ziele erreicht worden?) erfolgt entweder direkt oder über Indikatoren. Indikatoren werden zur Beschreibung und Beurteilung der Qualität herangezogen und sollen konkrete Aussagen über deren Zustand und Entwicklung ermöglichen. Ein Indikator dient als Ersatzmaß für die Erhebung von Informationen über bzw. die Messung von Phänomenen, die selbst nicht direkt gemessen werden können (Wetzstein et al. 2005).

Unter dem Schlagwort „Evidenzbasierte betriebliche Prävention und Gesundheitsförderung“² ist die Frage nach der Ableitung belastbarer und zuverlässiger Qualitätskriterien für gesundheitsfördernde und präventive Maßnahmen im Betrieb zu stellen. Hierunter ist die Berücksichtigung systematischer Auswertungen von so genannten Metaanalysen zu verstehen.

Kreis und Boedecker (2003) haben die bisher umfangreichste Zusammenstellung der wissenschaftlichen Evidenz vorgenommen, in der sowohl der gesundheitliche als auch der ökonomische Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention bewertet wird. Zusammenfassend ist festzustellen, dass eine Fülle von Einzelstudien und auch Reviews für den Bereich der Verhaltensprävention vorliegt, die jedoch in der Regel nur isolierte Zielsetzungen von Interventionen beleuchten (z.B. nur Nichtraucher-Programme) und es für den Bereich der Verhältnisprävention sehr wenig verwertbare Reviews gab. Zudem merken die Autoren an, dass die hohe Quantität der Studien zur betrieblichen Prävention und Gesundheitsförderung nicht mit ihrer Qualität korreliert und nur in wenigen Fällen die Kriterien für eine hohe methodische Qualität von Studien eingehalten worden sind. So sind die methodischen Mängel der meisten Studien auf ein präexperimentelles Design ohne Kontrollgruppen, einen zu kurzen Nachuntersuchungszeitraum, eine hohe Zahl an „Drop-Outs“, eine Selbstselektion (fehlende Randomisierung) und zu kleine Stichproben sowie ungeeignete Instrumente zur Effektmessung zurückzuführen. Kritisch merken die Autoren an, dass es offensichtlich einen Zusammenhang gebe zwischen dem Design der Studien und den Ergebnissen. So wiesen die methodisch schwachen präexperimentellen Studien ohne Kontrollgruppen zu 100% ermutigende

2 Mit Evidenz wird hier ein verlässlicher Wissensstand bezeichnet, der Aussagen darüber erlaubt, ob mit geplanten oder durchgeführten Maßnahmen die gesetzten Ziele erreicht werden können.

Ergebnisse vor, während dieser Anteil bei den experimentellen Studien mit randomisierter Kontrollgruppe bei 22% läge.

In der Erhebung von Kreis und Boedecker sind Studien zu den verschiedensten Handlungsfeldern berücksichtigt worden (Programme zu körperlicher Aktivität, zu Ernährung und Cholesterinspiegel, zur Gewichtskontrolle, Raucher- und Alkoholprogramme, Stressmanagement-Programme und Rückenschulen sowie vereinzelt vorliegende Studien zu Mehrkomponenten-Programmen). Unter Verweis auf die methodischen Mängel vieler Studien kommen die Autoren zu dem vorsichtigen Fazit, die Befundlage indiziere, dass mehrfaktorielle, umfassende Gesundheitsförderungsprogramme, die auf multiple Risikofaktoren fokussierten, das Risiko für chronische Erkrankungen bei den Beschäftigten reduzieren könnten. Die Verringerung der mit Fehlzeiten verbundenen Kosten beziffern die Autoren auf der Basis berücksichtigter Metaanalysen mit 34%, auch seien Maßnahmen der Gesundheitsförderung mit geringeren Gesundheitsausgaben (z.B. weniger Arztkonsultationen) verbunden und der „Return of Investment“ wird auf der Basis einer randomisierten und kontrollierten Studie mit 1:2,3 bis 1:5,9 angegeben (Kreis/Boedecker 2003, vgl. Aldana 2001, Chapmann 2003, Golaszewski 2001).

Beispielstudie Verhaltensprävention bei berufsbedingten Hauterkrankungen

Im Folgenden wird exemplarisch auf Studien mit dem Schwerpunkt auf einer verhaltenspräventiven Interventionsstrategie eingegangen, die den Bereich des Arbeitsschutzes betreffen. Von 1994-1996 ist beispielhaft ein Konzept mit interdisziplinärem Ansatz entwickelt und umgesetzt worden, das berufsbedingt Hauterkrankten (Friseuren) den Berufsverbleib ermöglichen sollte. Kombiniert wurden dermatologische Betreuung, Einzelberatung, Kleingruppenseminare sowie Betriebsberatungen. Insgesamt haben zwischen 1994 und 1996 215 hauterkrankte Friseure an dem Projekt teilgenommen. Der Rücklauf der postalischen Befragung 5 Jahre nach individuellem Projektende beträgt für die Interventionsgruppe 80% (N = 172). Die Kontrollgruppe umfasste ein Kollektiv von 85 erkrankten Friseuren, der Rücklauf 5 Jahre nach der Erstbefragung dieser Gruppe betrug 65% (N = 55). Die Gegenüberstellung der Ergebnisse bezüglich des Berufsverbleibs des ersten Follow-up drei Monate nach Abschluss des Projektes mit den Ergebnissen des 5-Jahres-Follow-up ergibt das folgende Bild: Von den Teilnehmern an dem Modellprojekt sind fünf Jahre nach Abschluss ihrer Projektteilnahme 58% (N = 101) weiterhin in ihrem Beruf tätig im Vergleich zu 72% (N = 117) drei Monate nach Abschluss des Projektes. In der Kontrollgruppe waren 1997 60% (N = 51) in der Lage, ihren Beruf trotz gemeldeter Hauterkrankung weiter auszuüben, 5 Jahre später sind es hier noch 29% (N = 16). Prozentual sind demnach doppelt so viele Projektteil-

nehmer 5 Jahre nach Teilnahme in der Lage, ihren Beruf weiter auszuüben als in der Kontrollgruppe, dieses Ergebnis ist statistisch signifikant. Die Langzeiteffektivität des Modellprojektes unterstreicht die Notwendigkeit, erweiterte Maßnahmen zur Prävention berufsbedingter (Haut)Erkrankungen durchzuführen (Wulfhorst 2006). Die oben dargestellte Konzeption der Maßnahme zur sekundären Individualprävention im Friseurhandwerk hat verdeutlicht, dass die begründeten Qualitätsanforderungen an präventive Maßnahmen weitgehend berücksichtigt worden sind und über die Ebenen der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität differenzierte Ergebnisse Anhaltspunkte für eine dauerhafte Implementation und Übertragbarkeit der Maßnahmen liefern. Das Evaluationsdesign ermöglicht es zudem, Aussagen über die Langzeiteffektivität der Maßnahme zu treffen. Dies ist um so mehr von Bedeutung, als dass die in Osnabrück im Modellprojekt erprobten Maßnahmen bereits seit 1997 von der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege in die Regelversorgung überführt worden sind. Zwischen 1997 und 2002 haben 2437 hauterkrankte Friseure an der Maßnahme zur sekundären Individualprävention teilgenommen, in eine vorläufige Evaluation wurden 635 Fälle (26%) einbezogen. Bei diesen erkrankten Versicherten ging der Anteil von schweren Hautveränderungen von 49% auf 11% nach der Teilnahme an den Maßnahmen zurück, der Anteil derer, die bei hautgefährdenden Tätigkeiten geeignete Handschuhe und Hautschutzmittel verwendeten, hat sich verdoppelt (Nienhaus et al. 2004). Die erfolgreiche Überführung dieser zunächst modellhaft erprobten Maßnahme in die Regelversorgung legitimiert und erfordert es, gesundheitspädagogisch akzentuierte Maßnahmen auch für andere Berufsgruppen und Präventionsebenen zu implementieren. Der Erfolg eines solchen Transfers ist nunmehr durch verschiedene Forschungsprojekte belegt, eine Überführung derselben in die Regelversorgung der Unfallversicherungsträger ist somit möglich. So konnte Klippel (2004) mit Ergebnissen der Evaluation einer kontrollierten interdisziplinären Interventionsstudie zur sekundären Prävention berufsbedingter Dermatosen in der Altenpflege nachweisen, dass zum Erhebungszeitpunkt drei Monate nach Projektende signifikante Unterschiede hinsichtlich des Berufsverbleibs, der Schwere der Hautveränderungen sowie der Anwendung von Schutzhandschuhen jeweils zu Gunsten der Interventionsgruppe bestanden. In einer Studie zur sekundären Prävention in der Berufsdermatologie unter besonderer Berücksichtigung von Berufen des Gesundheitswesens hat Schlesinger 2005 die Effektivität unterschiedlich komplexer Schulungsmaßnahmen nachgewiesen. Diese Studie greift zudem erstmals eine spezielle Fragestellung der Qualitätssicherung von gesundheitspädagogisch akzentuierten Maßnahmen in der Prävention von Berufsdermatosen auf. Hier wird der Erfolg bezüglich Berufsverbleib, Stärke der Hautveränderungen und Hautschutzverhalten zweier unterschiedlich komplexer Schulungsmaßnahmen evaluiert, wobei sich konkrete Anhaltspunkte für die Legitimation so genannter „Boosterschulungen“ (Reusch et al. 2003) ergeben haben.

Wenn in den bisherigen Ausführungen die Maßnahmen zur sekundären Prävention von berufsbedingten Hauterkrankungen im Vordergrund standen, ist dies mit der exemplarischen Darstellung von einzelnen Projekten und deren Ergebnissen begründet. Die grundsätzlichen Ausführungen zu Qualitätsanforderungen lassen sich jedoch auch auf Maßnahmen zur primären und tertiären Prävention übertragen, für die ebenfalls Erfolge in verschiedenen Studien dokumentiert worden sind (Bauer et al. 2002, Held et al. 2001 u. 2002, Heron 1997, Riehl 2001, Schwanitz et al. 2003). Sinnvoll erscheint in diesem Zusammenhang die Einbettung von Maßnahmen zu einer der genannten Präventionsebenen in ein Gesamtkonzept zur Prävention von berufsbedingten Erkrankungen unter der Prämisse eines interdisziplinären Interventionsansatzes, der neben der Berufsdermatologie und der Gesundheitspädagogik weitere Professionen mit einbeziehen sollte, genannt sei hier beispielsweise die Gesundheitspsychologie.

Kompetenzentwicklung bei Akteuren in der Gesundheitsförderung und Prävention

Die Entwicklung und Durchführung effektiver und effizienter Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention sowohl im privaten bzw. persönlichen als auch im Bereich des Arbeitsschutzes wird zunehmend als Aufgabe zukunftsorientierter Dienstleistungen gesehen. In der wissenschaftlichen Literatur wird der Bedarf an institutionen-, zielgruppen- und settingbezogener Umsetzungs- und Qualitätsforschung als sehr hoch eingeschätzt (Batzdorfer et al. 2001). Der Kompetenzentwicklung von Akteuren in der Prävention und Gesundheitsförderung, u.a. im Setting Betrieb, ist daher erhöhte Aufmerksamkeit zu widmen. Auch bezüglich der beruflichen (Aus-) Bildung ist hier bisher ein Defizit auszumachen, obwohl empirisch belegt ist, dass relativ viele Auszubildende gesundheitlich besonders belastet sind bzw. ein teilweise ungünstiges Gesundheitsverhalten aufweisen (Bonse-Rohmann/Manstetten 2002). Eine vom Bundesministerium für Bildung und Forschung in Auftrag gegebene Studie „Berufsbildende Schulen und Gesundheitsförderung – eine Bestandsaufnahme und Situationsanalyse“ verdeutlicht die Marginalität der Thematik Gesundheitsförderung für den berufsbildenden Bereich (vgl. hierzu Bonse-Rohmann/Manstetten 2002). Auf der anderen Seite belegen aktuelle Untersuchungen Defizite des Gesundheitszustandes von Lehrenden und Lernenden (vgl. zur allgemeinen Lehrerbelastung Schaarschmidt 2003, zur speziellen Belastung von Lehrern an berufsbildenden Schulen DAK-Report Berufsschullehrer 2002; vgl. zur allgemeinen Schülerbelastung Hackauf/Winzen 2004; Hurrelmann et al. 2003, zur speziellen Belastung von Schülern an berufsbildenden Schulen Narring et al. 2003). Hervorzuheben ist hier besonders die Schweizer Multicenterstudie „SMASH 2002“ zur Jugendgesundheit, da hier Schüler im Alter zwischen 15 und 20 Jahren sowohl an allgemeinbildenden als auch an

berufsbildenden Schulen (Lehrlinge) befragt wurden (N = 8700) und ein signifikantes Resultat der Studie eine höhere gesundheitliche Belastung der Auszubildenden ist (Narring et al. 2003).

Die berufliche Bildung repräsentiert somit einen stark vernachlässigten Bildungsbereich, der erst jetzt in den Focus der Gesundheitsförderung und Prävention gerät und einen bisher nicht genutzten Zugang, insbesondere zu sozial benachteiligten Jugendlichen, ermöglicht. Sich der Zielgruppe der Schüler an berufsbildenden Schulen näher zu widmen, bedeutet insgesamt eine im Vergleich zu Jugendlichen in weiterführenden allgemeinbildenden Schulen bzw. Studierenden vernachlässigte Gruppe mit besonderen und sehr variierenden gesundheitlichen Belastungen zu betrachten. Weiter begründen lassen sich besondere gesundheitliche Belastungen von Auszubildenden bzw. Schulabgängern ohne Ausbildungsplatz mit dem Hinweis auf besondere Entwicklungsanforderungen, die mit dem Übertritt aus dem allgemeinbildenden Schulwesen in eine Ausbildung oder eine vollschulische Maßnahme ohne berufsqualifizierenden Abschluss verbunden sind. Hinzu kommen zahlreiche berufsspezifische gesundheitliche Belastungen, die in einzelnen Berufen sehr schnell zu beruflich bedingten Erkrankungen führen können. Somit kann mit der Beruflichen Bildung eine Schnittstelle zweier klassischer Settings – der Schule und dem Betrieb ausgemacht werden, die u.a. die Kompetenzentwicklung von Lehrern in den Focus der Qualitätssicherung von gesundheitsfördernden und präventiven Maßnahmen rückt. Auch international wird der Qualifizierung/ Kompetenzentwicklung von Lehrern bezüglich der Umsetzung der Zielsetzungen für gesundheitsfördernde Schulen große Bedeutung beigemessen (Peterson, Cooper/Laird 2001, Waggie et al. 2004). Auf dieser Argumentationslinie liegt auch die jüngste Bewertung des EU-Programms „European Network of Health Promoting Schools (ENHPS)“, wo der Bedeutung der Lehrerbildung für den Erfolg gesundheitsfördernder Schulen Rechnung getragen werden soll. Gesundheitsförderung und Prävention sind in der Ausbildung verschiedener Berufe curricular verortet. Als Beispiele seien hier die Medizin, die Pflege, diverse Rehabilitationsberufe (Heilhilfsberufe), die Sozialarbeit im Gesundheitswesen, die Psychologie, die Erziehungswissenschaft und die Sozialpädagogik genannt (vgl. Göpel o.J., ca. 1997). In nahezu allen neueren Rahmenlehrplänen für Gesundheitsfachberufe nach dem Berufsbildungsgesetz (z.B. Medizinische Fachangestellte, Zahnmedizinische Fachangestellte) bzw. in den gesetzlichen Grundlagen für die Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung sind Kompetenzen bezüglich des Arbeitsschutzes/der Prävention und der Gesundheitsförderung festgeschrieben. Diese Kompetenzen beziehen sich zum Teil auf die „Selbstkompetenz“ der Auszubildenden, zum Teil ist jedoch auch die Motivation und Anleitung von Patienten für/zu einer gesundheitsfördernden Lebensweise als zu erreichende Kompetenz beschrieben.

Fazit

Der Betrieb als Setting für präventive und gesundheitsfördernde Interventionen ist bisher Handlungsfeld für unterschiedlich legitimierte Akteure. Die gesetzliche Krankenversicherung steht hierbei für eher „unspezifische“ Angebote der Gesundheitsförderung und die gesetzliche Unfallversicherung wird häufig auf Arbeitsschutzmaßnahmen im Sinne der Prävention von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten reduziert. Durch die Aufnahme der Prävention von „arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren“ in den Aufgabenkatalog der gesetzlichen Unfallversicherung lässt sich die eher unspezifische Gesundheitsförderung jedoch problemlos in den Arbeitsschutz integrieren, das Arbeitsschutzrecht ist konzeptionell damit auf einen „ganzheitlichen Arbeitsschutz“ ausgerichtet worden. Krankenkassen sind im §20 SGB V ohnehin aufgerufen, den Arbeitsschutz ergänzende Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung durchzuführen und zur Kooperation mit Unfallversicherungsträgern bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren verpflichtet. Somit ist eine Konkurrenz zwischen Arbeitsschutz und (betrieblicher) Gesundheitsförderung kontraproduktiv. Zur Umsetzung abgestimmter und konsistenter Konzepte der zuständigen Akteure ist es notwendig, operationalisierbare Ziele für den Arbeitsschutz im Sinne von „Gesundheitsförderung“ und „Vermeidung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren“ zu formulieren, um die Entwicklung evaluierbarer Projekte mit dem Ziel einer dauerhaften Implementierung zu ermöglichen. Hier sind erste Entwicklungen in Richtung einer „evidenzbasierten Prävention und Gesundheitsförderung“ zu konstatieren, die dazu führen sollen, dass nur solche Maßnahmen in Betrieben durchgeführt werden, deren Effektivität und Effizienz belegt ist. Die Bildung von Netzwerken auf europäischer und internationaler Ebene beschleunigt diese Entwicklungen, wenn beispielsweise Standards und „Good-Practice-Modelle“ zu einer Qualitätssicherung von Maßnahmen beitragen. Um eine Qualitätssteigerung in der Prävention und Gesundheitsförderung im Setting Betrieb zu erreichen, liegt es zudem nahe, die Qualifizierung der in diesem Feld tätigen Akteure in den Vordergrund zu stellen. Die Verortung einer berufsfeldbezogenen Prävention und Gesundheitsförderung in der Lehrerausbildung für berufsbildende Schulen könnte einen Beitrag dazu leisten. Die Aufhebung von Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung zugunsten der Entwicklung gemeinsamer betrieblicher Konzepte wird möglich, wenn nicht nur aus der Perspektive der gesetzlichen Zuständigkeiten Maßnahmen durchgeführt werden, sondern auch aus der Perspektive allgemeinerer Zielsetzungen, wie z.B. die der Motivation der Mitarbeiter zu gesundheitsförderndem Verhalten.

Literatur

- Ader, M./Berensson, K./Carlsson, P./Granath, M./Urwitz, V. (2001): Quality indicators for health promotion programmes. In: *Health Promotion International*, 16, S. 187-195
- Aldana, S. (2001): Financial Impact of Health Promotion Programs: A Comprehensive Review of the Literature. In: *American Journal of Health Promotion*, 15, S. 296-320
- Batzdorfer, L./Wulfhorst, B./Schürer, N.Y./Schwanitz, H.J. (2001): Innovative Dienstleistungen im Gesundheitssektor - Ziele, Aufgaben und Angebote eines Kompetenzzentrums "Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention". In: *Prävention und Rehabilitation*, 13, S. 153-160
- Bauer, A./Kelterer, D./Bartsch, R./Pearson, J./Stadeler, M./Kleesz, P./Elsner, P./Williams, H. (2002): Skin protection in bakers' apprentices. In: *Contact Dermatitis*, 46, S. 81-85
- Bonse-Rohmann, M./Manstetten, R. (2002): Zur Situation der Gesundheitsförderung an berufsbildenden Schulen. In: *Prävention*, 25, S. 39-43
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.) (2001): Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention. Grundsätze, Methoden und Anforderungen. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 15, Köln
- Chapman, L.S. (2003): Meta-Evaluation of Worksite Health Promotion Economic Return Studies. In: *The Art of Health Promotion*, 6, S. 1-10
- DAK Team Prävention und Gesundheitsberatung (Hg.) (2003): DAK – Report Berufsschullehrer. Ein Beitrag zur Zukunftsfähigkeit des Standorts Deutschland. Hamburg
- Dittmann, A./Müller, H.J. (1999): Arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren. Die BG, März 1999, S. 134-199
- Donabedian, A. (1968): Promoting quality through evaluating the process of patient care. In: *Med Care*, 6, S. 181-202
- Europäisches Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung (1999): Qualitätskriterien für die betriebliche Gesundheitsförderung. BKK Bundesverband, Europäisches Informationszentrum (Hg.), Essen
- Frauenknecht, M. (2005): Professional Standards for Health Education Teacher Preparation. In: *The Health Educator*, 37, S. 24-26
- Gesetz über die Durchführung von Maßnahmen des Arbeitsschutzes zur Verbesserung der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes der Beschäftigten bei der Arbeit (Arbeitsschutzgesetz – ArbSchG), vom 7. August 1996, BGBl. I S. 1246, in der Fassung vom 30. Juli 2004
- Göpel, E. (o.J., ca. 1997): Gesundheitsförderung als Studienziel. Materialien zur Planung gesundheitswissenschaftlicher Studiengänge. Magdeburg
- Golaszewski, T. (2001): Shining Lights: Studies That Have Most Influenced the Understanding of Health Promotion's Financial Impact. In: *American Journal of Health Promotion*, 15, S. 332-341
- Hackauf, H./Winzen, G. (2004): Gesundheit und soziale Lage von jungen Menschen in Europa. Wiesbaden
- Held, E./Mygind, K./Wolff, C./Gyntelberg, F./Agner, T. (2002): Prevention of work related skin problems: an intervention study in wet work employees. *Occup Environ Med.*, 59, S. 556-561

- Held, E./Wolff, C./Gyntelberg, F./Agner, T. (2001): Prevention of work-related skin problems in student auxiliary nurses: an intervention study. In: *Contact Dermatitis*, 44, S. 297-303
- Heron, R.J.L. (1997): Worker education in the primary prevention of occupational dermatoses. *Occup. Med.*, 47, S. 407-410
- Hurrelmann, K./Klocke, A./Melzer, W./Ravens-Sieberer, K. (Hg.) (2003): *Jugendgesundheitsurvey: Internationale Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO*. Weinheim und München
- Hurrelmann, K./Laaser, U. (2006): Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention. In: Hurrelmann, K./Laaser, U./Razum, O. (Hg.) (2006): *Handbuch Gesundheitswissenschaften*. Weinheim, S. 749-780
- International Union for Health Promotion and Education (IUHPE) (1999): *The Evidence of Health Promotion Effectiveness: a report for the European Commission by the International Union for Health Promotion and Education*. ECSC-EEAEC, Brussels-Luxembourg
- Klippel, U./Schürer, N.Y./Schwanitz, H.J. (2004): Sekundäre Individualprävention von Handekzemen in der Altenpflege: Perspektive der Gesundheitspädagogik. In: *Dermatologie in Beruf und Umwelt*, 52, S. 106-112
- Kreis, J./Boedecker, W. (2003): *Gesundheitlicher und ökonomischer Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention. Zusammenstellung der wissenschaftlichen Evidenz*. IGA-Report 3, BKK-Bundesverband und Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften (Hg.), Essen und Dresden
- Kuhn, J./Kayser, T. (2001): Arbeitsschutz und betriebliche Gesundheitsförderung – Anmerkungen zu einem schwierigen Verhältnis. In: *Sicher ist Sicher, Zeitschrift für Arbeitsschutz*, 11/2001, S. 519-521
- Lehmann, H./Töppich J. (2002): Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung und Prävention. In: *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 45, S. 234-239
- Leichesenring, C. (1999): *Beratung des Unternehmers im neuen Arbeitsschutzsystem*. In: *Die BG*, 08/1999, S. 468-471
- Leitfaden Prävention - Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von § 20 Abs. 1 und 2 SGB V, vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 10. Februar 2006, 2. korrigierte Auflage vom 15. Juni 2006
- Luber, E./Geene, R. (Hg.) (2004): *Qualitätssicherung und Evidenzbasierung in der Gesundheitsförderung*. Frankfurt a.M.
- The Luxembourg Declaration on Workplace Health Promotion in the European Union. European Network for Workplace Health Promotion, 11/1997. URL: www.enwhp.org
- Marks, D.F./Sykes, C.M. (2002): Evaluation of the European Union Programme of Community Action on Health Promotion, Information, Education and Training 1996-2000. In: *Health Promotion International*, 17, S. 105-118
- McQueen, D.V. (2001): Strengthening the evidence base for health promotion. In: *Health Promotion International*, 16, S. 261-268
- Moll, K./Schmauder, M./Kleindienst, C. (1998): *Gesundheit und berufliche Bildung*. Im Auftrag des Bundesministeriums für Bildung, Wissenschaft, Forschung und Technologie (BMBF). Bremerhaven
- Narring, F./Tschumper, A./Inderwildi Bonvivent, L./Jeannin, A./Addor, V./Bütikofer, A./Surrís, J.C./Diserens, C./Alsaker, F./Michaud, P.A. (2003): Ge-

- sundheit und Lebensstil 16-20-Jähriger in der Schweiz. SMASH 2002: Swiss multicenter adolescent study on health 2002. Lausanne, Bern, Bellinzona
- Nienhaus, A./Rojahn, K./Skudlik, C./Wulfhorst, B./Dulon, M./Brandenburg, S. (2004): Sekundäre Individualprävention bei FriseurInnen mit arbeitsbedingten Hauterkrankungen. In: Gesundheitswesen, 66, S. 759-764
- Peterson, F.L./Cooper, R.J./Laird, J.M. (2001): Enhancing teacher health literacy in school health promotion: a vision for the new millennium. J Sch Health, 71, S. 138-144
- Reusch, A./Worbach, M./Vogel, H./Faller, H. (2003): Ziele, Rahmenbedingungen, differenzielle Aspekte und Evaluation von Patientenschulungen. In: Rehabilitation, 42, S. 175-176
- Richtlinie 89/391/EWG (Arbeitsschutzrahmenrichtlinie) des Rates vom 12. Juni 1989 über die Durchführung von Maßnahmen zur Verbesserung der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes der Arbeitnehmer bei der Arbeit, Abl. EG Nr. L 183 vom 29. Juni 1989, S. 1
- Riehl, U. (2001): Interventionsstudie zur Prävention von Hauterkrankungen bei Auszubildenden des Friseurhandwerks. Osnabrück
- Schaarschmidt, U./Fischer, A.W. (2003): AVEM – Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster. Frankfurt a.M.
- Schlesinger, T. (2005): Sekundäre Prävention in der Berufsdermatologie: Ein Vergleich unterschiedlich komplexer Schulungsmaßnahmen unter Berücksichtigung ausgewählter Berufe des Gesundheitswesens. Berlin
- Schwanitz, H.J./Riehl, U./Schlesinger, T./Bock, M./Skudlik, C./Wulfhorst, B. (2003): Skin care management: educational aspects. Int Arch Occup Environ Health, 76, S. 374-381
- Schwartz, F.W. (2000): Neustrukturierung der Gesundheitsförderung und Prävention. In: Die Krankenversicherung, 52. Jg., S. 236-238
- Sozialgesetzbuch V - Gesetzliche Krankenversicherung vom 21. Juli 2004 (BGBl. I, S. 1791), In der Fassung des Gesetzes zur Sicherung der nachhaltigen Finanzierungsgrundlagen der gesetzlichen Rentenversicherung (RV-Nachhaltigkeitgesetz)
- Sozialgesetzbuch VII - Gesetzliche Unfallversicherung vom 7. August 1996 (BGBl. I, S. 1254) in der Fassung des Gesetzes vom 23. Juli 2004 (BGBl. I)
- Supplement to American Journal of Preventive Medicine (SAJPM) (2000): Introducing the Guide to Community Preventive Services: Methods, First Recommendations and Expert Commentary. In: American Journal of Preventive Medicine, 18, S. 35-43
- Trojan, A. (2002): Prävention und Gesundheitsförderung. In: Kolip, P. (2002): Gesundheitswissenschaften – Eine Einführung. Weinheim, S. 195-228
- Waggie, F./Gordon, N./Brijlal, P. (2004): The School: a Viable Educational Site for Interdisciplinary Health Promotion. In: Education for Health, 17, S. 303-312
- Wetzstein, A./Lauterbach, D./Kohstall, T. (2005): Qualität in der Prävention stärken. Die BG 9/2005, S. 573-578
- WHO (1986): Ottawa Charta. 1st International Conference on Health Promotion. Ottawa, Canada
- Wulfhorst, B. (2002): Theorie der Gesundheitspädagogik. Weinheim 2002
- Wulfhorst, B. (2006): Gesundheitserziehung und Patientenschulung. In: Hurrelmann, K./Laaser, U. (Hg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften. Weinheim, S. 819-844

Psychosoziale Gesundheit im Beruf - vom Humankapital zur Humanität?

1 Arbeit und Gesundheit

Seit der Antike kommt der Arbeit im menschlichen Leben ein zentraler Stellenwert zu. Noch heute ist sie für die meisten Menschen die Grundlage der materiellen Existenz und ermöglicht Konsum sowie Teilhabe am sozialen Leben. Aus der beruflichen Tätigkeit resultiert gesellschaftlicher Status, Macht, Erfolg und Selbstbewusstsein. Für viele bleibt Arbeit auch zu Beginn des 21. Jahrhunderts die wesentliche Quelle sozialer Kontakte, der Tages- und Lebensstrukturierung, ja oft Lebenssinn. Dies verwundert nicht, denn mehr als die Hälfte der Zeit (Urlaube und Wochenenden ausgenommen), in der ein Mensch nicht schläft, verbringt er nach wie vor am Arbeitsplatz. Zudem endet die Arbeit in der Dienstleistungs- und Wissensgesellschaft nicht mehr mit dem Schließen der Bürotür oder dem Verlassen des Firmenparkplatzes. Neuere wissenschaftliche Erkenntnisse belegen, dass positive und negative Erlebnisse und Gefühle am Arbeitsplatz mit dem Privatleben interagieren. Gesundheit am Arbeitsplatz kann in der „globalisierten und vernetzten Welt von heute“ nicht mehr isoliert von gesellschaftlichen, wirtschaftlichen und politischen Rahmenbedingungen betrachtet werden und beinhaltet folglich mehr als den Schutz vor chemischen, physikalischen oder biologischen Gefahrstoffen, die Einhaltung technischer Regelwerke oder die Verhütung von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten, wie sie noch als Hauptaufgabe in der von der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin herausgegebenen Schrift „Arbeitsmedizin heute Konzept für morgen“ propagiert werden (DGAUM 2006). Dabei soll allerdings nicht verkannt werden, dass als Grundlagen für den zu überarbeitenden Gegenstandskatalog „Arbeitsmedizin“ im Rahmen der medizinischen Ausbildung neben physischen Belastungen und Beanspruchungen durch physikalische und chemische Einwirkungen auch eigens der Punkt „Psychische Belastung und Beanspruchung“ aufgeführt werden (DGAUM 2006, S. 47; 51).

Neben dem erheblichen „salutogenen“ Potential (Hörmann 2007) kann Arbeit aber durchaus auch „pathogen“ wirken. Zu nennen sind in diesem Zu-

sammenhang z.B. arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren oder Erkrankungen, Arbeitsunfälle, Berufskrankheiten, Frühinvalidisierung oder vorzeitiger Tod. Ob Arbeit im Einzelfall krank oder gesund macht, hängt neben den konkreten Arbeitsplatzbedingungen, der Arbeitszeit und -intensität, der Passung zwischen Anforderungen und Fähigkeiten vor allem von der Lebens- und Wertewelt des Individuums und gesamtgesellschaftlichen Einflussfaktoren ab. Demgegenüber überwiegen bei einer gesundheitsorientierten Bewertung des Zustandes „keine Arbeit zu haben“ (Arbeits- bzw. Erwerbslosigkeit¹) eindeutig pathologische Aspekte². In Zeiten anhaltender Massenarbeitslosigkeit, die auch Akademiker nicht ausnimmt, wird manchen erstmals bewusst, dass Arbeitslosigkeit krank machen, insbesondere seelisch krank machen kann (RKI 2003, S. 9). So erfolgt die Einschätzung des Gesundheitszustandes deutlich schlechter in Abhängigkeit von Art und Dauer der Arbeitslosigkeitserfahrungen (a.a.O. S. 10), dies gilt in gleicher Weise auch für chronische Erkrankungen und gesundheitsbedingte Einschränkungen im Alltagsleben sowie Verweildauern in Krankenhäusern mit deutlichem Übergewicht bei psychischen und Verhaltensstörungen (RKI 2006, S. 86 ff.) Dabei ist deren Zunahme nicht allein im Arbeitsleben festzustellen, sondern ein beinahe epidemieartiges Phänomen (Weber/Hörmann 2006).

Angesichts des Umstandes, dass sich die sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnisse im Zeitraum von 1991–2005 kontinuierlich verringert haben und der Anteil von Vollzeitbeschäftigten in den letzten 15 Jahren um 3,2 Millionen gesunken ist, während Teilzeittätigkeiten (u.a. Zeitarbeit, Minijobs, Mehrfachbeschäftigungen) um 2,4 Millionen zugenommen haben, bewirkt die Angst um den Verlust des Arbeitsplatzes, dass der „Krankenstand ... im Jahr 2005 einen bisher nicht da gewesenen Tiefstand“ (RKI 2006, S. 57) erreicht hat. Daneben ist aber auch „zuviel“ oder „falsche“ – weil für das Individuum unpassende – Arbeit nicht gesundheitsfördernd. Wie ist also mit Arbeit umzugehen in einer Gesellschaft, die sich permanent verändert, in der dem Erhalt bzw. der Schaffung von Arbeitsplätzen (nach breitem politischen Konsens) oberste Priorität zukommt, aber zugleich viele abends nicht wissen, ob es den eigenen Arbeitsplatz am nächsten Morgen noch gibt?

1 Korrekt sollte man weniger von Arbeitslosigkeit als lohnabhängiger Erwerbsarbeit sprechen. Wegen des allgemeinen Sprachgebrauchs wird jedoch der Begriff Arbeitslosigkeit beibehalten.

2 Es bleibt zu fragen, ob Arbeitsplätze wichtiger als die Moral werden. Vor der für 17.11.2006 angekündigten Eröffnung einer neuen Gunter-von-Hagens-Fabrik für die Herstellung von Leichen und Leichenteilen zu Ausstellungs- und Lehrzwecken im ostdeutschen (brandenburgischen) Guben bleibt zu fragen, ob das „Sägewerk für Leichen“ geeignet ist, eine „hirntote Stadt“ zu neuem Leben zu erwecken. (vgl. den Bericht von Kulke in „Die Welt“ vom 14.11.2006).

2 Risiken und Chancen der Neuen Arbeitswelt

Globalisierung, Wertewandel, Profitkultur, Instabilität, Mobilität und neue Informations- und Kommunikationstechnologien haben in den letzten 20 Jahren Arbeitswelt und Gesellschaft nachhaltig verändert. Von den Menschen wird in einem immer komplexeren, leistungs- und gewinnorientierten Wirtschaftsleben hohe fachliche Qualität, Schnelligkeit, Effizienz, Selbstverantwortung und soziale Kompetenz gefordert. Freiheit und Druck nehmen gleichermaßen zu. Motivation, Identifikation und Engagement von Mitarbeitern sind gefragt wie nie zuvor. Beschäftigte müssen sich immer öfter und schneller auf Neuerungen einstellen. Flexibilität, Lernbereitschaft, Wissen und Leistungsfähigkeit bestimmen nicht nur den Berufserfolg, sondern häufig auch das ganze Leben. Als Reaktion auf wachsende Arbeitsplatzunsicherheit und die Entsicherung des sozialen Lebens durch befristete, schlecht bezahlte (Mehrfach-)Beschäftigungen, Minijobs, Dauerpraktika, Ich-AGs oder modernes Tagelöhnerwesen diskutieren mittlerweile auch Bildungsbürgertum und Mittelschicht über „Prekarisierung“ und Existenzangst. Veränderungen beinhalten jedoch nicht nur (Gesundheits-) Risiken, sondern immer auch Chancen (Weber/Hörmann 2007).

Chancen bieten sich in der „Neuen Arbeitswelt“ bevorzugt denjenigen, die sie nutzen können: jungen, gesunden („fitten“), gebildeten, gutaussehenden, mobilen Menschen, die sich Effizienz orientiert „verkaufen“ und fest daran glauben, dass... „jeder seines Glückes Schmied ist“. Was macht man in einer Gesellschaft derartiger „Leitkultur“ mit denjenigen, die sich nicht optimal „vermarkten“ können: den nicht mehr so „ganz fitten“, weniger mobilen, über 50jährigen, denen mit defizitärer Bildung, geschweige denn mit kranken, behinderten oder leistungsgewandelten Menschen? Oder gibt es in dieser „Neuen Arbeitswelt“ gar keine Krankheit, Schicksalsschläge und Behinderungen mehr, weil eben nur noch Gesunde und Erfolgreiche in ihr arbeiten? Muss sich der einzelne Mensch also bedingungslos den Gesetzen und Regeln eines globalisierten Marktfundamentalismus unterordnen, um im Beruf zu bestehen, ja eine Lebensperspektive zu haben?

3 Gesundheitliche Folgen des Neuen Arbeitsmarktes

Aufgabe eines modernen Sozialstaates ist es, für alle Menschen eine menschenwürdige Lebenswelt zu organisieren und Chancengerechtigkeit zu gewährleisten. Kennzeichen der Wahrnehmung des Sozialstaates in weiten Teilen von Wirtschaft, Öffentlichkeit und Politik war in den letzten Jahren die ausschließliche Fokussierung auf Missbrauch und Finanzierungsprobleme mit ständig steigenden Ausgaben des Sozial- und Gesundheitswesens bei gleichzeitigem systembedingtem Rückgang der Einnahmen (u.a. lang anhaltende Arbeitslosigkeit, Trend zur Frühverrentung, demografische Entwicklung).

Die Politik hat die Problematik noch verschärft, indem sie Belastungen aus der Finanzverantwortung der öffentlichen Hand in die Sozialversicherung abgeschoben hat (z.B. überproportionaler Finanzierungsbeitrag der Sozialversicherung für die deutsche Wiedervereinigung). So sieht der „Mainstream“ den deutschen Sozialstaat heute einseitig negativ, im Sinne einer Bremse für ein dynamisches Wirtschaftswachstum und Wettbewerbsfähigkeit. Betont werden in diesem Kontext insbesondere die Belastungen der Unternehmen durch die sog. Lohnnebenkosten und einen „verrechtlichten, überregulierten Arbeits- und Gesundheitsschutz“. Dabei ist Unternehmen a priori kein Vorwurf zu machen. Gewinnmaximierung ist ihre Aufgabe, ihr Unternehmensziel (jedenfalls in Profit-Organisationen). Unternehmen sind keine sozial-caritativen Einrichtungen. Betriebliche Gesundheitsprogramme sind keine „wohltätigen Geschenke“, sondern kalkulierte Managementstrategien. Vor dem alles überragenden Ziel der Maximierung des Shareholder Value großer Aktiengesellschaften und multinationaler Konzerne hat allerdings die Politik das Vertrauen in die Zukunftsfähigkeit nationaler sozialer Sicherungssysteme verloren und initiiert gleichsam wie in einem „kostspieligen Dauerexperiment“ mit einer „chronischen Neophilie“ Veränderungen, die die Stärken gewachsener und erprobter sozialer und ordnungspolitischer Strukturen nehmen, ohne vorher kritisch geprüft zu haben, ob daraus wirkliche, nachhaltige Vorteile für Staat und Gesellschaft resultieren. Evaluieren bedeutet unter diesen Vorzeichen in der Regel „wegevaluieren“. Damit untergraben die politischen Rahmengerber die makrosozialen Bedingungen für Bindungssicherheit, die wiederum von fundamentaler Bedeutung für die seelische Gesundheit des Menschen ist. Ständige Neuanpassungen mit nicht mehr erkennbarer Zielorientierung und tiefe existenzielle Verunsicherung gehen auch an zwischenmenschlichen Beziehungen in der Arbeitswelt nicht spurlos vorbei. Dabei liegt unsere Wirtschaft ja keineswegs in Trümmern: Ohne hier die ketzerische Frage beantworten zu wollen, ob es sich lediglich um eine „Basarökonomie“ (Sinn 2005) oder einen „pathologischen Exportboom“ (Schmid 2006) handelt, ist Deutschland zumindest formal immer noch „Exportweltmeister“, Großunternehmen bedienen riesige Märkte, machen Gewinne wie nie, Managergehälter explodieren und trotzdem wird, gewissermaßen „prophylaktisch“, Personal abgebaut. Die soziale Verantwortung der Wirtschaft scheint verloren gegangen, für das Gemeinwohl bleibt in den Chefetagen offenbar kein Platz mehr. Haben wir vielleicht gar keine Konjunkturkrise, sondern ein Problem in der Verteilungsgerechtigkeit? Ist die soziale zur asozialen Marktwirtschaft mutiert? Auch hier sind Politik und Managementeliten keine guten Vorbilder, wenn sie den Gürtel bei den „Dünnen“ immer enger schnallen und das Abspecken der „Dicken“ vernachlässigen³. Während die

³ Makaberer Weise findet sich in einer Tageszeitung unter dem Titel „Manager machen kräftig Kasse: Vorstandsgehälter sind 2006 um 15 Prozent gestiegen“ gleich darunter der Beitrag mit der Überschrift „Koalition rangelt um Mindestlohn“, wobei als Bei-

bundesministeriale Bautätigkeit gigantische Umsätze produziert, liegt die Baubranche weitgehend danieder⁴. Die Zahl der Parlamentarier und Staatssekretäre war noch nie so hoch wie heute, Politiker beziehen bereits nach kurzer Amtszeit üppige Pensionen⁵, während der männliche Durchschnittrentner nach 40 und mehr Berufsjahren um seine bescheidene gesetzliche Rente (von ca. 1000,-€ /Monat) bangen muss und Beschäftigte künftig bis 67 arbeiten „dürfen“, obwohl auch gesunde „Ältere und Alte“ (Unternehmer, Politiker und Hochschullehrer ausgenommen) in der realen deutschen Berufswelt keine Chancen haben.

Warum werden demgegenüber in der öffentlichen und politischen Diskussion nicht auch die Stärken und Vorzüge des Sozialstaates herausgestellt, statt immer nur seine vermeintlichen Schwächen zu betonen? Entgegen vieler Unkenrufe hat Deutschland im internationalen Vergleich immer noch eines der sozialsten und leistungsfähigsten Gesundheitssysteme (betrachtet man Leistungsangebot, freien Zugang und harte Indikatoren wie Säuglingssterblichkeit, Lebenserwartung oder Langzeitüberleben nach Tumorerkrankungen) und weltweit einzigartige vorbildliche Rehabilitationseinrichtungen. Zudem verfügen wir über ein breit gefächertes Spektrum hochqualifizierter Gesundheits- und Sozialberufe. Die einseitige Fixierung auf ökonomische Aspekte hat den Beitrag eines qualifizierten und funktionierenden Sozial- und Gesundheitswesens für den Erhalt der sozialen Stabilität und der Wirtschaftskraft in den Hintergrund gedrängt. Den Wert des sozialen Friedens lernt eine Gesellschaft spätestens dann wieder zu schätzen, wenn Autos und Häuser brennen oder Straßenschlachten toben (wie in Paris im Herbst 2005).

Unbeachtet bleiben zumeist auch der Beitrag von Sozialsystemen für die Entwicklung der Gesellschaft sowie der Arbeitmarkteffekt des Gesundheitswesens. Nach Kondratieff sollen wir bekanntlich am Anfang eines neuen langen Konjunkturzyklus stehen, der von der zunehmenden Nachfrage und dem Angebot an Gesundheitsdienstleistungen geprägt wird (Hörmann 2004). Gesundheit umfasst in diesem Zusammenhang auch die Beziehungsqualität in Unternehmen (soziale Gesundheit). Beziehungsqualität wiederum ist ein wesentlicher Faktor für Leistung und Erfolg. Arbeit in einer Dienst-Leistungs-Gesellschaft ist kundenzentriert, erfordert somit soziale und emotionale Fähigkeiten. Der Mensch als soziales Wesen wird trotz

spiel auf „Löhne von drei Euro pro Stunde bei Friseurinnen in Sachsen“ verwiesen wird (WN 27.03.2006, Titelseite)

4 „Von Macken und Millionen. Unglaubliche Baugeschichte: Im Berliner Regierungsviertel wird bereits wieder saniert“ (WN 11.11.2006).

5 Als aktuelles Beispiel sei auf den Pensionsanspruch der 49-jährigen CSU-Landrätin Gabriele Pauli in Höhe von 4.000 € verwiesen, wobei sie als 50-Jährige neben Sofortrente „auch noch etwa 3.200 Euro dazuverdienen (darf), ohne dass dies auf die Versorgung angerechnet wird“ (http://www.focus.de/politik/deutschland/gabriele-pauli_nid_45930.html).

fortschreitender Technisierung und Rationalisierung in Organisationen unersetzbar bleiben. Die soziale betriebliche Umwelt, das Miteinander, hat bislang weder im traditionellen Arbeitsschutz noch in der betrieblichen Gesundheitsförderung eine größere Rolle gespielt, obwohl sie wesentlich für die Gesundheit und Leistungsfähigkeit in der „Neuen Arbeitswelt“ ist. Betriebliche Gesundheitspolitik beinhaltet in kapitalistischen Systemen immer auch Produktivität, Kreativität, Commitment und Wettbewerbsfähigkeit. Produktivitätssteigerung und Kundenorientierung sind nur mit motivierten und gesunden Mitarbeitern zu erreichen. Psychosoziale Gesundheit am Arbeitsplatz wird u.a. durch eine gute und vertrauensvolle (angstfreie) Kooperation, Kommunikation und gegenseitige Unterstützung von Führungskräften und Belegschaften, Handlungsspielräume und Partizipationsmöglichkeiten gefördert.

4 Führungsverhalten und soziale (kollegiale) Unterstützung als Ressourcen

Mitarbeiterorientiertes Führungsverhalten und soziale (kollegiale) Unterstützung gelten nach heutigem Wissensstand als die zwei wichtigsten Ressourcen in der Bewältigung beruflicher psychosozialer Stressoren. Solange Menschen zusammenarbeiten, gibt es berufliche Konflikte und Machtkämpfe. Dass dabei nicht immer Fairness und Sachorientierung Maßstab sind, ist ebenfalls keine neue Erkenntnis. Doch seit einigen Jahren scheint der Umgangston rauher zu werden, die Auseinandersetzungen am Arbeitsplatz haben an Schärfe gewonnen. Wertewandel, Arbeitsverdichtung, Konkurrenzdruck und Angst vor Arbeitslosigkeit bestimmen vielerorts das soziale Klima. Steigende Anforderungen an die soziale Kompetenz sowie die Team- und Konfliktfähigkeit überfordern nicht selten Beschäftigte und Führungskräfte gleichermaßen. Parallel dazu werden Anschuldigungen, im Beruf „gemobbt“ worden zu sein, geradezu inflationär geäußert. Handelt es sich hierbei lediglich um Alltagsprobleme „überempfindlicher Soziochonder“ bzw. „schrulliger Außenseiter“ oder um Hinweise auf eine ernst zunehmende innerbetriebliche Konfliktsituation, die sich unter dem Schlagwort „Mobbing“ im letzten Jahrzehnt auch in der deutschen Umgangssprache etabliert hat?

Die Gesellschaft gegen psychosozialen Stress und Mobbing e.V. versteht in Anlehnung an Leymann unter Mobbing

„eine konfliktbelastete Kommunikation am Arbeitsplatz unter Kollegen oder zwischen Vorgesetzten und Untergebenen, bei der die angegriffene Person :

- unterlegen ist und
- von einer oder mehreren anderen Personen

- systematisch
- oft und während längerer Zeit
- mit dem Ziel und/ oder dem Effekt des Ausstoßes aus dem Arbeitsverhältnis
- direkt oder indirekt angegriffen wird und dies als Diskriminierung empfindet“.

Grosse Beachtung in Laien und Fachkreisen fand ein grundlegendes Urteil des *Landesarbeitsgerichts Thüringen* vom 10.4.2001- 5SA 403/00, in dem eine präzise Definition von Mobbing dokumentiert ist. Demnach gilt ...

„Im arbeitsrechtlichen Verständnis erfasst der Begriff Mobbing fortgesetzte, aufeinander aufbauende oder ineinander übergreifende, der Anfeindung, Schikane oder Diskriminierung dienende Verhaltensweisen, die nach Art und Ablauf im Regelfall einer übergeordneten, von der Rechtsordnung nicht gedeckten Zielsetzung förderlich sind und jedenfalls in ihrer Gesamtheit das allgemeine Persönlichkeitsrecht oder andere ebenso geschützte Rechte, wie die Ehre oder die Gesundheit des Betroffenen verletzen. Ein vorgefaßter Plan ist nicht erforderlich. Eine Fortsetzung des Verhaltens unter schlichter Ausnutzung der Gelegenheiten ist ausreichend.“

Wissenschaftlich haben sich in Deutschland bisher vor allem Psychologen mit dem Forschungsgegenstand Mobbing beschäftigt. Von der akademischen Medizin, einschließlich der Arbeitsmedizin, wurde das Phänomen lange Zeit wenig beachtet und erst in neueren Verlautbarungen als elementare arbeitsmedizinische Aufgabe (Landau/Pressel 2004, S. 443 ff.)⁶ wahrgenommen, da sich Betriebsärzte und Arbeitsschützer immer häufiger mit vermeintlichen und tatsächlichen Mobbing - Fällen konfrontiert sahen (Weber/Hörmann 2007, S. 101 ff.). Heute wird die erhebliche gesellschaftliche, volks- und betriebswirtschaftliche sowie arbeits- und sozialmedizinische Relevanz von Mobbing in Wissenschaft und Praxis zunehmend akzeptiert.

Die zahlreichen Hypothesen und Konzepte zur Entstehung von Mobbing lassen sich auf drei wesentliche Ansätze fokussieren. So wird Mobbing bei Betonung der *Arbeitsumwelt* („Makroebene“) primär als Folge risikobehafteter *Verhältnisse* gesehen. Dabei werden vor allem *konjunkturelle Rahmenbedingungen, Arbeitsorganisation, Betriebsklima* und *Führungsverhalten* hervorgehoben. Durch hohe Zielvorgaben sind in der neuen Arbeitswelt insbesondere Kooperations- und Kommunikationsanforderungen gestiegen. Zudem gibt es weniger Nischen als früher, in denen Personen arbeiten können, mit denen es Schwierigkeiten im persönlichen Umgang gibt. Nicht nur Betriebs- und Personalräte bewerten mittlerweile das Auftreten von Mobbing Fällen in einem Unternehmen in erster Linie als Führungsschwäche

⁶ Im „Handbuch Arbeitsmedizin“ (Triebig et al. 2003) kommt Mobbing nur kurz (S. 706) im Kapitel Arbeitspsychologie vor.

bzw. Managementversagen. Ein stärker *individuum*-zentriertes („Mikroebene“) und bevorzugt von Psychologen vertretenes Konzept versteht Mobbing primär als Folge eines vom gesellschaftlichen und beruflichen Umfeld weitgehend unabhängigen *persönlichen Verhaltens* bzw. *individueller Einstellungen*. Im Focus stehen hier vor allem pathologische *Persönlichkeitsmerkmale*, eingeschränkte *Frustrationstoleranz* und *soziale Kompetenz* von Opfern und Tätern. Wissenschaftlich ist eine spezifische „Opfer-Typologie“ bis heute nicht gesichert. Beim Mobbing-Täter sollen fehlende Bereitschaft zur Konfliktlösung und die *Aggression*, der Wunsch, andere zu verletzen, im Vordergrund stehen. Daneben können auch Intoleranz, Neid, Eifersucht, Angst, Rivalität und persönliche Probleme wie gescheiterte Karrierepläne, private Beziehungen, Krankheiten oder Alkohol-/ Drogenmißbrauch eine Rolle spielen. Ein weiterer Erklärungsansatz sieht die Entstehung von Mobbing im Gefolge eines *Person-Environment/ Group-Misfit* („Mesoebene“). Im Focus steht hier die „Passung“ von Individuum, Gruppe („Team“), Arbeitsaufgabe und Organisation, wobei der Störung des Gleichgewichts der Gruppe entscheidende Bedeutung zukommt. Das Mobbing Risiko wird demnach nicht nur von individuellen Persönlichkeits-/Verhaltensdefiziten oder ungünstigen Arbeitsverhältnissen, sondern auch von gruppendynamischen Prozessen (u.a. soziale Unterstützung) beeinflusst.

Nach bislang vorliegenden empirischen Befunden kommt „Kollegen-Mobbing“ (gleiche Hierarchieebene) mit ca. 50% am häufigsten vor. Es folgt „Bossing“ (von Vorgesetzten auf Untergebene) mit Prävalenzraten von etwa 40%, vor „kombiniertem Mobbing“ (Vorgesetzte und Kollegen beteiligt – bis 15% der Fälle) und dem eher seltenen „Staffing“ (von Untergebenen auf Vorgesetzte – ca. 2% der Fälle). Hinsichtlich der *Häufigkeit* von Mobbing Attacken zeigte sich auf der Datengrundlage des Mobbing Reports der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA 2002), dass nahezu jeder 4. Betroffene täglich und etwa jeder 3. mehrmals pro Woche gemobbt wurde. Bezogen auf die *Dauer* von Mobbing ergeben sich aus der Literatur Zeitintervalle von mehreren Monaten bis zu mehreren Jahren. Der Mobbing Report objektivierte eine durchschnittliche Dauer von 16,4 Monaten.

Hinsichtlich der Auswirkungen von Mobbing lassen sich *individuelle, betriebliche und gesellschaftliche* Folgen abgrenzen. In Abhängigkeit von Dauer und Intensität sowie persönlichen Bewältigungsstrategien und sozialer Unterstützung finden sich bei Mobbing-Opfern negative Rückwirkungen auf *Gesundheit, Beruf* und/oder *Privatleben*. Schwerere Fälle zeigen Beeinträchtigungen in allen Bereichen, vergleichbar mit Opfern von Katastrophen. Die gesundheitlichen Beschwerden und die mit Mobbing assoziierten (in erster Linie) psychischen und psychosomatischen Erkrankungen wurden bereits oben dargestellt. Nach den Angaben im Mobbing-Report der BAuA [2002] berichteten 44% der gemobbteten Personen über stärkere gesundheitliche Einschränkungen bzw. manifeste Erkrankungen. Ein Drittel musste

therapeutische Hilfe in Anspruch nehmen, bei jedem sechsten war eine stationäre Behandlung notwendig. Die Fähigkeit zur Berufsausübung kann ebenso schwerer beeinträchtigt sein: Regelmäßige feindselige Attacken führen zu Verunsicherung und negativen Gefühlen mit Folgen auf Arbeitsverhalten und Leistungsfähigkeit (z.B. Isolation, innere Kündigung). Rückwirkungen auf das Privatleben sind u.a. familiäre Krisen, Partnerschafts-/ Sexualprobleme und/ oder Trennungen. In *Betrieben* wird durch Mobbing nicht nur Unternehmenskultur und Wettbewerbsfähigkeit (u.a. Arbeitsausfall und Minderleistung) negativ beeinflusst, sondern manchmal sogar die Lebensfähigkeit einer Organisation gefährdet. Betriebswirtschaftlich wurden die Kosten aufgrund erhöhter Fehlzeiten, Fluktuation, Qualitätseinbußen oder verminderter Produktivität pro Mobbingfall auf bis zu 30.000,- € geschätzt. Auch die *gesellschaftlichen* Auswirkungen von Mobbing sind erheblich. Nach *volkswirtschaftlichen* Berechnungen macht der gesamtwirtschaftliche Schaden allein in Deutschland jährlich ca. 15 Mrd. Euro aus (dies entspricht ungefähr dem gesamten jährlichen Ausgabenvolumen der gesetzlichen Unfallversicherung). Dabei schlagen insbesondere Krankenschreibungen, Arztbehandlungen, Psychotherapie, Klinikaufenthalte, RehaMaßnahmen, vorzeitige Berentungen und Arbeitslosigkeit zu Buche. Wie hoch die durch Mobbing bedingten Leistungen der einzelnen Sozialversicherungsträger sind, ist wissenschaftlich noch nicht hinreichend validiert worden. Hochrechnungen, die bis zu 20% der jährlich etwa 11.200 Selbstmorde in Deutschland und ca. 25.000 (von etwa 180.000) Frühberentungen pro Jahr auf Mobbing zurückführen, bleiben derzeit spekulativ. Auch die Zunahme psychischer Erkrankungen (Weber/Hörmann 2006) als Grund für Arbeitsunfähigkeit und vorzeitige Erwerbsminderung kann unter Wahrung der wissenschaftlichen Seriosität nicht „eins zu eins“ mit der Zunahme von Mobbing gleichgesetzt werden. Als Setting-Strategie für betriebliches Eingliederungsmanagement (Mehrhoff/Schönle 2005) und Integration in das Arbeitsleben (Disability Management; Mehrhoff 2004) stellen Mobbing-Opfer eine besondere Herausforderung dar.

5 Exkurs Juristische Aspekte: Deprofessionalisierung als Transprofessionalisierung?

Aufgrund zunehmender gesellschaftlicher, volks- und betriebswirtschaftlicher sowie arbeits- und sozialmedizinischer Relevanz kommt juristischen Aspekten im Zusammenhang mit tatsächlichem oder vermeintlichem Mobbing und seinen Folgen wachsendes Interesse zu. Rechtlich geht es dabei zumeist um die Klärung der Frage, ob es sich bei dem angeschuldigten Verhalten um Mobbing handelt bzw. wenn dies zu bejahen ist, ob hierdurch eine gesundheitliche Schädigung des Opfers hervorgerufen wurde. In Deutschland gibt es im Gegensatz zu anderen Ländern, wie z.B. in Frank-

reich, kein „Anti-Mobbing-Gesetz“, das Mobbing als eigenen Straftatbestand definiert und sanktioniert. Daher ist zu prüfen, ob geltendes Recht für die Beurteilung der unter Mobbing subsummierbaren Verhaltensweisen zugänglich ist. In Betracht kommen hierbei u.a. *straf-, zivil-, arbeits-, sozial-, dienst-(disziplinar-) und betriebsverfassungsrechtliche Aspekte*. Die Notwendigkeit eines juristischen Mobbingsschutzes wurde in Deutschland mittlerweile auch in der höchstgerichtlichen Rechtsprechung anerkannt und hat Verankerung in dem von jedermann zu achtenden Persönlichkeitsrecht gefunden. So haben das Bundesverfassungsgericht (BVerG 11.06.2002) und der Bundesgerichtshof (BGH 1.08.2002) Entscheidungen getroffen, nach denen Mobbing als Verletzung des allgemeinen, verfassungsrechtlich geschützten Persönlichkeitsrechts (Art. 1 und 2 GG) einzuordnen ist. Probleme im rechtlichen Umgang mit Mobbing ergeben sich derzeit nicht so sehr aus mangelnden Rechten der Opfer, sondern vielmehr aus Schwierigkeiten in der Beweisführung und damit in der Durchsetzbarkeit etwaiger Ansprüche (vgl. Wolmerath 2004; Weber/Hörmann 2007, S. 101 ff., Weber et al. 2007). Sofern Machtbeziehungen oder psychosoziale Konflikte vornehmlich mittels justiziabler Strategien ausgefochten werden, bleibt allerdings nicht nur angesichts der Schwerfälligkeit und Langatmigkeit rechtlicher Auseinandersetzungen, vom Kostenargument einmal ganz abgesehen, pragmatisch zu fragen, wieweit das Justizsystem strukturelle Mängel zu kompensieren in der Lage ist⁷. Vor der kostenträchtigen Verlagerung von Konfliktebenen in andere weniger leistungsfähige Systeme ist zu fragen, ob der Verzicht auf wirkungsvolle Handlungsstrategien weniger eine Deprofessionalisierung psychosozialer Berufsgruppen darstellt, als vielmehr eine „Transprofessionalisierung“, nämlich die Abgabe von Kompetenzen und das „outsourcing“ von Lösungen an kodifizierbare Reglements und petrifizierende Sanktionsinstanzen (Hörmann 2006 u. 2007).

⁷ Das zumeist unergiebiges Ausweichen auf das Justizsystem wird etwa angesichts der „Hartz“-Gesetzgebung zur Zusammenlegung von Arbeits- und Sozialhilfe mit der Folge einer „Klageflut“ vor den Sozialgerichten augenscheinlich (vgl. „immer mehr Klagen wegen Hartz IV“ infolge „der übereilten Einführung des neuen Gesetzes für Langzeitarbeitslose“, wobei „vor allem bei Fragen der Rentenversicherung und des Schwerbehindertenrechts immer mehr (medizinische) Gutachten“ eingeholt werden müssten“, was dazu führe, dass die Dauer der Verfahren „in 15 Prozent der Fälle aber auch bei mehr als zwei Jahre“ dauere (WN 16.03.2007) oder Klagen gegen die Einführung von Studiengebühren vor Verwaltungsgerichten). Dabei ergibt sich beispielsweise als Kuriosum: „Bielefelder Rektorat zahlt Klage“, um ausgerechnet bei den für ihr Langatmigkeit bekannten Gerichten „schnelle Klarheit“ zu gewinnen (WN 14.03.2007).

6 Der Markt als Wundermittel

Während etwa in der Soziobiologie ein „Biogenetischer Imperativ“ als treibende Kraft postuliert wird, tritt an die Stelle von Gott, der Vorsehung oder des allwaltenden Demiurgen nach Adam Smith die unsichtbare Hand des Marktes. Zwar könnte man fast meinen, dass nach der „Glaubensgemeinschaft der Ökonomen“ (Binswanger 1998) die normative Basis der Volkswirtschaft im Markt gründet. Die heute gängige Theorie, dass der Eigennutz beim Wirtschaften dank der „unsichtbaren Hand“ des Marktes zum Gemeinnutz beitrage, wurzelt nach Binswanger in der antiken griechischen Philosophie der Stoa. Adam Smith, der die Lehre von der „unsichtbaren Hand“ entwickelte, hing dem stoischen Denken an. Dessen Kerngedanke: Eine Weltvernunft regelt alles zum Besten, gleich wie gut oder schlecht der einzelne Mensch handelt. Die alte Lehre lebte im 17. Jahrhundert als Aufklärung und Fortschrittsglauben wieder auf. Die „unsichtbare Hand“ ist nichts anderes, so Binswangers These, als eben die Weltvernunft der Stoa. Seine Schlussfolgerung: Alle Ökonomen, die sich auf den „homo oeconomicus“ und die unsichtbare Hand berufen, „bilden daher eine stoische Glaubensgemeinschaft“. Historisch ist auch dies ein interessanter Befund, hat damit in der Wirtschaftstheorie vorchristliches Denken die mittelalterliche Scholastik abgelöst, die der Habgier des Menschen durch verordnete Gerechtigkeit begegnen wollte! Unersättlichkeit, Unfähigkeit, dem Wirtschaftsgeschehen Grenzen zu setzen (Mythos von Erysichthon⁸). Die „unsichtbare Hand“ muss daher durch eine sichtbare Hand ergänzt werden.

Gesundheit ist daher nicht allein „herstellbare, qualitätsgesicherte Ware“, die nur richtig gemanagt werden muss ... und alles wird gut! Wenn das wirklich so einfach wäre: es ist ein Trugschluss, zu glauben, dass der Markt „... alles gleichsam wie von selbst ...“ regelt. Wenn man nämlich dem (Gesundheits-)Markt alles überlässt, nimmt er sich den Profit, für weniger profitable Bereiche oder außerplanmäßige Kosten und Risiken bleiben Staat und Gesellschaft zuständig. Menschengerechte, gesunderhaltende, gute Arbeit und Ökonomie müssen sich nicht zwangsläufig ausschließen, wie Praxisbeispiele belegen (www.arbeit-plus.de). Ludwig Erhardts Maxime „... Wohlstand für alle ...“ baute auf soziale Gerechtigkeit und sicherte den sozialen Frieden, der eine ebenso wesentliche Bedingung für die Produktivität und den Erfolg von Unternehmen ist wie die Optimierung von Technik oder Managementmethoden. Auch 40 Jahre später gibt es in Deutschland durchaus noch wertbewusste Unternehmen, die sich um eine gerechte Verteilung von Arbeit bemühen und wirtschaftlichen Erfolg sozial verantwortlich erzielen (wollen). Unter dem anglierten Schlagwort „Corporate Social Responsibility (CSR)“ zeichnet sich hier ein neuer Trend ab, der hoffentlich

⁸ Erysichthon fällt in einem Hain der Demeter (Mutter Erde) eine der Göttin heilige Schwarzpappel und wird deshalb mit unstillbarem Heißhunger bestraft, so dass er alle Vorräte des Hauses verzehrt und schließlich als Bettler endet (Hunger 1953, S. 104).

nicht nur eine Marketingstrategie ist. Menschen sind mehr als „Humankapital“ oder „Kostenfaktoren mit zwei Ohren“. Weder die Globalisierung noch die Finanzkrise sozialer Sicherungssysteme zwingen uns in ein System, das Menschen lediglich als „Mittel zum Zweck“ betrachtet. Unternehmen schreiben nicht nur Bilanzen, sondern auch Biographien, auch wenn sich dafür bei einer durchschnittlichen betrieblichen Verweildauer von 4 Jahren (Führungskräfte) bzw. 6 Jahren (Beschäftigte) offenbar niemand mehr wirklich zu interessieren scheint. Aber auch dem größten „Sozialromantiker“ sollte vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung und der deutschen sozialen Wirklichkeit bewusst sein, dass „verordneter Optimismus“, Durchhalteparolen und „Aussitzen“ („wird schon werden“) allein nicht ausreichen werden. Auch ein „vorsorgender Sozialstaat“ im Sinne von „Fordern und Fördern“ braucht mehr als Lippenbekenntnisse. Es ist hohe Zeit für intelligente Konzepte und Lösungen, die über die „Halbwertszeit“ einer Legislaturperiode hinausreichen. Bildung, Gesundheit und soziale Sicherheit sind zu wichtige Güter, als dass man sie Partikularinteressen oder „der Kleinstaaterei“ überlassen sollte. Für Leistungsfähigkeit und Gesundheit am Arbeitsplatz notwendiger denn je erscheint heute ein „ethisches Investment“, das Sinn stiftende Überzeugungen und Werte und die Funktion der Erwerbsarbeit für Integration und gesellschaftliche Teilhabe fördert und entsprechend würdigt. Dabei ist es wesentlich, sich auch in instabilen Zeiten um stabile Beziehungen zu bemühen, Risiken zu teilen und die Verantwortung für die Belange des anderen nicht zu scheuen.

Literatur

- BAuA (Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin) (Hg) (2002): Der Mobbing-Report. Repräsentativstudie für die Bundesrepublik Deutschland. Bremerhaven
- Binswanger, H. CH. (1998): Die Glaubensgemeinschaft der Ökonomen. München
- DGAUM (Deutsche Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin) (2006): Arbeitsmedizin heute – Konzepte für morgen. Stuttgart
- Hörmann, G. (2004): Gesundheit – Erziehung – Bildung. In: Medusana Stiftung: Mitten im Netz. Bünde 2004, S. 18-31
- Hörmann, G. (2006): Deprofessionalisierung als Transprofessionalisierung oder Qualifizierung als Strategie? In: Rapold, M. (Hg.) (2006): Pädagogische Kompetenz, Identität und Professionalität. Baltmannsweiler, S. 93-130
- Hörmann, G. (2007): Salutogenese: In: Landau, K. (Hg): Lexikon Arbeitsgestaltung. Stuttgart, S. 1101 f.
- Hörmann, G. (2007): Wer hat Recht in der Erziehung? Pädagogik und Justiz – ein konfrontatives Verhältnis? In: Hörmann, G./Trapper, Th. (Hg.): Konfrontative Pädagogik im intra- und interdisziplinären Diskurs. Baltmannsweiler, S. 149-182
- Kulke, U. (2006): Sägewerk für Leichen. In: Die Welt (Magazin) vom 14.11.2006, S. 10

- Landau, K./Pressel, G. (Hg.): Medizinisches Lexikon der beruflichen Belastungen und Gefährdungen. Stuttgart
- Mehrhoff, F. (Hg.) (2004): Disability Management. Stuttgart
- Mehrhoff, F./Schönle, P.W. (Hg.) (2005): Betriebliches Eingliederungsmanagement. Stuttgart
- RKI (Robert Koch Institut) (2003): Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Gesundheitsberichterstattung des Bundes Heft 13. Berlin
- RKI (Robert Koch Institut) (2006): Gesundheit in Deutschland. Berlin
- Schmid, M. (2006): Pathologischer Exportboom und Basarökonomie. In: ifo-Schnelldienst 59, Heft 1, S. 5-9
- Sinn, H.W. (2005): Die Basar-Ökonomie Deutschland: Exportweltmeister oder Schlußlicht? Berlin
- Triebig, G./Kentner, M./Schiele, R. (Hg.) (2003): Arbeitsmedizin. Handbuch für Theorie und Praxis. Stuttgart
- Weber, A./Hörmann, G. (2007): Psychosoziale Gesundheit im Beruf. Stuttgart
- Weber, A./Hörmann, G. (2006): Psychische und Verhaltensstörungen: Die Epidemie des 21. Jahrhunderts? In: Dtsch Arztebl 2006, 103 (13), S. 834-41
- Weber, A./Hörmann, G./Köllner, V. (2007): Mobbing – eine arbeitsbedingte Gesundheitsgefahr der Dienst- Leistungs-Gesellschaft? Publikation in Das Gesundheitswesen 2007
- Wolmerath M. (2004): Mobbing im Betrieb – Rechtsansprüche und deren Durchsetzbarkeit. (2.Auflage), Baden- Baden

Gesundheitsförderung als Beruf

1 Vorbemerkung

In diesem Beitrag wird nach einer einleitenden Beschreibung des Tätigkeits- bzw. Handlungsfeldes Gesundheitsförderung der gegenwärtige Stand bisheriger Qualifizierungsbemühungen und -konzepte im Bereich der „Gesundheitsförderung“ resümiert und versucht, die einschlägigen Verberuflichungschancen auszuloten.

2 Handlungsfeld Gesundheitsförderung

Der Gesundheitsbereich gehört zu den expansiven Zukunftsbranchen mit ganz zentralen Arbeitsfeldern und steigenden Beschäftigungschancen der einschlägigen, zumeist personenbezogene Dienstleistungen. (vgl. z.B.: Weidig/Hofer/Wolff 1999; Fretschner/Grönemeyer/Hilbert 2002) Dies stellt auch der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen in seinem jüngsten Gutachten heraus und verweist darauf, dass die Zahl der Beschäftigten in diesem Sektor im Jahr 2005 bei 4,4 Millionen lag, was 11% aller Beschäftigten in Deutschland entsprach.¹ Aus der Tatsache, dass das Gesundheitswesen einen erheblichen Wirtschaftsfaktor darstellt und nicht länger als konsumptiver Sektor gilt, resultiert auch eine gesellschaftliche Neubewertung, d.h. eine zunehmende Wertschätzung dieses Bereichs.

Als plakative Referenz für diesen Stellenwert und diese Entwicklung wird häufig auf die Konjunkturtheorie der „langen Wellen“ von Nicolai Kondratieff Bezug genommen, der 1926 in einer Publikation das Zyklusphänomen der Wirtschaft von 50-60 jähriger Dauer beschrieb. In diesem Abstand haben seit Beginn des Industriezeitalters technologische Basisinnovationen der Wirtschaft zuerst neue Produkte und Märkte beschert und dann alle Produktions- und Wirtschaftsgebiete revolutioniert. Bekannt gemacht hat diesen Ansatz der Trendforscher Leo Nefiodow, der anhand dieser Zyklen auch eine zukünftige Prognose wagt. So hat er in den 1990er Jahren zutreffend die „Informationstechnologie“ als Basisinnovation des sog. 5. Kondra-

¹ Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Gutachten 2007 (Kurzfassung), S. 17

tieff prognostiziert und er prognostiziert nunmehr unter dem Schlagwort „6. Kondratieff“ den Gesundheitssektor und hier die „Gesundheitsförderung“ als zukünftigen maßgeblichen Wachstumsmotor (vgl. Nefiodow 2006).

Mit der zugleich zu konstatierenden Abkehr vom bzw. der Relativierung des biomedizinischen und kurativen Gesundheits-/ Krankheitskonzeptes („Defizitmodell“) und der Orientierung an einem „bio-öko-psycho-sozialen Gesundheitsbild“ bzw. Ressourcenmodell (Göpel 2001) wächst auch das Interesse und die Relevanz gesundheitsfördernder und präventiver Strategien. Der damit einhergehende Einstellungswandel setzt statt der bisherigen Gesundheitsrisikoentlastung auf die Selbstverantwortung für die eigene Gesundheit, eine Haltung die in anderen Ländern durchaus gängig ist (z.B. Japan; Gesundheit als Lifestyle).

Befördert wird diese Aufgeschlossenheit durch die fortschreitende Elaborierung der gesundheitswissenschaftlichen Konzepte sowie – inzwischen auch (empirisch) belegbare – Erfolge und damit die gesundheitsökonomische Relevanz gesundheitsfördernder Maßnahmen (Stichworte: Evidenzorientierung, Evaluation; vgl. Christiansen 2003).

Auch wenn die Formierung der Gesundheitsförderung als Beruf noch nicht so weit fortgeschritten ist, dass es hier (schon) um die Abgrenzungen von spezifischen und ggf. vorbehaltenen Tätigkeiten geht, macht aufgrund der im Zusammenhang der Gesundheitsförderung verwendeten begrifflichen Varianten eine kurze terminologische Vergewisserung bzw. Verortung Sinn.

So erfolgt die Verwendung der z.T. auch in diesem Beitrag bereits verwendeten Termini „Gesundheitsförderung“, „Gesundheitsbildung“, „Gesundheitsaufklärung“, „Gesundheitsberatung“, „Gesundheitsförderung“ und mitunter auch des Terminus „Prävention“ sehr oft nebeneinander, ohne dass eine klare begriffliche Abgrenzung erkennbar ist. Der gemeinsame Nenner ist nach Laaser/Hurrelmann/Wolters (1993) das Verständnis, dass hiermit *Aktivitäten* von Personen und Institutionen zu bezeichnen sind, die auf die Verhütung von Krankheit und die Förderung von Gesundheit gerichtet sind.

Darüber hinaus nehmen die o.g. Autoren folgende begriffliche Akzentuierungen vor: Gesundheitsförderung und Gesundheitsbildung seien auf Aktivitäten bezogen, die vor allem in Familien und in Erziehungseinrichtungen ablaufen, um über Wissensvermittlung und pädagogische Kontakte Einstellungen, Kompetenzen und Fertigkeiten zu vermitteln, die der Selbstentfaltung dienen und das gesundheitsbewusste Verhalten eines Menschen fördern, während Gesundheitsberatung und Gesundheitsaufklärung alle Aktivitäten im öffentlichen Raum umfassten, die sich an Einzelpersonen oder an ein breites Publikum mit dem Ziel richteten, über Informationsvermittlung und Entscheidungshilfe Einstellungen zu verändern und Verhaltensweisen zu beeinflussen.

Gesundheitsförderung bezeichne zusammenfassend die vorbeugenden, präventiven Zugänge zu allen Aktivitäten und Maßnahmen, die die Lebensqualität von Menschen beeinflussten, wobei hygienische, medizinische, psychische, psychiatrische, kulturelle, soziale und ökologische Aspekte vertreten sein könnten und verhältnis- ebenso wie verhaltensbezogene Dimensionen berücksichtigt würden.

Die bereits in der obigen terminologischen Orientierung ansatzweise beschriebenen Tätigkeitsperspektiven finden sich in konkretisierter Form in der Ottawa-Charta (1986), in der drei Handlungsstrategien und fünf vorrangige Handlungsfelder der Gesundheitsförderung genannt werden :

Die erste dieser Handlungsstrategien ist die *Interessenvertretung* oder auch *Anwaltschaft für Gesundheit*, wobei gesundheitsförderliches Handeln darauf abziele, durch aktives, anwaltschaftliches Eintreten die gesundheits-schädlichen und -zutraglichen Faktoren (hier sind genannt: politische, ökonomische, soziale, kulturelle, biologische sowie Umwelt- und Verhaltensfaktoren) positiv zu beeinflussen und der Gesundheit zuträglich zu machen. In der zweiten Handlungsstrategie geht es um das *Befähigen* und *Ermöglichen*. Dabei bemühe sich gesundheitsförderndes Handeln darum, soziale Unterschiede des Gesundheitszustandes zu verringern sowie Möglichkeiten und Voraussetzungen zu schaffen, damit alle Menschen befähigt würden, ihr größtmögliches Gesundheitspotential zu verwirklichen. Dies umfasse sowohl Geborgenheit und Verwurzelung in einer unterstützenden sozialen Umwelt, den Zugang zu allen wesentlichen Informationen und die Entfaltung von praktischen Fertigkeiten als auch die Möglichkeit, selber Entscheidungen in Bezug auf die persönliche Gesundheit treffen zu können. Menschen könnten ihr Gesundheitspotential nur dann weitestgehend entfalten, wenn sie auf die Faktoren, die ihre Gesundheit beeinflussten, auch Einfluss nehmen könnten.

Die dritte Handlungsstrategie betrifft das *Vermitteln und Vernetzen* im Sinne eines koordinierten Zusammenwirkens unter Beteiligung aller Verantwortlichen in Regierungen, im Gesundheits-, Sozial- und Wirtschaftssektor, in nichtstaatlichen und selbstorganisierten Verbänden und Initiativen sowie in lokalen Institutionen, in der Industrie und in den Medien. Weiterhin seien Menschen aus allen Lebensbereichen als einzelne, Familien und Gemeinschaften einzubeziehen.

Als die damit korrespondierenden fünf wesentlichen Handlungsbereiche für Gesundheitsförderung wurden in der Ottawa-Charta 1986 identifiziert:

1. Die Entwicklung einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik,
2. die Schaffung gesundheitsförderlicher Lebenswelten,
3. die Unterstützung gesundheitsbezogener Gemeinschaftsaktionen,

4. die Entwicklung persönlicher Kompetenzen und
5. die Neuorientierung der Gesundheitsdienste und anderer gesundheitsrelevanter Dienste.

Im Hinblick auf die Generierung originärer Berufsbilder, d.h. der Verberuflichungsperspektiven von Gesundheitsförderung dürften die auf die zweite WHO-Handlungsstrategie („*Befähigen* und *Ermöglichen*“) Bezug nehmenden Handlungsbereiche zwei bis vier von besonderer Bedeutung sein, wobei ein Schwerpunkt auf dem vierten Handlungsbereich „*Entwicklung persönlicher Kompetenzen*“ liegt. In der Ottawa-Charta wird hierzu näher ausgeführt, dass Gesundheitsförderung „die Entwicklung von Persönlichkeiten und sozialen Fähigkeiten durch Information, gesundheitsbezogene Bildung sowie die Verbesserung sozialer Kompetenzen und lebenspraktischer Fertigkeiten“ unterstützt.

3 Verberuflichungsstrategien in der Gesundheitsförderung

Mit der sich aus den oben skizzierten Handlungsbereichen der Gesundheitsförderung resultierenden Forderung nach Entwicklung und Durchführung von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention verbindet sich die Frage, wer die beschriebenen Aufgaben in welcher Form wahrnimmt, d.h. insbesondere ob sich die anfallenden Tätigkeiten so bündeln lassen, dass sich daraus ein auf Erwerbsarbeit angelegtes Berufsprofil generieren lässt und welche Qualifizierungsbedarfe daraus resultieren.

Bisher kommt in den amtlichen Klassifikationen des Statistischen Bundesamtes „Gesundheitsförderung“ bzw. „Gesundheitsförderer“² als berufliche Kategorie nicht vor. Lediglich im Zusammenhang des Wirtschaftszweiges 85.14.4 „Sonstige selbstständige Tätigkeiten im Gesundheitswesen“³ wird die Tätigkeit der Gesundheitsberatung vermerkt, allerdings ausschließlich

2 Statistische Ämter des Bundes und der Länder: Klassifikation der Wirtschaftszweige, Ausgabe 2003 (<http://w3gewan.bayern.de/klass/index.htm>)

3 Diese Unterklasse umfasst alle übrigen humanmedizinischen Tätigkeiten, die nicht in Krankenhäusern oder von Ärztinnen und Ärzten, sondern von Angehörigen der paramedizinischen Berufe, die die rechtliche Befähigung zur Behandlung von Patientinnen und Patienten besitzen, ausgeübt werden. Hier eingeordnet werden auch Tätigkeiten von Krankenschwestern, Krankenpflegern, von Fachkräften für Beschäftigungstherapie, Sprachtherapie, medizinische Fußpflege usw. Diese Leistungen können sowohl in Gesundheitszentren, die Unternehmen, Schulen, Altenheimen, Gewerkschaften und Wohltätigkeitsvereinen angeschlossen sind, sonstigen Einrichtungen im Gesundheitswesen (mit Unterbringung) oder eigenen Behandlungsräumen, im Hause der Patientinnen und Patienten oder anderweitig erbracht werden.

unter dem Stichwort Gesundheitsberatung durch Angehörige der paramedizinischen Berufe.

Interessant ist allerdings, dass bei den zugehörigen Stichworten hier auch auf „Reiki (Lösung von Energieblockaden, Tiefenentspannung)“, „Atemschulung“, „Vitametikpraxen“, „Kurpacker (selbstständig)“ oder „Ganzkörperkältetherapie“ verwiesen wird, die jeweils sehr spezifisch akzentuierte Facetten von „Gesundheitsberatung“ repräsentieren.

Da Gesundheitsförderung bisher offensichtlich auf nationaler Ebene zumindest administrativ noch nicht als Berufsbild etabliert ist, sich hier aber ein gesellschaftlicher Handlungsbedarf artikuliert, stellt sich die Frage, ob es sich um eine Berufsinnovation handelt. Wie neue Berufe entstehen, auf welche Weise einzelne Berufsbilder zustande kommen und welche Akteure mit welchen Interessen daran mitwirken, beschäftigt insbesondere die Arbeits- und Berufssoziologie seit den 70er Jahren. (vgl. Beck/Brater/Daheim 1980, S. 21 f.) Als Grundprinzip der Verberuflichung kann danach die gesellschaftliche Arbeitsteilung angesehen werden, als „Zuordnung technisch-funktionell geteilter bzw. teilbarer Arbeitsabschnitte zu besonders damit befassten Personen oder Gruppen“ (vgl. ebd., S. 24). Unter den Bedingungen der Marktwirtschaft bieten Individuen, die bestimmte Fähigkeiten haben, ihre Arbeitskraft auf dem Arbeitsmarkt an. Da der Arbeitende darauf angewiesen ist, mittels seiner Arbeit den Lebensunterhalt für sich und seine Familie zu erwirtschaften, ist er darum bemüht, sich gegen Konkurrenz abzuschotten, was u.a. durch die Einführung von besonderen Qualitätsstandards, Zugangsregelungen oder auch die Monopolisierung der Ausbildungen geschieht. Der Beruf ist dann die Form, in der inhaltlich besondere Fähigkeiten als Ware auf dem Arbeitsmarkt angeboten werden. (vgl. ebd., S. 35 f.) Doch nicht jede Qualifikation kann auf dem Arbeitsmarkt bestehen. Sie muss auch vermarktbar sein, d.h. es muss Menschen geben, für die das Arbeitsergebnis einen direkten Nutzen, einen Gebrauchswert hat und die bereit und in der Lage sind, den Arbeitenden für seine Leistung zu bezahlen: „Aufgrund der Notwendigkeit, mit der Berufstätigkeit über den Austausch mit anderen den eigenen Lebensunterhalt zu verdienen, können grundsätzlich nur solche gesellschaftlichen Probleme, Bedürfnisse und Aufgaben in Form von Berufen bearbeitet werden, die mit entsprechender Kaufkraft verbunden sind und einen Träger - Kunden, Staat, Betrieb - finden, der sie marktgerecht ausschreibt.“ (vgl. ebd., S. 246)

Berufstheoretisch lässt sich die Entstehung eines neuen Berufs dem klassischen Konzept nach Beck u.a. folgend in fünf Phasen unterteilen:

Abbildung 1: Phasenmodell der Berufsentwicklung in innovativen Tätigkeitsfeldern

Phase	Merkmale
1. Gesellschaftlicher Bedarf	Neue Ideen, Bedürfnisse, Probleme, Methoden
2. Zahlungskräftige Nachfrage	Zielgruppen- bzw. problemspezifische Artikulation des Bedarfs durch potentielle Kunden/Abnehmer
3. Erwerbsförmige Bearbeitung	Angebot einer neuartigen Problemlösung/ Bedürfnisbefriedigung durch entsprechende Fachleute
4. Professionalisierung durch Aus-/Weiterbildung	Entwicklung von Aus- und Weiterbildungskonzepten
5. Institutionalisierung	Berufsbild, Zertifizierung, Berufsverbände, Öffentlichkeitsarbeit
6. Berufsentwicklung	Fachkongresse, Fortbildungen, Qualitätssicherung durch Leitbildarbeit und Qualitätszirkel

Während der „gesellschaftliche Bedarf“ – wie bereits dargelegt – hinsichtlich der beruflichen Formierung von Gesundheitsförderung inzwischen unstrittig ist, gibt es bezüglich der zwei weiteren Phasen „zahlungskräftige Nachfrage“ und „erwerbsförmige Bearbeitung“ noch einen wesentlichen Klärungsbedarf.

So ist, durchaus auch im Einklang mit der Genese anderer neuer Berufe, zu konstatieren, dass die mit den gesundheitsfördernden Maßnahmen verbundenen Anforderungen und Aufgaben zunächst einmal aufgegriffen werden, indem eine Ausdifferenzierung bzw. entsprechende Akzentuierung bestehender etablierter Berufsbilder stattfindet und/oder entsprechende Zusatzqualifikationen (Zusatzbezeichnungen usw.) vermittelt werden. Dies betrifft die etablierten Heilberufe (insbes. Ärzte, Apotheker) aber auch Lehrer (z.B. Gesundheits-/Pflegerlehrer, Sportlehrer)⁴, Psychologen, Sozialarbeiter und Sozialpädagogen und viele der Gesundheitsfachberufe, die nunmehr entsprechende curriculare Elemente in ihre Ausbildungen integrieren. Mitunter geht dies sogar mit der Umwidmung bisheriger Berufsbezeichnungen einher, wie z.B. im Fall der Krankenpflege, wo sich mit der Novellierung des

4 Es zeichnet sich sogar ab, dass Gesundheitsförderung Teil des Berufsbildes Lehrer wird, da Gesundheitsförderung und Prävention aus dem Focus der Gesundheitserziehung auch für den Bildungsbereich des öffentlichen Schulwesens und die allgemeine Weiterbildung relevant wird (Wulfhorst 2002).

Berufszulassungsgesetzes im Jahr 2003 auch die Berufsbezeichnung in „Gesundheits- und Krankenpfleger/in“ geändert hat.

Ob diese Etablierung von Gesundheitsförderung als „Zusatzqualifikation“ bzw. „Kompetenzerweiterung“ etablierter (beruflicher oder akademischer) Tätigkeitsmuster berufstheoretisch als Vorstufe bzw. Übergangsphase auf dem Weg zu einem eigenständigen Berufsprofil angesehen werden kann, ein solches auf Dauer ergänzt oder aber substituiert und damit verhindert, ist derzeit noch nicht klar auszumachen.

Auf der anderen Seite entstehen durchaus aber auch neue spezifische Berufsbilder in der Prävention und Gesundheitsförderung und zwar sowohl auf der Ebene beruflicher Bildung als auch in Form von einschlägigen Studiengängen an Hochschulen, auf die nun in den folgenden Kapiteln eingegangen wird.

Vor diesem Hintergrund wird verständlich, dass die berufliche Formierung von Gesundheitsförderung auch hinsichtlich der als Phase 4 ausgewiesenen Entwicklung von Aus- und Weiterbildungskonzepten noch um eine Profilierung ringt. Über die Frage, ob es sich im gegebenen Fall um eine berufliche Kernkompetenz handelt oder Gesundheitsförderung als Zusatzaufgabe bzw. Bereicherung eines etablierten Berufs rubriziert wird, geht es bei der Qualifizierung des Weiteren auch noch darum, ob die Qualifizierung als Aus- oder Weiterbildungsmaßnahme⁵ konzipiert wird und wie sie im Bildungssystem verortet ist: als Berufsbildung im Sekundarbereich oder als Hochschulbildung im tertiären Bildungssektor.

3.1 Gesundheitsförderung als berufliche Qualifizierung

Im Gegensatz zur Hochschulbildung, deren Studiengänge genehmigt bzw. akkreditiert sein müssen, existiert in der beruflichen Bildung ein breites mitunter nur schwer überschaubares Angebot an Qualifizierungswegen. Sofern die Aus-, Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen nämlich nicht auf den Erwerb staatlicher bzw. rechtlich normierter Abschlüsse zielen (z.B. sog. anerkannte Ausbildungsberufe nach Berufsbildungsgesetz, Weiterbildungsgesetze/-regelungen der Länder), keine staatliche Förderung erfolgt bzw. Zuschüsse beantragt werden (z.B. Ersatzschulen) und die Zielgruppe nicht mehr der (Berufs-)Schulpflicht unterliegt, orientieren sich die beruflichen

5 In der Bundesrepublik Deutschland wird der Begriff 'Weiterbildung' als Oberbegriff für die allgemeine (inklusive politische) und beruflich orientierte Erwachsenenbildung verstanden. Weithin akzeptiert ist dabei die vom Deutschen Bildungsrat im „Strukturplan für das Bildungswesen“ vorgenommene Definition von Weiterbildung „als Fortsetzung oder Wiederaufnahme organisierten Lernens nach Abschluss einer unterschiedlich ausgedehnten ersten Bildungsphase“ (Deutscher Bildungsrat 1970, S. 197). Zudem erfolgt einem weiten Begriffsverständnis folgend eine synonyme Verwendung der Begriffe „berufliche Fort- und Weiterbildung“.

Bildungsmaßnahmen lediglich an Angebot und Nachfrage auf dem Bildungsmarkt.

Entsprechend vielfältig ist das Spektrum der angebotenen Kurse, Maßnahmen, Lehrgänge, Bildungsgänge u.ä., die nach Anbieter, Zielgruppe, Inhalten, Dauer, Abschlüssen und nicht zuletzt hinsichtlich der Kosten variieren.

Im Rahmen einer kursorischen Recherche zu Bildungsangeboten zur Gesundheitsförderung bei der von der Bundesagentur für Arbeit verantworteten und fast 600.000 Veranstaltungen von ca. 20.000 Einrichtungen umfassenden Datenbank KURS (www.kurs.de) lassen sich z.B. Qualifizierungen zum Präventionstrainer⁶ oder zum/r Gesundheitsberater(in)⁷ nachweisen. Angesiedelt an der Schnittstelle von Gesundheitsförderung/Sport (und damit i.d.R. als Fort/Weiterbildung an Therapie- und Rehabilitationsberufe gerichtet) sind Qualifizierungen zum/zur Präventions- und Gesundheitstrainer(in) für Aerobic und Step-Aerobic⁸, zum Gesundheitstrainer(in) - Bereich Bewegung und Entspannung für Senioren⁹, zum Fitness- und Gesundheitstrainer(in)¹⁰ oder zum Präventions- und Gesundheitstrainer(in): Gesundes Nordic Walking¹¹. Weitere einschlägige Angebote wie der Gesundheitstrainer(in)/Wellnesstrainer(in)¹² bewegen sich an der Nahtstelle von Gesundheitsförderung und Wellness.

Da letztere eine bei Bildungsinteressenten nachgefragte Branche ist, hat hierzu auch unlängst (2005) die Stiftung Warentest im Rahmen ihrer „Wei-

6 Dauer: 3 Module an 3 Tagen; Zielgruppe: med. Fachangestellte, Fachpersonal im Gesundheitswesen

7 Das Curriculum der Weiterbildung wurde in Anlehnung an den § 20 Abs. 1 und 2 des SGB V und den gemeinsamen und einheitlichen Handlungsfeldern und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen gestaltet; Zielgruppe: Fachkräfte der Alten- und Krankenpflege, Heilpraktiker(innen), Masseur(e/innen), medizinische Bademeister(innen), Berater(innen) im Gesundheitswesen, Fachkräfte in Rehabilitations- und Kureinrichtungen, medizinische Fußpfleger(innen) und Podolog(en/innen), PTAs, Physiotherapeut(en/innen), Sport- und Gymnastiklehrer(innen), Fachkräfte aus der Touristikbranche, Mitarbeiter(innen) bei Rentenversicherungsträgern und in Gesundheitsämtern, Erzieher(innen), Heilerziehungspfleger(innen), Pädagog(en/innen); weitere Berufe können auf Antrag zugelassen werden; Dauer: 18 Monate; 2.890,00 EUR zzgl. EUR 100,- Einschreibgebühr zzgl. EUR 150,- Prüfungsgebühr; Zertifikat der Fachakademie für Pflegemanagement

8 Dauer 18 Stunden; Zielgruppe: Physio- und Ergotherapeut(en/innen), Masseur(e/innen), Dipl.-Sport-, Sport- und Gymnastiklehrer(innen); Teilnahmebescheinigung/ Zertifikat

9 Dauer: 2 Tage, Bescheinigung/ Zertifikat

10 Mindestalter: 18 Jahre, Schulbildung: Realschulabschluss oder 10 Klassen; Dauer: 4 Wochenenden; Lehrgangsgebühr: EUR 850,- EUR, Abschlussprüfung: EUR 99,- EUR; Gesundheitstrainer RP nach interner Prüfung

11 Dauer: 2 Tage, 180 EUR, Teilnahmebescheinigung

12 Zielgruppe: Mitarbeiter(innen) in ausgewählten Gesundheitsfachberufen; Dauer: 10 Monate, EUR 4.995,-; Abschluss: Medizinische(r) Wellnesstrainer(in)

terbildungstests“ eine Marktuntersuchung der Weiterbildungen zum Wellnessberater und zum Wellnesstrainer auf der Basis einer schriftlichen Befragung der Anbieter vorgelegt.

Danach liegt das Problem dieser – und das gilt im übrigen für alle anderen o.g. Angebote – Qualifizierungen jenseits der z.T. erheblichen Kosten neben der formalen und inhaltlichen Inhomogenität (kein Berufsbild, keine Prüfungsstandards) in der fehlenden staatliche Anerkennung der Bildungsmaßnahmen und der nicht anerkannten Abschlüsse bzw. geschützten Berufsbezeichnung. Damit sind diese Maßnahmen im (Berufs-) Bildungssystem nicht anschlussfähig, d.h. es gibt keine horizontale und vertikale Durchlässigkeit; im Beschäftigungssystem fehlt ihnen die „Tariffähigkeit“.

Von den in der o.g. Datenbank KURS recherchierten Maßnahmen basiert einzig die Qualifizierung zum Fachwirt(in) Sozial- und Gesundheitswesen¹³ auf einschlägigen Rechtsnormen der Berufsbildung und führt zu einem anerkannten Weiterbildungsabschluss.

Weder in den angeführten Datenbanken nachweisbar noch in der Fachdiskussion erwähnt, existiert ein einschlägiges Ausbildungsangebot, das von den Trägern der gesetzlichen Unfallverhütung¹⁴ angeboten wird. Dabei handelt es sich um die Aus- und Fortbildung von Personen, die in den Unternehmen mit der Durchführung von Maßnahmen zur Verhütung von Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren sowie mit der Ersten Hilfe betraut sind. Das Bildungskonzept für diese Fachkräfte für Arbeitssicherheit basiert auf dem berufsgenossenschaftlichen Präventionskonzept und ist als ein aufeinander aufbauendes, handlungsorientiertes und strukturiertes Lernkonzept aufgebaut (vgl. Hamacher/Wienhold 1996; Wulfhorst 2002). Es werden drei Ausbildungsstufen unterschieden: Die Grundausbildung (6 Wochen), die vertiefende Ausbildung (2 Wochen) und die wirtschaftsbereichsbezogene Erweiterung und Vertiefung der Fachkunde (bis zu 4 Wochen). Im Rahmen der Aus- und Fortbildungsmaßnahmen an den Schulungsstätten der Unfallversicherungs-

13 Anbieter: z.B. Industrie und Handelskammer Saarland und IHKS in anderen Bundesländern; es gelten die Zugangsvoraussetzungen nach § 2 der Rechtsvorschrift zur Fortbildungsprüfung "Fachwirt(in) für Prävention und Gesundheitsförderung" der IHK Saarland; Dauer: mehr als 1 Jahr bis 2 Jahre; 18 Monate inkl. 35 Tage Präsenzphase; Kosten: 5.994,00 EUR; Abschluss : Fachwirt(in) für Prävention und Gesundheitsförderung (IHK); Inhalte: Servicefachkraft, Fitnesstrainer(in) B-Lizenz, Ernährungstrainer(in) B-Lizenz, Betriebsleiter(in), Marketingmanager(in), Gesundheitscoach, Trainer(in) für Cardiofitness, Gesundheitstrainer(in), Entspannungstrainer(in)

14 Träger der gesetzlichen Unfallversicherung sind nach § 114 (1) SGB VII die gewerblichen sowie landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften, der Bund, die Eisenbahnunfallkasse, die Unfallkasse der Post und Telekom, die Unfallkassen der Länder, die Gemeindeunfallversicherungsverbände und Unfallkassen der Gemeinden, die Feuerwehrunfallkassen sowie die gemeinsamen Unfallkassen für den Landes- und den kommunalen Bereich.

träger wurden bereits 1993 rund 360.000 Personen unterrichtet (Coenen/Meffert 1996)¹⁵.

Gestützt wird die trotz der zwei letztgenannten Beispiele für sinnfällige Berufskonzepte (Fachwirt(in) - Sozial- und Gesundheitswesen, Fachkräfte für Arbeitssicherheit) insgesamt skeptische Einschätzung der beruflichen Formierung von Gesundheitsförderung im Rahmen beruflicher Aus- und Weiterbildung auch durch eine einschlägige empirische Untersuchung zur Genese neuer Berufsbilder, in die auch die Tätigkeit bzw. das Berufsbild „Gesundheitsberatung“ als Sammelbegriff für gesundheitsfördernde berufliche Aktivitäten einbezogen wurde. Diese wurde vom Mitautor Bals Ende der 90er Jahre (1997 - 1999) zusammen mit der Gesellschaft für Ausbildungsforschung und Berufsentwicklung München für das Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB) durchgeführt.¹⁶

Danach resultierten die Impulse zur Entwicklung des neuen Tätigkeits- und Qualifikationsprofils „Gesundheitsberater“ – im Einklang mit den Ausführungen zu Beginn dieses Beitrages – primär aus der Wissenschaftsentwicklung (wissenschaftskritische Auseinandersetzungen über die Grenzen der klassischen Schulmedizin) und der Etablierung von Rechtsnormen, hier des Gesundheits- und Sozialrechts (Gesundheitsstrukturreform-Gesetzgebung seit 1989 : § 20 SGB V - Gesundheitsförderung und Prävention). Daneben sind auch Determinanten, wie ein neuer Bedarf am Markt (ganzheitliche, personenbezogene gesundheitliche Dienstleistungen) relevant. Mit der im Zuge der Finanznöte der Krankenkassen 1996 erfolgten Streichung des § 20 SGB V bzw. der Eingrenzung auf traditionelle Präventionsmaßnahmen, brach ein Grundpfeiler für die dauerhafte Entstehung eines beruflichen Tätigkeitsfeldes Gesundheitsberatung – nämlich die zahlungskräftige Nachfrage – weg. Damit fehlte ein wesentliches Konstitutionsprinzip für ein tatsächliches Erreichen der Berufsförmigkeit, nämlich die Dauerhaftigkeit und Stabilität beruflich zu bearbeitender Probleme. Folge davon bzw. Indizien dafür waren die Auflösungserscheinungen des bis dahin vorhandenen Aus-/Weiterbildungsangebotes.

Als weitere Anhaltspunkte für die Problematik einer standardisierten einschlägigen beruflichen Ausbildung wurden das – schon begrifflich – un-

15 Die hier erhobene Bildungstätigkeit der Unfallversicherungsträger beinhaltet allerdings auch den Bereich der internen Ausbildung der nach § 18 SGB VII zu beschäftigenden Aufsichtspersonen, bei der es sich i.d.R. um die Weiterbildung von akademisch qualifiziertem Personal handelt. Die Ausbildung dieser Mitarbeiter des Präventionsdienstes der Berufsgenossenschaften ist auf zwei Jahre angelegt und in vier Ausbildungskomplexe gegliedert (Grundausbildung, BG-übergreifendes Angebot an Fachthemen, BG-eigene Ausbildung und Praxisausbildung sowie Fortbildung).

16 Die Ergebnisse wurden auszugsweise bereits verschiedentlich publiziert: vgl.: Bals 2002; Bals/Brater/Hemmer-Schanze/Meifort 2001

scharfe Profil¹⁷, die heterogene Zielgruppe und die weltanschauliche bzw. ideologische Orientierung vieler Gesundheitsberater ausgemacht. Genauso divergent erwies sich auch die Kommunikationsstruktur unter Gesundheitsberatern. Presseorgane, in denen sich einschlägige Artikel bzw. Anzeigen (insbesondere von Aus- und Weiterbildungsstätten) finden, waren die Zeitschrift „praxis nah“ (hrsg. vom Bund Deutscher Arzthelferinnen/ GdA), das „UGB-Forum“ (UGB/Giessen), „Der Gesundheitsberater“ (GGB/Lahnstein), die „AHL-Nachrichten“ (hrsg. von der Akademie für ganzheitliche Lebens- und Heilweisen), zum Teil aber auch das „Deutsche Ärzteblatt“ sowie die Zeitschriften „Reformhaus“, „Patienten Post“, „Ärzte-Zeitung“, „Ringelblume“, „Der Naturarzt“, „Prävention“ und „Dr. med. Mabuse“ sowie des Weiteren – nicht zu unterschätzen – verschiedene regionale Zeitungen. Nicht zuletzt fehle es den Gesundheitsberatern auch an einer einheitlichen Organisationsstruktur der Interessenwahrnehmung und damit einer Einbindung in die Partizipationsstrukturen des Gesundheits- bzw. Sozialwesens.

Rekurrierend auf den Ausbildungsstand bzw. das -niveau als ein Merkmal der Verberuflichung, wurde in der Studie konstatiert, dass trotz der schon längeren Existenz des Qualifikations- und Tätigkeitsprofils „Gesundheitsberater“ kein Konzept einer grundständigen Ausbildung nachweisbar sei. Optimistisch ausgedrückt könne man aus den bislang vorhandenen Weiterbildungsmaßnahmen allenfalls schlussfolgern, dass diese Qualifizierung sich auf dem Weg zum Beruf über den „Umweg“ Zusatzqualifizierung/ Weiterbildung befindet. Skeptischer formuliert, könnte man mit eben solcher Berechtigung vermuten, dass hier eine Verberuflichungsvoraussetzung im Sinne eines Ausbildungs- oder Weiterbildungsberufs nicht absehbar ist.

Daher wird in der Studie resümiert, dass die Qualifikation „Gesundheitsberater“ wohl über das Niveau einer Zusatzqualifikation für vor allem Arzthelfer, Erzieher, Krankenpflegekräfte u. ä. nicht hinauskomme und unter Erwerbgesichtspunkten wenig bzw. nichts bringe. Nach einer anfänglichen Euphorie zu Beginn der 90er Jahre gebe es inzwischen kaum Beschäftigungsmöglichkeiten als Gesundheitsberater. Qualifikation und Tätigkeitsfeld fielen auseinander; Gesundheitsberater verfügten über kein eigenes Tätigkeitsfeld. Es existierten kaum bzw. keine Beschäftigten i.S. von Arbeitgebern, die aufgrund dieser Qualifikation Arbeitsplätze besetzen. Selbst die Krankenkassen, auf die sich die Erwartungen primär richteten, stellten nicht mehr ein, wie sowohl die Erfahrungen der Befragten als auch eine vom Landesverband der Volkshochschulen in Niedersachsen 1991 durchgeführte regionale Erhebung belegen. Ggf. werde dort für solche Aufgaben eigenes

17 Mit dem Qualifikationsprofil „Gesundheitsberater“ wird das gesamte Tätigkeitsfeld auch terminologisch anders lautender beruflicher Tätigkeiten wie „Gesundheitsbildner“, „Gesundheitspädagoge“, „Gesundheitserzieher“, „Gesundheitstrainer“ oder „Gesundheitsförderer“ mit eingeschlossen.

vorhandenes Personal weitergebildet. Versuche von Gesundheitsberatern, mit Ärzten zusammen zu arbeiten, blieben trotz prinzipiellen Interesses mangels Abrechnungsmöglichkeiten erfolglos. Auch Kunden bzw. Abnehmer der Dienstleistung „Gesundheitsberatung“ seien kaum bereit, dafür zu zahlen. Deshalb sei die Qualifikation zum Gesundheitsberater als Grundlage zur Finanzierung des Lebensunterhaltes auch als Freiberufler oder Honorarkraft offensichtlich ungeeignet.

Interessanterweise hätten viele der befragten „Gesundheitsberater“ angegeben, die Qualifizierung ohnehin eher aus persönlichen Gründen (z.B. Therapieerfolg mit eigener Arthritis) oder allenfalls als Zusatzqualifikation, denn zur Erreichung eines späteren Erwerbszwecks angestrebt zu haben. Außerdem rekrutierten sich – wie die o. g. Evaluationsstudie des Landesverbandes der Volkshochschulen Niedersachsens deutlich mache – die Gesundheitsberater im Regelfall aus Frauen, die z.B. als ausgebildete (Zahn-)Arzthelferinnen, Erzieherinnen u.ä. häufig über den Weg der Gesundheitspädagogik einen (moderaten) (Wieder-)Einstieg ins Berufsleben anstreben. Für den eher persönlichen Zugang zur Qualifikation bzw. Tätigkeit als Gesundheitsberater spreche auch, dass die Befragten i.d.R. keine Beschäftigungsinsereate sichten und auch selbst nicht inserieren.

Aus der Fallstudie wurde deutlich, dass das Profil „Gesundheitsberater“ im Hinblick auf eine Verberuflichung über die Anfangsphase breit gefächerter unterschiedlicher Qualifizierungsangebote für eine völlig heterogene Zielgruppe nicht hinausgekommen ist. Obwohl das Tätigkeitsprofil bereits seit Beginn der 90er Jahre bestehe, seien keine konvergenten einschlägigen verbandlichen Aktivitäten oder administrativen Zuständigkeiten bzw. Verantwortlichkeiten zu verzeichnen. Qualifizierung und Tätigkeit des Gesundheitsberaters habe deshalb keine rechtliche oder tarifliche Basis; auch die versicherungsrechtliche Seite der Betätigung sei ungeklärt.

Die Studie schließt mit dem Fazit, dass die Tätigkeit „Gesundheitsberatung“ im Bereich der beruflichen Qualifizierung unterhalb des Hochschulbereichs offenbar nicht beschäftigungswirksam werden kann; berufliche Perspektiven werden nach den Ergebnissen der Fallstudie nur für „exotische“ Gesundheitsberater (Lebensberatung, Esoterik usw.) oder für akademische Gesundheitswissenschaftler gesehen. Ob Gesundheitsberatung als gescheiterter Verberuflichungsansatz, oder als berufliche Innovation für einschlägige Hochschulstudiengänge anzusehen ist, bleibe beim derzeitigen Entwicklungsstand noch offen.

Vor diesem Hintergrund macht es Sinn, sich nunmehr mit den einschlägigen Studienprogrammen und akademischen Weiterbildungen auseinanderzusetzen.

3.2 *Akademische Qualifizierungsangebote zur Gesundheitsförderung*

Im Hochschulbereich sind Bildungsangebote zur Qualifikation im Gesundheitswesen einschließlich derer für Gesundheitsförderung en vogue. Damit folgt man Entwicklungen in anderen Ländern, wo auch neue Gesundheitsberufe entstanden sind, die zentral auf gesundheitsfördernden bzw. pädagogischen Inhalten basieren. So ist in den USA der Beruf des „health-educators“ bereits seit den 1930er Jahren etabliert. Es bestehen an mehr als 200 amerikanischen Colleges und Universitäten Studienangebote mit eigenständigen Abschlüssen im Bereich „Health-Education/Health Promotion“. Auch in den Niederlanden und Großbritannien gibt es seit mehreren Jahren eigenständige und anerkannte Studiengänge und Berufsabschlüsse. In den USA wurden vor einigen Jahren nationale Standards für die Ausbildung in „Health Education“ entwickelt. Die Berufslizenz ist an die Teilnahme an einer bundesweiten Prüfung und den Nachweis einer regelmäßigen Weiterbildung gebunden. Das Berufsprofil orientiert sich am Modell des Beraters für Personen, Gruppen und Organisationen und die Professionalisierung ist weit fortgeschritten, denn es gibt bereits Bemühungen um eine verbindliche Qualitätssicherung und eine Haftpflichtversicherung für Fehler in der Ausübung der beruflichen Praxis (vgl. Göpel o.J., Cleary 1996, Redican 1996, Mail 1994).

Die Expansion der akademischen Gesundheitsförderung in der Bundesrepublik Deutschland geht aber z.T. auch auf Entwicklungen im Hochschulbereich zurück und zwar auf den politisch forcierten Ausbau der Studienkapazitäten an Fachhochschulen, wonach statt der z.Zt. ca. 35% zukünftig die Hälfte der Studierenden dort studieren soll. Da die Möglichkeiten zusätzlicher Studienkapazitäten in den traditionellen Domänen der Fachhochschulen (Technik, Wirtschaft, Sozialpädagogik, Religionspädagogik) begrenzt waren, haben sich die Fachhochschulen schon seit Beginn der 90er Jahre für die Entwicklung akademischer Perspektiven im Gesundheitsbereich sehr aufgeschlossen gezeigt. Es gibt in diesem Zusammenhang auch Stimmen, die die besondere Eignung von Universitäten für die Gesundheitswissenschaften oder – wie z.B. Göpel (2001, S. 94) – von Fachhochschulen für auf den Erwerb gesundheitsfördernder Kompetenzen angelegter Studienangebote herausstellen. Mit der Umstellung der Studienstrukturen auf Bachelor- und Masterabschlüsse, die sowohl an Fachhochschulen als auch Universitäten erworben werden können, relativieren sich allerdings die in diesem Zusammenhang angeführten Argumente, zumal beide Abschlüsse berufsqualifizierend sein sollen.

Kälble und v. Troschke (1998) zählen in ihrem Ende der 90er Jahre erschienenen „Studienführer Gesundheitswissenschaften“ bereits insgesamt

132 Studienangebote¹⁸ an deutschen Universitäten, pädagogischen Hochschulen und Fachhochschulen auf, von denen jedoch nur ein kleiner Teil im engeren Sinne als Qualifizierungsangebote zur Gesundheitsförderung charakterisiert werden können.

Basierend auf einer aktuellen Recherche im Hochschulkompass der Hochschulrektorenkonferenz (HRK) lassen sich derzeit 20 einschlägige Angebote an deutschen Hochschulen nachweisen, deren angestrebte Kernkompetenz auf „Gesundheitsförderung“ resp. „Gesundheitswissenschaften“ zielt. Wie aus den folgenden Übersichten hervorgeht (siehe Abbildung 2), handelt es dabei um zehn grundständige Studiengänge, deren Studiengangsbezeichnung jeweils zur Hälfte auf „Gesundheitsförderung“ und auf „Gesundheitswissenschaften“ zielt. In einer ähnlichen Dimension, nämlich insgesamt 10 Standorten, existieren einschlägige weiterführende Studienangebote, die in drei Fällen unter „Gesundheitsförderung“ und an sieben Hochschulen unter „Gesundheitswissenschaften“ firmieren.

Abbildung 2: Studienangebote im Bereich „Gesundheitsförderung“ und „Gesundheitswissenschaften“ (Quelle: HRK, Bonn, www.hochschulkompass.de, sowie Homepage der Hochschulen)

	Bereich Gesundheitsförderung o.ä.	Bereich Gesundheitswissenschaften o.ä.
Grundständiges Studium	PH Schwäbisch Gmünd/ Gesundheitsförderung/ 6 Sem., Bachelor of Science PH Heidelberg/ Gesundheitsförderung/ 6 Sem., Bakkalaureus (BA) FH Nordhausen/ Gesundheits- und Sozialwesen/ Health and Social Services/ 6 Sem., Bachelor of Arts Hochschule für angewandte Wissenschaften FH Coburg/ Integrative Gesundheitsförderung/ 7 Semester, Bachelor of Arts Univ. Freiburg/ Sportwissenschaft - Bewegungsbezogene	Univ. Halle-Wittenberg/ Gesundheits- und Pflegewissenschaft/ 9 Sem., Diplom Pflege- und Gesundheitswissenschaftler/-in Hochschule Neubrandenburg/ Gesundheitswissenschaften/ 6 Sem., Bachelor of Science FH Bielefeld/ Pflege und Gesundheit/ 6 Semester, Bachelor of Science Univ. Bremen/ Public Health/ Gesundheitswissenschaften/ 6 Sem., Bachelor of Arts (B.A.) Univ. Bielefeld/ Health Communication/ 6 Sem., Bachelor of Sci-

¹⁸ Als gesundheitswissenschaftliche Angebote werden neben den Gesundheitswissenschaften/Public Health-Studiengängen dort z.B. auch die Studienangebote für Lehrtätigkeiten in Gesundheits-/ Pflegeberufen sowie (z.T. duale/ ausbildungsintegrierende) Fachhochschulstudiengänge wie Augenoptik, Ergotherapie, Pflegemanagement oder Caritaswissenschaft aufgeführt.

	Gesundheitsförderung/ 6 Sem., Bachelor of Arts	ence
Weiterführendes Studium	<p>Univ. Flensburg/ Gesundheitsförderung durch Gesundheitsbildung/ 4 Sem., Magister</p> <p>FU Berlin/ Psychosoziale Prävention und Gesundheitsförderung/ 4 Sem., Master of Public Health</p> <p>FH Heidelberg - Staatlich anerkannte Fachhochschule der SRH/ Soziale Arbeit - Gesundheitsförderung und Rehabilitation/ 20 Monate, Master of Arts</p>	<p>Univ. Halle-Wittenberg/ Gesundheits- und Pflegewissenschaft/ 4 Sem., Master of Science</p> <p>Hochschule Neubrandenburg/ Gesundheitswissenschaften/ 4 Sem., Master of public health and administration</p> <p>TU Dresden/ Gesundheitswissenschaften - Public Health/ 4 Sem., Magister of Public Health</p> <p>Univ. München/ Öffentliche Gesundheit und Epidemiologie/ 4 Sem., Magister (Masterstudien-gang)</p> <p>Univ. Bielefeld/ Public Health/ 4 Sem., Master of Public Health (MPH)</p> <p>Univ. Bremen/ Public Health/ Gesundheitswissenschaften/ 4 Sem., Master of Arts</p> <p>Univ. Mainz/ Epidemiologie/ 4 Sem., Master of Science (Epidemiologie)</p>

Ohne in eine Würdigung der einzelnen Studienprogramme einzutreten, fällt die Inhomogenität des Studienangebotes auf. Während die Ausrichtung auf unterschiedliche Zielgruppen und insbesondere auch die Varianten der Organisationsform des Studiums durchaus Sinn machen, sind die Vielfalt der Studiengangs- und Abschlussbezeichnungen sowie die inhaltlichen Profilierungen problematisch.

Selbst die im Verbund „Hochschulen für Gesundheit e.V.“ (<http://www.hochges.de/>), dessen Existenz berufstheoretisch ggf. als Indiz für die „Institutionalisierungsphase“ angesehen werden kann, organisierten Studiengänge differieren bei ähnlichen Zielsetzungen in wesentlichen Aspekten ihrer Studienprogramme.

Da im Zuge des Systemwechsels bei der Genehmigung von Studiengängen („Akkreditierung“) nunmehr auch das Ordnungsmittel der „Rahmenprüfungsordnungen“ als Referenz nicht mehr zur Verfügung steht, fehlt es nicht nur an der einheitlichen Terminologie sondern auch an einem überzeugenden verbindlichen „Orientierungs-Rahmen“ für Qualifikationsange-

bote, der zur Entwicklung eines prägnanten Berufsprofils notwendig ist (Relevanz der Berufsbildentwicklung für „Institutionalisierungsphase“).

Eventuell könnte hier aber ein Blick über den nationalen Horizont hinaus hilfreich sein. So sind im Rahmen der bereits oben, im Zusammenhang der Entstehung originärer, z.T. lizenzierter Gesundheitsberufe in den USA erwähnten Studiengänge („Health-Education“) im Rahmen der Etablierung von Standards für die Ausbildung in „Health Education“ Kompetenzprofile entwickelt worden (vgl. Frauenknecht 2005). Im folgenden wird exemplarisch ein solches Profil in der Abbildung 3 dargestellt, das an die aktuelle Diskussion um Qualitätskriterien für die Gesundheitsförderung und Prävention anknüpft und hinsichtlich der Übertragbarkeit auf in Deutschland zu konzipierende (akademische) Aus- und Weiterbildungsangebote zur Gesundheitserziehung durchaus diskutabel ist.

Abbildung 3: Übersicht über Verantwortlichkeiten und Kompetenzen für das akademische Berufsbild „Gesundheitserziehung“ in Anlehnung an American Journal of Health Studies: „Responsibilities and Competencies for Health Educators (<http://ajhs.tamu.edu/>, Abfrage vom 10.9.2005), Quelle: Wulfhorst 2006

Tätigkeitsfeld/ Verantwortlichkeit	Kompetenzen (Kernkompetenzen mit jeweils 4-5 hier nicht aufgeführten Subkompetenzen)
1. Einschätzung/ Bewertung von individuellem und öffentlichem Bedarf an Gesundheitserziehung	<ul style="list-style-type: none"> • Informationsbeschaffung von gesundheitsbezogenen Daten (sozial-kulturelle Faktoren, Bedarf, Interessen) • Verhaltensweisen unterscheiden können, die Wohlbefinden behindern oder befördern • Ableiten von Bedarf an Gesundheitserziehung auf Basis der beschafften Daten • Festlegung von Faktoren, die Lernen und Entwicklung beeinflussen
2. Planung effektiver Gesundheitserziehungsprogramme	<ul style="list-style-type: none"> • Öffentliche/kommunale Organisationen verpflichten/einbinden, Verbündete suchen (Netzwerke bilden), potenzielle Teilnehmer in Programmplanung einbinden • Entwicklung eines logischen und sequenzierten Plans für das Programm • Formulieren von angemessenen und messbaren Programm-Zielen • Entwicklung des pädagogischen Programms in Übereinstimmung mit den Programmzielen • Entwicklung von Gesundheitserziehungsprogrammen unter Berücksichtigung sozialer Marketing-Prinzipien

Tätigkeitsfeld/ Verantwortlichkeit	Kompetenzen (Kernkompetenzen mit jeweils 4-5 hier nicht aufgeführten Subkompetenzen)
3. Implementation von Gesundheitserzie- hungsprogrammen	<ul style="list-style-type: none"> • Vorweisen von Kompetenz in der Durchführung geplanter Gesundheitserziehungsprogramme • Ableitung von Zielen, die notwendig sind, um pädagogische/ unterrichtliche Programme in speziellen Settings umzusetzen • Auswählen von Methoden und Medien, die am besten geeignet sind, um Programme für bestimmte Adressaten (Lerner) zu implementieren • Prozessbegleitende Evaluation und ggf. Anpassung von Zielen und Aktivitäten
4. Evaluation der Effektivität von Ge- sundheitserzie- hungsprogrammen	<ul style="list-style-type: none"> • Entwicklung von Evaluationsplänen in Bezug auf die Programmziele • Ausführen des Evaluationsplans • Interpretation/Auswertung der Ergebnisse der Programmevaluation • Ableitung von Schlussfolgerungen aus den Ergebnissen in Bezug auf zukünftige Programmplanung
5. Koordination von Gesundheitserzie- hungsanbietern/ Gesundheits- dienstleistern	<ul style="list-style-type: none"> • Planung der Koordination von Gesundheits- erziehungsanbietern • Ermöglichung der Kooperation zwischen verschiedenen Ebenen von Programm-Personal • Formulieren von praktischen Modellen der Kooperation zwischen Versicherungen und Organisationen • Organisation von Trainingsprogrammen für Lehrer, Ausbilder und weiteres interessiertes Personal
6. Als Mittler für Ge- sundheitserziehung handeln	<ul style="list-style-type: none"> • Effektive Nutzung von Informationstechnologien/ -systemen • Aufbau effektiver Konsultationsbeziehungen zu Nachfragern bzgl. Lösungen gesundheits- bezogener Probleme • Interpretation und Beantwortung gesundheits- bezogener Fragestellungen • Sammeln effektiven Informationsmaterials zur Weiterverteilung
7. Kommunizieren des Gesundheits- und Gesundheitser- ziehungsbedarf, Anliegen und Res- ourcen	<ul style="list-style-type: none"> • Interpretation von Konzepten, Absichten und Theorien von Gesundheitserziehung • Einschätzung der Bedeutung von gesellschaft- lichen Wertesystemen für Gesundheitserziehung • Auswahl verschiedener Kommunikations- methoden und -techniken zur Bereitstellung gesundheitsbezogener Informationen • Beförderung der Kommunikation zw. Anbietern und Nutzern gesundheitspflegerischer Angebote

Tätigkeitsfeld/ Verantwortlichkeit	Kompetenzen (Kernkompetenzen mit jeweils 4-5 hier nicht aufgeführten Subkompetenzen)
8. Einführung geeigneter Forschungsprinzipien und Methoden in die Gesundheitserziehung	<ul style="list-style-type: none"> • Gründliche Berücksichtigung von Literatur (Reviews) • Anwendung qualitativer und quantitativer Forschungsmethoden • Übertragung von Forschung in die Praxis der Gesundheitserziehung
9. Verwaltung von Gesundheitserziehungs-Programmen	<ul style="list-style-type: none"> • Entwicklung und Management finanzieller Ressourcen • Entwicklung und Management humaner Ressourcen • Wahrnehmung von Unternehmensführung/ Leitung einer Organisation • Schaffung von Akzeptanz und Unterstützung von Programmen
10. Förderung der Profession Gesundheitserziehung	<ul style="list-style-type: none"> • Kritische Analyse aktuellen und zukünftigen Bedarfs an Gesundheitserziehung • Übernehmen von Verantwortlichkeit zur Förderung der Profession • Anwendung ethischer Prinzipien mit Bezug zur Praxis der Gesundheitserziehung

Im Gegensatz zur beruflichen Qualifizierung als Gesundheitsberater o.ä., deren Chancen im Rahmen der o.g. BIBB-Studie untersucht wurden, ist eine Evaluation der Tätigkeitsperspektiven der Absolventen der auf den Erwerb von Kompetenzen in der Gesundheitsförderung angelegten Studiengänge, z.B. in Form von Verbleibstudien in der Literatur bisher nicht nachweisbar. Angesichts der im Zuge der nunmehr obligaten Akkreditierung dieser Studienprogramme als Beleg für die Beschäftigungsperspektiven („Employability“) der Studierenden geforderten „Marktanalysen“ besteht hier sicherlich ein Forschungs- bzw. Erhebungsbedarf.

5 Perspektive

Auch wenn der vorliegende Beitrag keine abschließende bzw. vollständige Analyse der Ansätze und Konzepte zur Verberuflichung der Aufgaben in der Gesundheitsförderung liefern konnte, so sind doch einige Feststellungen möglich.

Deutlich wird vor allem, dass eine aussichtsreiche Verberuflichungsperspektive (und ggf. Professionalisierung) auf die akademische Bildung setzen muss. Allerdings mangelt es auch hier bislang insbesondere an einem einheitlichen Qualifikations- und Berufsprofil und damit den berufstheoretischen Voraussetzung für eine Institutionalisierung als Beruf. Mit

dem der amerikanischen Fachdiskussion entlehnten Konzept der Verantwortlichkeiten und Kompetenzen für das akademische Berufsbild „Gesundheitserziehung“ wird hier ein Vorschlag zur Weiterentwicklung der nationalen Studienangebote eingebracht.

Jenseits der Formierung eines (Aus- oder Weiterbildungs-)Berufes mit der Kernkompetenz „Gesundheitsförderung“, die Gegenstand dieses Beitrages war, ist die Bewältigung der Aufgaben in den eingangs beschriebenen Handlungsfeldern der Gesundheitsförderung (WHO) auf eine Weiterqualifizierung der Personen angewiesen, die präventive Ziele neben anderen beruflichen Aufgaben umsetzen sollen.¹⁹

Insbesondere sollten sich derartige Angebote an die folgenden Berufsgruppen richten:

- Mitarbeiter von Institutionen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes und der gesundheitlichen Versorgung (Berufsgenossenschaften, Gesundheitsämter, Gewerbeaufsichtsämter, Krankenkassen, Vereine etc.);
- Mitarbeiter von Arbeitsämtern, die mit der Berufswahl bzw. der Beratung von Berufsanfängern hinsichtlich möglicher gesundheitlicher Einschränkungen betraut sind;
- Ärzte, die im Rahmen von Berufseingangsuntersuchungen sowie bei bereits bestehenden Erkrankungen beratend in Bezug auf Verhaltensänderungen tätig werden;
- Lehrer, die aufgrund vorgegebener Rahmenrichtlinien derzeitig oder zukünftig Gesundheitserziehung betreiben sollen. Dies gilt für allgemeinere Inhalte der Gesundheitsförderung wie „Ernährung“, „Sucht“, „Sexualverhalten“, „Bewegung“, „Freizeitverhalten“ etc. für alle Schulformen und –stufen, und für spezielle Bereiche insbesondere für Lehrer in Abschlussklassen aller allgemeinbildenden Schulformen (Berufswahl) und für Lehrer an berufsbildenden Schulen, die gezielt auf die gesundheitlichen Gefährdungen in einzelnen Berufen eingehen können.

¹⁹ Als Grundlage einer „Arbeitsteilung“ könnte die eingangs erwähnte begriffliche Differenzierung von Laaser/ Hurrelmann/ Wolters (1993) dienen, wonach dann Gesundheitsbildung/-erziehung (Aktivitäten vor allem in Familien und in Erziehungseinrichtungen in Form von Wissensvermittlung und pädagogischen Kontakten; Vermittlung von Einstellungen, Kompetenzen und Fertigkeiten, die der Selbstentfaltung dienen und das gesundheitsbewusste Verhalten eines Menschen beeinflussen) durch nebenberuflich Qualifizierte gegenüber hauptberuflicher Gesundheitsberatung und -aufklärung (Aktivitäten im öffentlichen Raum, die sich an Einzelpersonen oder an ein breites Publikum mit dem Ziel richten, über Informationsvermittlung und Entscheidungshilfe Einstellungen zu verändern und Verhaltensweisen zu beeinflussen) erfolgen könnte.

Durch die Etablierung der skizzierten Strukturen und Maßnahmen könnte die Möglichkeit geschaffen werden, die beteiligten Berufsgruppen im Sinne eines interdisziplinären und multiprofessionellen Gesamtkonzeptes von Gesundheitsförderung zu koordinieren und zu vernetzen. Diese Vernetzung steht in engem Zusammenhang mit der geforderten Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung und einer optimalen Nutzung vorhandener Ressourcen (von Troschke 1993).

Literatur

- Bals, T. (2002): Neue Qualifikationsbilder in den personenbezogenen Dienstleistungen – am Beispiel Operationstechnischer Assistent und Tagesmutter. In: Bullinger, H.-J. (Hg.): *Qualifizierungsoffensive: Bedarf frühzeitig erkennen – zukunftsorientiert handeln*. Bielefeld, S. 105-117
- Bals, T./Brater, M./Hemmer-Schanze, C./Meifort, B. (2001): In vier Stufen zum Beruf – auf den Spuren neuer Trends in personenbezogenen Dienstleistungen. In: Abicht, L./Bärwald, H./Bals, T./Brater, M./Hemmer-Schanze, C./Meifort, B./Preuss, B.: *Gesundheit, Wellness, Wohlbefinden: Personenbezogene Dienstleistungen im Fokus der Qualifikationsentwicklung*. Bielefeld, S.11-76
- Beck, U./Brater, M./Daheim, H. (1980): *Soziologie der Arbeit und der Berufe*. Reinbek bei Hamburg
- Christiansen, G. (2003): *Evaluation – ein Instrument zur Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung: eine Expertise*. Köln: Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung (BZgA)
- Deutscher Bildungsrat (1970): *Strukturplan für das Bildungswesen*. Stuttgart
- Cleary, M.L./Bisch, D.A. (1996): Using Portfolios for Assessment in the College Personal Health Course. *Journal of Health Education*, 27, 92-96
- Coenen, W./Meffert, K. (1996): Präventionsinstrumente der gesetzlichen Unfallversicherung und ihre Wirksamkeit. *Die BG*, Heft 2/96, S. 158-165
- Frauenknecht, M. (2005): Professional Standards for Health Education Teacher Preparation. *The Health Educator*, 37, S. 24-26
- Fretschner, R./Grönemeyer, D./Hilbert, J. (2002): Die Gesundheitswirtschaft – ein Perspektivenwechsel in Theorie und Empirie. In: Institut Arbeit und Technik (Hg.): *Jahrbuch 2001/ 2002*. Gelsenkirchen, S. 33-47
- Göpel, E. (o.J., ca. 1997): *Gesundheitsförderung als Studienziel. Materialien zur Planung gesundheitswissenschaftlicher Studiengänge*. Magdeburg
- Göpel, E. (2001): Neue Berufsbilder in der Prävention und Gesundheitsförderung. In: *Prävention* 3/2001, S. 93-96
- Hamacher, W./Wienhold, L. (1996): Überblick über die neue Konzeption. In: Bundesanstalt für Arbeitsschutz, Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften, Fraunhofer-Institut für Arbeitswirtschaft und Organisation, Systemkonzept – Gesellschaft für Systemforschung und Konzeptentwicklung (Hg.): *Neuordnung der Ausbildung der Fachkräfte für Arbeitssicherheit – Ausbildungskonzeption*. Stuttgart, S. 93-108
- Kälble, K./von Troschke, J. (1998): *Studienführer Gesundheitswissenschaften*. Freiburg

- Krüger, H. (2001): Pflegeberufe in der Dienstleistungsgesellschaft – Zwang zur bildungspolitischen Gestaltung. In: Kriesel, P./Krüger, H./Piechotta, G./Remmers, H./Taubert, J. (Hg.): Pflege lehren – Pflege managen. Frankfurt a.M., S. 21-42
- Lanz Kaufmann, E. (1999): Wellness-Tourismus: Marktanalyse und Qualitätsanforderungen für die Hotellerie – Schnittstellen zur Gesundheitsförderung. Bern
- Laaser, U./Hurrelmann, K./Wolters, P. (1993): Prävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitserziehung. In: Hurrelmann, K./Laaser, U. (Hg.): Gesundheitswissenschaften. Handbuch für Lehre, Forschung und Praxis. Weinheim und Basel, S. 176-203
- Mail, P.D. (1994): Quality Assurance in Health-Education. *Journal of Health-Education*, 25, S. 333-337
- Nefiodow, L.A. (2006): Der sechste Kondratieff. Wege zur Produktion und Vollbeschäftigung im Zeitalter der Information. St.Augustin
- Redican, K.J./Holford, E.J. (1996): The Certified Health Education Specialist and Malpractice: Should Health Educators be Concerned with Risk-Management? *Journal of Health Education*, 27, S. 257-259
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2007): Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Gutachten 2007
- Weidig, I./Hofer, P./Wolff, H. (1999): Arbeitslandschaft 2010 nach Tätigkeiten und Tätigkeitsniveau. Nürnberg
- World Health Organisation (WHO) (1986): Ottawa-Charta for Health Promotion. Genf
- Wulfhorst, B. (2002): Theorie der Gesundheitspädagogik. Legitimation, Aufgabe und Funktionen von Gesundheitserziehung. Weinheim u. München
- Wulfhorst, B. (2006): Gesundheitserziehung und Patientenschulung. In: Hurrelmann, K./Laaser, U. (Hg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften. 4. Aufl., Weinheim, S. 819-844

Einführung zum Setting Schule

Die Schule gehört zu den klassischen Settings der Gesundheitsförderung. Im Anschluss an die Ottawa Charta (1986) und das Grundsatzprogramm der WHO (1978), das im Jahre 1998 aktualisiert und unter dem Titel „Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert“ veröffentlicht wurde, hat sich die schulische Gesundheitsförderung als ein Hauptfeld der Prävention und Intervention etabliert. Diese Schwerpunktbildung ist in erster Linie dem Pflichtschulcharakter geschuldet, d.h. sie ist darin begründet, dass in diesem Setting die Erreichbarkeit einer möglichst breiten Bevölkerungsgruppe, gegeben ist. Zudem befinden sich die Adressaten in einem sehr entwicklungsfähigen Alter, auch Eltern lassen sich auf diesem Wege gut erreichen, da sie grundsätzlich am Wohl ihrer Kinder und deren schulischem Erfolg interessiert sind. Das o. g. Konzept der Gesundheitsförderung und die damit verbundenen Gesundheitsziele bauen auf dem Verständnis von Schule als einer Lebenswelt auf, in der eine Vermittlung kognitiver, sozialer und personaler Qualifikationen angestrebt wird und die so gestaltet ist, dass sie der Entwicklung von physischer, psychischer und sozialer Gesundheit, wie sie als Einheit in der Gesundheitsdefinition der WHO (1947) postuliert wird, förderlich ist.

Dieser Anspruch konkurriert mit einem sich im letzten Jahrzehnt sehr verbreitenden Verständnis von Schule, das die Hauptfunktion dieser Institution auf Effektivität und Wirtschaftlichkeit, auf Wissensvermittlung und in Verbindung damit auf eine Verwertbarkeit der Qualifikationen ausgerichtet sehen will und sich zum Erreichen dieser Ziele des Mittels der Selektion bedient. Schule wird aber durch ihren offiziellen oder heimlichen Lehrplan in jedem Falle auch zu einer Sozialisationsagentur mit gewünschten Effekten und unerwünschten Nebenwirkungen: sie ist ein Ort, an dem man „15.000 Stunden“ seines Lebens verbringt und neben den pädagogisch intendierten auch „extensionale“ Lern- und Kommunikationserfahrungen bei der Verwirklichung der schulischen Entwicklungsaufgaben sammelt. Schule kann durch zu hohe Anforderungen bei gleichzeitig fehlender Unterstützung bei den Heranwachsenden Stress erzeugen, der nicht von allen Schülern zu bewältigen ist und der sich in einem fehlgeleiteten Bewältigungshandeln, das interiorisierende (z.B. psychosomatische Störungen), exteriorisierende (z.B. aggressives Verhalten) oder evadierende (z.B. Drogenkonsum) Erscheinungsformen kennt, niederschlagen kann.

Im Gegensatz zur Familie mit ihrem affektiven Beziehungsgefüge und eine Ausrichtung am Individuum ist die Schule ein formales System, das nach universellen Regeln und Abläufen strukturiert ist und in dem die Statuszuweisung – qua definitione – auf Grund von Leistungsstandards vorgenommen werden soll. Je stärker die Konkurrenz und je ungünstiger die sozialen Ausgangsbedingungen sind, umso schwieriger ist es, einen positiven Status (Leistungs- und Sozialstatus) zu erwerben bzw. diesen zu verteidigen, so dass Schule eben auch ein Ort der Interessenwahrnehmung und konflikthafter Auseinandersetzungen ist.

Zu diesem Interaktionsgefüge gehören neben den Schülerinnen und Schülern auch die Eltern und die Lehrer, so dass es nur konsequent ist, wenn diese Gruppen im Setting Schule und bei der Gesundheitsförderung zentrale Beachtung finden. Wie die Beiträge zum Setting Familie in diesem Band bereits gezeigt haben, gehen von der familialen Lebenswelt und den Eltern Unterstützungsleistungen bzw. Risiken für die Kinder aus - das gilt auch für das Verhältnis von Elterhaus und Schule.

In dem Beitrag der Forschungsgruppe um Wolfgang Melzer werden die teilweise bereits angesprochenen Vorzüge, bei der Gesundheitsförderung im Setting Schule anzusetzen, systematisch entwickelt. Der Ansatz, der letztlich auf den Vorschlägen der WHO beruht und durch Methoden der Schulentwicklung und des Projektmanagements Erweiterung findet, wird am Beispiel von Modellprojekten und von Life-skill-Programmen illustriert. Diese Konzepte können nach Auffassung der Autoren aber nur dann wirksam werden, wenn die Einbeziehung aller Ebenen und Personengruppen der Schule, des Elternhauses und des sozialen Umfeldes gewährleistet ist.

Letztendlich sind nicht nur Schüler, sondern auch Lehrer von den Belastungen des Schulalltags betroffen und müssen in Maßnahmen der Gesundheitsförderung berücksichtigt werden. Diesem Thema widmet sich der Beitrag der Forschungsgruppe um Klaus Scheuch. Darin widmen sich die Autoren insbesondere den spezifischen Belastungsfaktoren, der Erkrankungsstruktur sowie der Arbeitsunfähigkeit und dem vorzeitigen Ausscheiden der Lehrer aus dem Beruf. Im Gegensatz zu weit verbreiteten Auffassungen zeigen vergleichende Analysen mit anderen Berufsgruppen (z.B. Ärzte, leitende Angestellte, Mitarbeiter im Pflegedienst), dass deren Arbeit nicht weniger belastend ist als die von Lehrern. Neben der Analyse umfasst der Beitrag Hinweise dazu, welche arbeitsmedizinischen Vorkehrungen getroffen werden können, um den Gesundheitsstatus der Lehrer/innen zu erhalten, und wie die einzelne Lehrperson mit den gestellten Anforderungen so umgehen kann, dass eine Überforderung vermieden wird.

Die Bedeutung der Schule für die Schülersgesundheit

Einleitung

Die Diskussion um die Bedeutung von Schule für Heranwachsende rückt häufig die Vermittlung von Fachleistungskompetenzen in den Vordergrund. Doch Schule ist für Kinder und Jugendliche nicht nur ein Lernort und ein Ort an dem Entwicklungsaufgaben zu bewältigen sind, Schule kann auch erhebliche Belastungsmomente verursachen. So werden durch die Vergabe von Bildungsempfehlungen, Zeugnissen und Abschlüssen wichtige Vorentscheidungen für den weiteren Bildungs-, Berufs- und (damit auch) Lebensweg der Schüler getroffen. Schule besitzt neben dem offiziellen, einen heimlichen Lehrplan, der als besonders bedeutsam für das Schülerverhalten einzuschätzen ist. Vor diesem Hintergrund und nicht zuletzt auch durch die Tatsache der Erreichbarkeit aller Kinder und Jugendlicher stellt Schule zudem einen geeigneten Ort für Prävention und Gesundheitsförderung dar.

Der folgende Beitrag beschäftigt sich mit der Lebenswelt Schule und ihrem Einfluss auf die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen. In einem ersten, einführenden Abschnitt sollen zunächst Befunde zur aktuellen Gesundheitssituation der Schüler vorgestellt werden. Gegenstand des zweiten Abschnitts ist die Darstellung von Zusammenhängen zwischen der schulischen Lebenswelt und der Gesundheit der Schülerinnen und Schüler. Im dritten und letzten Abschnitt wird ein Überblick zu Möglichkeiten einer setting-basierten Prävention und Gesundheitsförderung gegeben.

1 Die gesundheitliche Situation der Schülerinnen und Schüler

Noch immer gelten Kindheit und Jugend als Lebensbereiche, in denen Krankheiten vergleichsweise selten eine Rolle spielen. Einerseits künden Erfolge der modernen Medizin des letzten Jahrhunderts von einem drastischen Rückgang akuter, infektiöser Kinderkrankheiten, wie der Kinderlähmung und Tuberkulose, die für eine hohe Säuglings- und Kindersterblich-

keit verantwortlich waren (u.a. in Kolip/Hurrelmann/Schnabel 1995). Weiterhin zeigt auch die aktuelle Gesundheitsberichterstattung unserer Tage, dass das Kindes- und Jugendalter als einer der gesündesten Altersbereiche der Bevölkerung betrachtet werden kann (Klein-Heßling 2006).

Andererseits weisen aber auch immer mehr Befunde darauf hin, dass das Krankheitsspektrum dieser jungen Bevölkerungsgruppe in zunehmendem Ausmaß von Beeinträchtigungen bestimmt wird, deren Ursachen in veränderten Lebensbedingungen vermutet werden können. Der gesellschaftliche Strukturwandel, der mit veränderten Lebensbedingungen und auch -gewohnheiten einher geht, lässt sich mit Beck (1986) als „sekundäre Individualisierung“ und „Pluralisierung von Lebensstilen“ moderner Gesellschaften beschreiben. Individualisierungschancen bieten jedem Menschen hohe Freiheitsgrade bei der Gestaltung des eigenen Lebens, sie sind aber zugleich auch mit Risikopotentialen im Hinblick auf eine gesunde Lebensführung verbunden. So können zum Beispiel durch instabil gewordene Familien- und Betreuungsstrukturen oder durch die Steigerung der formellen Leistungsanforderungen im Bildungs- und Qualifikationsbereich erhebliche Belastungen für Kinder und Jugendliche entstehen (Holler-Nowitzki 1994; Hurrelmann/Palentin 1997). Weiterhin kommen Gefährdungen hinzu, die sich auf den Umweltbereich beziehen lassen und die sich im Hinblick auf die Verkehrssituation an Unfallzahlen oder bezogen auf die städtische Wohnsituation mit wenig Naturnahraum und an Bewegungsmangel verdeutlichen lassen (Hurrelmann 2004; Hurrelmann/Albert/Quenzel/Langness 2006). In den Mortalitätsstatistiken der 15- bis 20-Jährigen stehen Unfälle (und Vergiftungen) an erster Stelle. Zwei Drittel aller Todesfälle in dieser Altersgruppe sind auf diesen Ursachenkomplex zurückzuführen, damit liegen sie deutlich über denen anderer Altersgruppen (Klein-Heßling 2006, S. 17). Hinsichtlich der Morbidität und Prävalenzen im Jugendalter zeigen u. a. die Befunde der HBSC-Studie 2002¹, dass Jugendliche zunehmend mit psychosomatischen Beschwerden und Allergien auffällig werden (Hurrelmann/Klocke/Melzer/Ravens-Sieberer 2003). Zu psychosomatischen Beschwerden zählen nicht nur körperliche Symptome wie Kopfschmerzen und Schlafstörungen, sondern auch Symptome wie Müdigkeit und Gereiztheit. Ein Viertel aller befragten Jugendlichen gab an, sich täglich oder mehrmals wöchentlich müde und erschöpft zu fühlen. 15% der Jugendlichen berichteten, mehrmals pro Woche an Schlafstörungen zu leiden, 12% aller Befragten gaben an, mehrmals wöchentlich Kopfschmerzen zu haben und knapp 14% der Schülerinnen und Schüler fühlten sich gereizt.

1 Die HBSC-Studie ist ein, durch die WHO initiiertes und in Schirmherrschaft getragenes, internationales Forschungsprojekt (mit 36 teilnehmenden Ländern), welches im Turnus von vier Jahren 11-, 13- und 15-Jährige Schülerinnen und Schüler bezüglich ihrer Gesundheit und ihres Gesundheitsverhaltens befragt (Richter 2003). Ergebnisse der aktuell erhobenen deutschen Daten (2006) werden derzeit ausgewertet und erscheinen voraussichtlich im Herbst 2007.

Dabei liegen die Ergebnisse für die Mädchen deutlich höher (Ravens-Sieberer/Thomas/Erhart 2003, S. 43ff.). Für Kinder (7- bis 10-Jährige) konnten Lohaus et al. (1996) zeigen, dass Erschöpfung das wöchentlich am häufigsten berichtete (psychosomatische) Symptom darstellt.

In Bezug auf psychische Störungen verweist Seiffge-Krenke (1995) darauf, dass Jugendliche zwar generell nicht stärker als andere Altersgruppen davon betroffen sind, allerdings treten verstärkt ab dem Zeitpunkt der Pubertät bestimmte psychische Störungen, wie Depression, Drogenabhängigkeit, Anorexia nervosa auf. Kinder und Jugendliche sind darüber hinaus auch häufig von chronischen Krankheiten betroffen. Zu den häufigsten Krankheiten dieser Art zählen Allergien, Adipositas, Asthma, Neurodermitis und auch Kopfschmerzen. Bergmann und Bergmann (1998) stellen fest, dass nahezu in jeder vierten Familie mindestens ein chronisch krankes Kind lebt. Die HBSC-Studie 2002 zeigte, dass 40% der Jugendlichen von Allergien (wie Heuschnupfen, Staub- und/oder Tierhaarallergie) betroffen sind (Ravens-Sieberer et al. 2003).

Vor diesem Hintergrund muss das Bild von Kindern und Jugendlichen als gesündeste Bevölkerungsgruppe relativiert werden.

Neben den berichteten Gesundheitsproblemen der Kinder und Jugendlichen sollen nun ihre gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen ins Blickfeld gerückt werden. Gesundheitsbezogene Verhaltensweisen umfassen all diejenigen Handlungen, die mittelbar oder unmittelbar darauf abzielen, sich einem als Gesundheit bezeichneten Zustand zu nähern oder aber sich von diesem zu entfernen. Gesundheitsverhalten beinhaltet demnach sowohl protektive bzw. gesundheitsförderliche als auch riskante bzw. gesundheitsgefährdende Verhaltensweisen (Pinquart/Silbereisen 2004).

Während in der Kindheit das Gesundheitsverhalten des Einzelnen noch stark durch die Eltern beeinflusst wird, bestimmen Jugendliche zunehmend selbst über ihr Verhalten (Hurrelmann et al. 2006). Dabei orientieren sie sich in der Wahl geeigneter Verhaltensweisen vor allem daran, was ihnen in der jeweiligen Lebenssituation psychisch und sozial angemessen und angenehm erscheint. Sie lassen sich bei der Auswahl von Bewältigungsstrategien weniger als Erwachsene davon leiten, ob es sich möglicherweise um gesundheitsgefährdende Verhaltensweisen handelt (Engel/Hurrelmann 1994).

Gerade das Jugendalter ist durch eine Vielzahl dynamischer und miteinander in Beziehung stehender kognitiver, sozialer und biologischer Veränderungen gekennzeichnet und stellt die Betroffenen vor verschiedene Anforderungen bzw. Entwicklungsaufgaben, die sie bewältigen müssen (Fend 2000). Gelingt es den Jugendlichen die Entwicklungsaufgaben, wie das Erlernen sozialer Normen, eine schulische Perspektiventwicklung, die zunehmende Ablösung vom Elternhaus, der Aufbau von Freund- und Partnerschaften sowie die Wahrnehmung und der Aufbau eines veränderten Kör-

perbildes (Oerter/Dreher 2002) angemessen zu bewältigen und dabei eine Balance zwischen Stressoren und Ressourcen herzustellen, kann der Entwicklungs- bzw. Sozialisationsprozess als gelungen und als gesund verlaufen betrachtet werden².

Gelingt dies dem Einzelnen nicht oder nur unzureichend, können sich dagegen Problemkonstellationen in der Persönlichkeitsentwicklung ergeben und das physische, psychische und/oder soziale Wohlbefinden beeinträchtigen (Hurrelmann 2004). Nicht gelingende Bewältigung kann verschiedene Formen von Fehlanpassungen zur Folge haben: Hierbei werden internalisierende (nach innen gerichtete), externalisierende (nach außen gerichtete) und/oder evadierende (ausweichende) dysfunktionale Verarbeitungsformen unterschieden. Bei einer nach innen gerichteten Verarbeitungsform, die sich in Depression, Ängsten und psychosomatischen Beschwerden offenbaren kann, ist die eigene Person bzw. das Selbst Objekt der Schädigung. Demgegenüber sind bei den nach außen gerichteten Verarbeitungsformen (z.B. aggressives Verhalten) andere Personen oder Gegenstände Objekte der Schädigung. Ausweichende Bewältigungsformen zeigen sich dagegen in einer Verhaltenstendenz, bestehenden und als problematisch empfundenen Anforderungen, zum Beispiel mittels Alkohol- und Drogenkonsum, vorerst aus dem Weg zu gehen (ebd. S. 161 ff.).

Zu risikoreichen Verhaltensweisen Jugendlicher, die dem heutigen Morbiditätsspektrum in erheblichem Maße Vorschub leisten können, gehören insbesondere mangelnde körperliche Aktivität, riskante Ernährungs- sowie Diätpraktiken, Alkohol- und Tabakkonsum sowie auch eine unzureichende Stressverarbeitung (u.a. in Hurrelmann et al. 2003; Klaes/Cosler/Zens/Rommel 2003; Raithel 2001; Trapp/Neuhäuser-Berthold 2001).

Die Voraussetzungen für eine gelingende und angemessene Bewältigung und einer damit möglichen gesunden Entwicklung werden im Gleichgewicht zwischen den sich ergebenden Anforderungen und den zur Verfügung stehenden personalen sowie sozialen Ressourcen gesehen (Hurrelmann 2004). Auf personaler Seite ist bedeutsam, über welche spezifischen Voraussetzungen (wie z.B. Bewältigungsstil, Selbstwirksamkeit, Intelligenz und körperliche Konstitution) der Einzelne verfügt. Diese Ressourcen sind jedoch allein nicht ausreichend, um problematischen Konstellationen im Entwicklungsverlauf des Jugendalters angemessen begegnen zu

2 Eine immer wieder herzustellende Belastungs-Bewältigungs-Balance, die sich auf aktuelle salutogenetische Theoriemodelle der interdisziplinären Stress- und Bewältigungsforschung bezieht (Antonovsky 1997), definiert Gesundheit als einen Zustand des objektiven und subjektiven Wohlbefindens einer Person, der dann gegeben ist, wenn sich diese Person in psychischen, physischen und sozialen Bereichen ihrer Entwicklung im Einklang mit den eigenen Möglichkeiten und Zielvorstellungen und den jeweils gegebenen äußeren Lebensbedingungen befindet (u.a. in Hurrelmann 2000).

können. Entscheidend sind zudem die sozialen Ressourcen in Gestalt emotionaler, instrumenteller und materieller Unterstützung, die den Jugendlichen in der gesamten Ökologie ihrer familialen, schulischen und peerbezogenen Lebensbereiche zur Verfügung stehen (Baacke 1995; Bronfenbrenner 1976).

Das Vorhandensein ausreichender sozialer Ressourcen ist Voraussetzung für die Entwicklung von Kompetenzen und Fähigkeiten der Jugendlichen, die sie für eine gelingende und gesunde Bewältigung der Anforderungen benötigen. In diesem Zusammenhang unterstreicht Fend (2000) die Rolle von sozialen Stützsystemen, die generell wichtig für die Lebensbewältigung in der Adoleszenz sind. Zu nennen ist hier die positive Einbettung in soziale Bezugssysteme wie Familie oder aber auch Schule und Peers, die in besonderem Maße vor Risikoentwicklungen in der Jugendzeit schützt. Wahrgenommene elterliche Unterstützung hat sich, so Jerusalem und Mittag, z.B. als ein bedeutsamer Schutzfaktor für den Alkoholkonsum Jugendlicher (unabhängig von Alter und Geschlecht) herausgestellt (1997, S. 145).

Darüber hinaus konnten u. a. Zinnecker und Georg (1996) (bei 10- bis 13-Jährigen) zeigen, dass Interaktionsformen der Eltern Einfluss auf die Schuleinstellung und den Schulerfolg der Kinder haben. Ergebnisse der Analyse zeigen, dass insbesondere elterliche Empathie (im Bezug auf schulische Angelegenheiten) eine große Bedeutung für die Entwicklung einer positiven Schuleinstellung der Kinder zukommt (Zinnecker/Georg 1996). Die Beschaffenheit der Eltern-Kind-Beziehung ebenso wie die Beziehung der Eltern untereinander ist von entscheidender Bedeutung dafür, welche Anregungen und Impulse ein Kind im Hinblick auf die eigene Persönlichkeitsentwicklung erhält (Schnabel 1995).

2 Bedeutung der Schule für eine gesunde Entwicklung der Schüler

Vor dem Hintergrund des beschriebenen Belastungs-Bewältigungs-Paradigmas kommt der Schule als Sozialisationsinstanz eine enorme Bedeutung zu. Mit „Fünfzehntausend Stunden“ (Rutter/Maughan/Mortimore/Ouston 1980) verbringen junge Menschen dort einen wesentlichen Anteil ihrer Biographie. Im Unterschied zur Familie ist Schule eine völlig anders geartete Sozialisationsinstanz. Lernen vollzieht sich in der Schule nicht gleichsam und natürlich im Lebenszusammenhang (Sandfuchs 2001). Aus der Perspektive der Schulkinder folgt das Leben in der Schule anderen Regeln und Abläufen. Während zum Beispiel in der Familie die unterschiedlichen Statuspositionen und Rollen weitgehend über biologische Merkmale, wie Alter, Geschlecht und Generationszugehörigkeit festgelegt sind, macht das Kind in der Schule ganz andere Erfahrungen: Hier gehört jedes Kind einer sozialen Gruppe, der Schulklasse, an. Die Heranwachsenden machen in der Schule (erstmal) die Erfahrung, dass sie einen bestimmten Status (in

der Klasse), vornehmlich über die eigene Leistungsfähigkeit und Leistungsbereitschaft, selbst erwerben oder aber auch (wieder) verlieren können (Baacke 1995). Parsons (1987) formuliert, dass Schülern im Wesentlichen zwei Schulleistungen abverlangt werden: Kognitives Lernen und eine verantwortliche Mitbürgerschaft in der Schulgemeinschaft, welches den Respekt vor Lehrern und die Zusammenarbeit mit anderen Schülern einschließt.

Schulische Sozialisation ist eine gesellschaftliche Veranstaltung mit festgelegten Zielen und Regeln. Daraus ergeben sich verschiedene Funktionen von Schule. Neben der Enkulturation (die für Förderung der kulturellen Teilhabe und kulturellen Identität steht) sind Qualifikation (Erwerb berufsrelevanter Fähigkeiten), Integration (die die Entwicklung der sozialen Identität und politischen Teilhabe umfasst) und Allokation (Zuweisung der Stellung in der schulischen Leistungshierarchie) drei weitere Funktionen (Fend 2006, S. 49ff.). Schule ist nicht nur eine Institution formaler und auch informeller (heimlicher Lehrplan) Wissens- und Kompetenzvermittlung, gleichsam ist sie ein sozialer Lebensraum in dem Kommunikation und Interaktion mit anderen Beteiligten, wie Mitschülern, Lehrern und Eltern stattfindet. Darüber hinaus ist Schule, wie die folgende Abbildung verdeutlichen soll, ein Ort, an dem Entwicklungsaufgaben der Jugendlichen bearbeitet werden. Erfahrungen mit und in Schule bergen einerseits große Entwicklungschancen und Unterstützungspotentiale, andererseits aber auch Gefährdungen für die Schülerinnen und Schüler.

Die Institution Schule bindet Heranwachsende in ein umfassendes Wettbewerbs- und Leistungssystem ein, dem sich Jugendliche, schulgesetzlich und verbindlich für alle geregelt, nicht entziehen können.

Tabelle 1: Beteiligung verschiedener Sozialisationsinstanzen bei der Bewältigung von Entwicklungsaufgaben in der Kindheit und Adoleszenz (Havighurst 1974, S. 38)

Entwicklungsaufgaben	individuell	Familie	Schule	Peers	Medien
Zurechtkommen mit Gleichaltrigen			✘	✘	
Auseinandersetzung mit Geschlechtsrollen	✘	✘	✘	✘	✘
Entwicklung intellektueller Fähigkeiten			✘		
Berufsvorbereitung und -wahl	✘	✘	✘		
Ausbildung von Einstellungen gegenüber sozialen Gruppen und Institutionen		✘	✘	✘	✘

Unabhängigkeit von Eltern und anderen Erwachsenen erlangen	✘		✘	✘	
Ausbildung moralischer Urteilskraft	✘	✘	✘	✘	
Ausbildung eines Wertesystems	✘	✘	✘	✘	✘

Im Selbstverständnis einer leistungsorientierten Gesellschaft werden bereits im Kindesalter Entscheidungen darüber getroffen, welche gesellschaftliche Position im späteren Erwachsenenalter angestrebt und auch möglichst erreicht werden sollen (Hurrelmann 1994). Erfolg und Versagen in der Schullaufbahn werden deshalb als entscheidende Vorbedingungen für die Sicherung des sozialen Status der Herkunftsfamilie aber auch für Prozesse eines erwünschten Aufstiegs gewertet (ebd., S. 129). In diesem Zusammenhang machen Studienbefunde deutlich, dass sich der von Schülern wahrgenommene schulische Leistungsdruck als ein besonders pathogener Faktor erweist, der Schulunlust, Leistungseinbrüche, internalisierendes und/oder externalisierendes Problemverhalten zur Folge haben kann (u.a. in Freitag 1998; Winkler Metzke/Achermann/Pecorari/Steinhausen 2006).

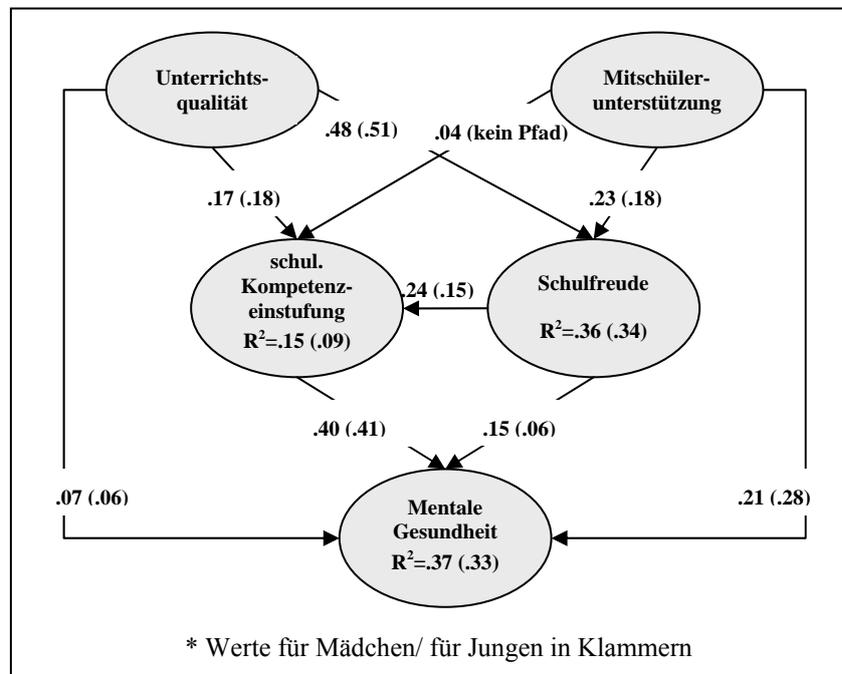
Weitere Risikokonstellationen, welche im Blickfeld verschiedener Studien stehen, erwachsen aus den innerschulischen bzw. schulkulturellen Bedingungen, die das Schulklima³ negativ beeinflussen können. Ein negatives Schulklima ist neben Leistungs- und Konkurrenzdruck auch durch kommunikative Störungen zwischen Schülern untereinander und/oder Schülern und Lehrern, einem geringen pädagogischen Engagement der Lehrkräfte und durch eine geringe Schülerzentriertheit des Unterrichts gekennzeichnet (Eder 1996). Ein negatives Unterrichtsklima kann, so Befunde von Jerusalem und Schwarzer (1991), von Schülerinnen und Schülern (sogar) als Bedrohung erlebt werden. Weitere Untersuchungen fanden heraus, dass eine positive Veränderung der Unterrichtszufriedenheit in der Klasse mit einer deutlichen Verbesserung in der schulischen Selbstwirksamkeit der Schüler einher geht (Kolbe/Jerusalem/Mittag 1998). Satow und Schwarzer (2003) zeigen in diesem Zusammenhang, dass sich die individuelle Entwicklung der sozialen und schulischen Selbstwirksamkeit durch das individuell erlebte Klassenklima vorhersagen lässt. Selbstwirksamkeitserwartungen stellen eine bedeutende interne Ressource dar. Darunter werden subjektive Überzeugungen verstanden, schwierige Aufgaben oder Lebensprobleme aufgrund eigener Kompetenzen bewältigen zu können. Eine hohe Selbstwirksamkeit bei Schülern fördert deren Suche nach anspruchsvollen Leistungs-

3 Schulklimatische Bedingungen beziehen sich auf die wahrgenommene schulische Gesamtatmosphäre, auf die erzieherischen Grundorientierungen und Werthaltungen und auf die subjektiv wahrgenommenen Lernumwelten (nach Eder 1996).

zielen sowie ihre Anstrengung und Ausdauer bei der Bewältigung, wodurch die Erfolgswahrscheinlichkeit erhöht wird (Kolbe et al. 1998). Soziale Ressourcen in der Schule, wie der Rückhalt durch Mitschüler sind für das Bewältigen von Anforderungen und Entwicklungsaufgaben bedeutsam. Jerusalem und Mittag (1997) konnten zeigen, dass fehlender Rückhalt durch Mitschüler das Konsumrisiko von Alkohol bei den Jugendlichen erhöht (Jerusalem/Mittag 1997). Weitere Befunde machen darauf aufmerksam, dass Schülerinnen und Schüler umso weniger rauchen je höher ihre schulisch erfahrene Selbstbestimmung ist (Achermann/Pecorari/Winkler Metzke/Steinhausen 2006).

Im Rahmen der HBSC-Studie weisen Analysen auf den Einfluss der Schulkultur auf die mentale Gesundheit und auf psychosomatische Beschwerden hin (Bilz/Hähne 2006; Bilz/Hähne/Melzer 2003). Wie die folgende Abbildung verdeutlicht, konnte für die mentale Gesundheit (bei einer Varianzaufklärung von 33% bzw. 37%) einerseits gezeigt werden, dass die wahrgenommene Unterrichtsqualität sowie die Mitschülerunterstützung einen direkten Einfluss haben. Förderlich für die psychische Gesundheit sind ein guter Unterricht und ein als unterstützend wahrgenommenes soziales Klima darüber hinaus, weil sie die Wahrnehmung schulischer Kompetenzen sowie die Schulfreude positiv beeinflussen, die wiederum als Mediatoren in diesem Modell fungieren. Die Zusammenhänge gestalten sich für beide Geschlechter in einigen Aspekten unterschiedlich. So steht bei den Mädchen die Schulfreude in einem engeren Verhältnis zur mentalen Gesundheit als bei den Jungen, für deren mentale Gesundheit dagegen die Unterstützung durch die Mitschüler eine höhere Bedeutung besitzt (Bilz/Hähne 2006, S. 74ff.). Der Stellenwert der Schulkultur ist für das Ausmaß psychosomatischer Beschwerden (Varianzaufklärung 22% bzw. 10%) deutlich geringer einzuschätzen als für die mentale Gesundheit (ebd.). Hierbei konnte ebenfalls ein direkter Einfluss der Unterrichtsqualität auf die Häufigkeit psychosomatischer Beschwerden beobachtet werden. Vor dem Hintergrund der Tatsache, dass Schüler (schul-)täglich dem Handeln des Lehrers ausgesetzt sind, ist nachvollziehbar, dass ein als belastend, überfordernd oder langweilig wahrgenommener Unterricht Quelle für Stressoren sein kann, die in ihrer Summe und über einen längeren Zeitraum hinweg zum Auftreten psychosomatischer Beschwerden beitragen können. Insbesondere bei der Untersuchung psychosomatischer Beschwerden hat sich in den Analysen gezeigt, dass die Schule als Ort spezifischer Belastungen für die Häufigkeit dieser Beschwerden bei Mädchen einen größeren Erklärungswert besitzt als für Jungen (Bilz/Hähne 2006).

Abbildung 1: LISREL-Modell zur Vorhersage der Mentalen Gesundheit aus der Schulkultur* (Bilz/Hähne 2006, S. 75)



Vor dem Hintergrund der thematisierten Zusammenhänge kommt dem Setting Schule eine besondere Bedeutung bei der Prävention und Gesundheitsförderung zu. Im Jugendalter entstehen und verfestigen sich Verhaltensweisen, die gesundheitsgefährdenden Charakter haben können. So steigt zum Beispiel in dieser Lebensphase der Konsum von Alkohol und Tabak deutlich an (Pinquart/Silbereisen 2004). Im Vergleich zu Kindern üben Eltern bei Jugendlichen weniger Einfluss auf das Gesundheitsverhalten aus. Die Lebensphase des Jugendalters ist demnach ein wichtiges Zeitfenster für Präventionsmaßnahmen.

In der Ökologie der Sozialisationsbedingungen nimmt Schule für die Heranwachsenden eine zentrale Rolle ein. Diese Tatsache und darüber hinaus auch, dass eine ganze Alterskohorte, unabhängig von ihrer sozialen Herkunft, in der Schule erreicht werden kann, lässt diese Institution zu einem geeigneten Praxisfeld für Prävention und Gesundheitsförderung werden. Schule stellt nicht nur wichtige soziale Ressourcen für eine gesunde Entwicklung der Jugendlichen bereit, sie kann selbst auch enorme Belastungen (nicht nur bei Schülern, sondern auch bei Lehrern) verursachen. Nicht zuletzt vor diesem Hintergrund ergibt sich die Notwendigkeit Schule als einen Ort der Gesundheitsförderung zu verstehen.

3 Prävention und Gesundheitsförderung in der Schule

Bevor im Folgenden auf Möglichkeiten schulischer Präventionsarbeit und Gesundheitsförderung eingegangen wird, soll vorab eine Klärung relevanter Begrifflichkeiten erfolgen.

Prävention ist ein sehr komplexer Begriff: Allgemein formuliert dient Prävention dazu, gegenwärtig etwas zu unternehmen, um zukünftig unangenehme oder unerwünschte (Gesundheits-)Zustände zu vermeiden. Im Gegensatz zu den im medizinischen Sprachgebrauch verwendeten Termini Kuration oder Rehabilitation, setzt Prävention bereits vor und nicht nach dem Auftreten von Krankheiten an (Leppin 2004). Prävention richtet sich, dem Verständnis multifaktorieller Erklärungsansätze von Gesundheit und Krankheit folgend, weniger auf konkrete kausale Eingriffe als auf die Beeinflussung von Bedingungen oder Risikofaktoren für Krankheiten aus. Dabei ist vor allem eine Breitbandwirkung von Interesse. Der Begriff wird in Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention unterteilt, wenngleich dies nicht immer trennscharf erfolgt (ebd., S. 31ff.).

Primärpräventive Maßnahmen finden vor dem Erstauftreten eines unerwünschten Zustandes statt. Zur Zielgruppe gehören die Personen, die noch keine manifeste Symptomatik des unerwünschten Zustandes haben. So können durchgeführte Aktionen zur Schädlichkeit des Rauchens in der Vor- und Grundschule als Beispiele einer Primärprävention verstanden werden, da das durchschnittliche Einstiegsalter beim Tabakkonsum etwa zwischen dem 11. und 12. Lebensjahr liegt (Richter/Settertobulte 2003).

Sekundärpräventive Maßnahmen dienen dagegen einer Früherkennung bzw. Eindämmung von Krankheiten (Leppin 2004). Bezogen auf den Schulkontext sind dies Programme, die zum Beispiel auf Schülerinnen und Schüler abzielen, die bereits Tabak konsumiert haben und bei denen die Entstehung einer Abhängigkeit verhindert werden soll. Primär- und auch sekundärpräventive Aktivitäten können auf drei Ebenen stattfinden: auf individueller Ebene, auf setting-basierter Ebene und auf der Ebene der Gesamtbevölkerung (Rosenbrock 2006).

Von tertiärpräventiven Maßnahmen wird dann gesprochen, wenn ein unerwünschter oder krankhafter Zustand bereits eingetreten ist und behandelt wird. Hier sind Übergänge zu therapeutisch-medizinischen Behandlungen fließend (Leppin 2004).

Folgende Tabelle verdeutlicht am Beispiel schulischer Gewaltprävention einzelne Vermittlungs- und Lernziele in den verschiedenen Ebenen präventiver Arbeit.

Tabelle 2: Allgemeines Modell der Gewaltprävention und –intervention im Kontext Schule (Melzer/Schubarth/Ehninger 2004, S. 159)

	Ziele	Schule
Primärprävention	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Förderung, Stabilisierung d. Selbstvertrauen u. Vertrauen auf andere Personen ▪ Verstärkung prosozialer Einstellungen u. Motive ▪ Förderung u. Erhaltung von Kommunikations- und Interaktionskompetenzen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gewaltlosigkeit als Erziehungsstil u. Erziehungsziel, ▪ Praxis gewaltfreier Austragung v. Konflikten in Familie u. Schule, ▪ Kooperation Schule-Elternhaus-Jugendhilfe, ▪ Gewalt u. Aggression als Unterrichtsthema, ▪ Verbesserung v. Schulklima u. Lernkultur, ▪ Stärkung Selbstwertgefühls, bei Opfern, z.B. durch Programme - Aufbau v. „life-skills“ ▪ Transparenz d. Ziele bei hohen Anforderungen u. gleichzeitiger Unterstützung, um Leistungsdruck zu vermeiden
Sekundärprävention	<ul style="list-style-type: none"> ▪ „Immunsierung“ potentieller Opfer und Täter durch Antistress- und Anti-Aggressionstraining 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Umgang mit Unterrichtsstörungen, pädagogische Arbeit mit Schulversagern, Schulverweigerern, Tätern u. Opfern
Tertiärprävention	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Maßnahmen zur Besserung u. Resozialisierung bei manifesten Problemen ▪ Therapeutische Verfahren mit Ziel d. Qualifizierung für Umgang mit Problemsituationen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Einbeziehung unterstützender Institutionen in akuten Fällen ▪ Unterstützung bei Umschulungen o. Nachholen v. Schul- u. Berufsabschlüssen

Während Prävention stärker auf einen Krankheitsbezug ausgerichtet ist, gründet sich Gesundheitsförderung auf das salutogenetische Modell von Antonovsky (1997) und setzt in seiner Arbeit an den Schutzfaktoren der Gesundheit an, also den Rahmenbedingungen, wie den individuellen und sozialen Ressourcen (Altgeld/Kolip 2004). Während noch bis Ende der 70er Jahre des letzten Jahrhunderts die Gesundheitsversorgung unserer Gesellschaft durch eine starke Krankheitsorientierung gekennzeichnet war, ist mit der Etablierung der Gesundheitsförderung, für die die WHO mit der Verabschiedung der Ottawa-Charta 1986 eine zentrale Schlüsselrolle eingenommen hat, ein radikaler Perspektivwechsel verbunden. Gesundheitsförderung meint einen Prozess, der allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit ermöglichen soll und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit befähigt. Eine solche „Empowerment“-Strategie soll eine Risikoprophylaxe durch gezielte Ressourcenentwicklung und Ressourcenkommunikation ermöglichen (u.a. in Jerusalem 2006).

In Zusammenarbeit mit der WHO ließen die EG-Kommission und der Europarat 1992 ein neues Projekt im Rahmen der Gesundheitsförderung entstehen: Das „Europäische Netzwerk Gesundheitsfördernde Schule“. Hierbei stellt einer der Leitgedanken die Schaffung gesundheitsförderlicher Lernumwelten dar. Für die Schule verbindet sich dieser Leitgedanke mit Öffnung, Vernetzung und Nutzung öffentlicher Ressourcen (Altgeld/Kolip 2004). Wichtigste Umsetzungsstrategie der Gesundheitsförderung ist der Setting-Ansatz.

Im Unterschied zur Gesundheitserziehung, die überdies im deutschen Schulwesen eine lange Tradition hat, wird bei der noch jungen Gesundheitsförderung im Setting-Ansatz Schule nicht der einzelne Schüler und sein individuelles Verhalten in den Vordergrund gestellt, sondern die gesamte schulische Lebenswelt. Während sich frühere Konzepte schulischer Gesundheitsförderung, wie das „Konzept der affektiven Erziehung“, der „Ansatz der sozialen Immunisierung“, das „Modell der alternativen Erlebnisform“ in ihrer Effizienz zum Teil als weniger wirksam erwiesen (ausführlich in Leppin 1995, S. 239ff.), gilt der „life-skill“ Ansatz von Botvin und Eng (1982) bisher als einer der elaboriertesten und wohl auch als einer der vielversprechendsten Ansätze (Leppin 1995). Zentrales Ziel dieses praktisch orientierten Ansatzes ist die Förderung personaler und sozialer Lebenskompetenzen. Wie u. a. Tobler et al. (2000) zeigen konnten, sind die Ansätze und Programme, die ausschließlich auf Wissensvermittlung angelegt sind, nicht erfolgreich.

Sinnvoll sind solche Programme, die Kompetenzen und Fähigkeiten zur Bewältigung von Entwicklungsaufgaben fördern und jene, die zudem auch das Umfeld mit einbeziehen (Pinquart/Silbereisen 2004). Jugendliche sind dann lebenskompetent, wenn sie sich selbst kennen und empathisch sein können, wenn sie ihre Bedürfnisse kommunizieren und Beziehungen zu Mitmenschen gestalten, kritisch und kreativ denken, durchdachte Entscheidungen treffen, erfolgreich Probleme lösen sowie Gefühle und Stress bewältigen können. Lebenskompetenz beschreibt die Fähigkeit von Menschen, erworbene Fertigkeiten und soziale Regeln sowie Wissen, sach- und situationsgerecht sowie zum richtigen Zeitpunkt für das Erreichen eines Ziels einzusetzen (u. a. in Jerusalem 2006).

Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung im Setting-Ansatz Schule enthalten sowohl verhaltens- als auch verhältnispräventive Komponenten. Während die Verhaltensprävention versucht (Risiko-)Verhalten zu verändern, zielt Verhältnisprävention, die eher mit Gesundheitsförderung in Zusammenhang gebracht wird, auf eine Veränderung der Rahmenbedingungen (Leppin 2004).

Im Folgenden sollen schulpraktische Beispiele von verhältnis- und verhaltenspräventiver Arbeit vorgestellt werden.

Unter dem Leitgedanken „Gesundheitsförderung in der Schule“ sind seit 1990 drei von der Bund-Länder-Kommission für Bildungsforschung und Bildungsförderung unterstützte Schulmodellversuche durchgeführt worden. Der erste Modellversuch „Gesundheitsförderung im schulischen Alltag“ fand zwischen 1990 und 1993 in Schleswig-Holstein statt. „Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen“ hieß der zweite Modellversuch im Zeitraum von 1993 bis 1997. Beim dritten deutschlandweiten Schulversuch „OPUS – Offenes Partizipationsnetz und Schulgesundheit. Gesundheitsförderung durch vernetztes Lernen“ von 1997 bis 2000 waren ca. 500 Schulen beteiligt (Barkholz/Gabriel/Jahn/Paulus 1995; Paulus/Brückner 2000).

In den letzten Jahren änderte sich die Blickrichtung bei gesundheitsspezifischer Arbeit im Setting Schule: weg von der „Gesundheitsförderung in der Schule“ hin zur „Gesundheitsfördernden Schule“. Eine „Gesundheitsfördernde Schule“ macht Gesundheit zu ihrem Thema, indem sie einen Schulentwicklungsprozess mit dem Ziel einleitet, ein Setting zu schaffen, das zum einen zur Stärkung der gesundheitsbezogenen Lebenstüchtigkeit der Schülerinnen und Schüler beiträgt und das zum anderen die auf den Arbeits- und Lernplatz Schule bezogene Gesundheit aller an der Schule Beteiligten fördert. Übergeordnetes Ziel ist dabei die Steigerung der Erziehungs- und Bildungsqualität der gesamten Schule (Paulus/Brückner 2000).

Unter schulischer Gesundheitsförderung wird nicht allein die Summe verschiedener voneinander isolierter gesundheitsbezogener Maßnahmen verstanden. Entscheidend für eine solche Arbeit auf Schulebene ist, dass die Einzelschule zunächst ihr spezifisches, auf die Gegebenheiten vor Ort abgestimmtes Profil entwickelt. Dies betrifft einerseits innere Schulentwicklungsprozesse aber auch eine Öffnung nach außen in Gestalt der Einbindung externer Kooperationspartner bzw. der Netzwerkarbeit (Barkholz 1997).

Abschließend sei hierzu auf ein Schulmodellprojekt verwiesen, welches neben der Arbeit auf verhältnispräventiver Ebene ebenso mit verhaltenspräventiven Maßnahmen arbeitet.

Das Modellprojekt „Gesundheitsfördernde Schule in Sachsen“ (2004-2006) ist ein Projekt zur Prävention und Gesundheitsförderung an 12 sächsischen Modellschulen (Melzer/Bilz/Dümmeler/Hähne in Druck). Diese Schulen haben die Rückmeldungen der HBSC-Studie 2002 auf Einzelschulebene genutzt, um sich mit ihren jeweils unterschiedlichen Interventionsschwerpunkten an der Gesundheitsförderung zu beteiligen. Die Durchführung wurde mit den Einzelschulen kontinuierlich abgestimmt, die gesundheitsfördernden Maßnahmen bedarfsorientiert durch kompetente Träger realisiert und das Gesamtprojekt durch die Dresdner Forschungsgruppe Schulevaluation wissenschaftlich begleitet.

Klassische Beispiele für verhaltenspräventive Maßnahmen sind Interventionen zur Förderung von Lebenskompetenzen bei Schülerinnen und Schü-

lern. Dazu zählt das Programm „Erwachsen werden“ der gemeinnützigen Stiftung Lions-Quest (Bittlingmayer/Hurrelmann 2006), das neben anderen Interventionen im Modellprojekt „Gesundheitsfördernde Schule in Sachsen“ zum Einsatz kam.

Das Konzept stammt aus den USA und wurde bereits Mitte der 90er Jahre für Deutschland adaptiert. „Erwachsen werden“ richtet sich an Schülerinnen und Schüler von 10 bis 15 Jahren und zielt auf eine Verbesserung ihres Selbstwertgefühls, der Entwicklung sozialer und kommunikativer Handlungsmöglichkeiten bzw. Handlungskompetenzen und trainiert darüber hinaus den Umgang mit Stress und sozialem Druck. Das Programm beinhaltet auch Informationen über Wirkungen und Risiken von Suchtmitteln. Die Inhalte des Programms bilden ein Angebot für ein vollständiges, fächerübergreifendes Curriculum, das außerdem noch zahlreiche Anlässe bietet, Elternhaus und soziales Umfeld der Kinder und Jugendlichen einzubeziehen (Hoinkes/Wilms 2005).

„Erwachsen werden“ gehört zu den Programmen, die gut evaluiert sind. Das Programm wird in einem hohen Maß von denen am Schulleben Beteiligten akzeptiert und zeigt vielfältige positive Wirkungen auf das Schülerverhalten und das Klassenklima. Die Mehrheit der Lehrkräfte bewertet die didaktische Konzeption, die Inhalte sowie die Materialien des Programms positiv und kann die Programmt Themen gut in den regulären Unterricht integrieren (Bauer/Langness/Hurrelmann 2004; Bittlingmayer/Sahrai/Sirch 2004; Bittlingmayer/Sirch 2006; Kähnert/Hurrelmann 2002).

Ergebnisse einer Längsschnittuntersuchung zeigen u. a., dass „Erwachsen werden“ sich positiv auf die Entwicklung des Selbstwertgefühls und der sozialen Kompetenz auswirkt. Deutlich wurde weiterhin, dass das Programm nicht bei allen Kindern und Jugendlichen gleichermaßen wirkt, sondern dass hauptsächlich die Mädchen von dem Curriculum profitieren (Hurrelmann/Kähnert 2002). Darüber hinaus verweisen die Befunde auch auf ein bekanntes Präventionsdilemma: Innerhalb der deutschen Schulformhierarchie driften Bedarf und Nachfrage von Präventionsprogrammen auseinander. Diejenigen Schüler – vornehmlich an den Hauptschulen, die am meisten von dem Programm profitieren würden, kommen gleichzeitig am seltensten in den Genuss (Bauer 2005; Bauer/Hurrelmann 2005).

Resümee

Die Institution Schule spielt eine große Rolle im Leben junger Menschen. Schule kann bei den Entwicklungsprozessen eine wertvolle Ressource im Hinblick auf eine gesunde Entwicklung sein. Sie kann aber auch selbst gesundheitliche Probleme verursachen. Schule stellt deshalb ein geeignetes Setting für Prävention und Gesundheitsförderung dar. Erfolgreich sind die Maßnahmen dann, wenn sie auf schulischer Ebene verankert und vernetzt sind, wenn sie an den Erfahrungen und Erlebnissen der Schülerinnen und Schüler konkret ansetzen und wenn die Rahmenbedingungen in ausreichen-

dem Maße berücksichtigt werden. Weitere Gelingensbedingungen sind der frühzeitige Beginn solcher Maßnahmen; eine kontinuierliche und langfristige Ausrichtung sowie eine zielgruppenspezifische Konzeption (das schließt Alter, Geschlecht aber auch kulturelle bzw. ethnische Herkunft gleichermaßen ein). Für einen Erfolg sind außerdem die Vermittlung von Inhalten über interaktive Lehrtechniken und Trainingsmethoden bedeutsam, wofür die Lehrkräfte über ein hohes Maß methodischer Kompetenzen verfügen müssen. Nicht zuletzt bleibt der Einbezug des gesamten sozialen Umfeldes zu betonen.

Literatur

- Achermann, N./Pecorari, C./Winkler Metzke, C./Steinhausen, H.-C. (2006): Schulklima und Schulumwelt in ihrer Bedeutung für psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen. In: Steinhausen, H.-C. (Hg.): Schule und psychische Störungen. Stuttgart, S. 13-37
- Altgeld, T./Kolip, P. (2004): Konzepte und Strategien der Gesundheitsförderung. In: Hurrelmann, K./Klotz, T./Haisch, J. (Hg.): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. Bern, S. 41-51
- Antonovsky, A. (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen
- Baacke, D. (1995): Die 6- bis 12jährigen. Einführung in die Probleme des Kindesalters. Weinheim
- Barkholz, U. (1997): Gesundheit als Aspekt von Schulentwicklung - ein Netzwerk im europäischen Verbund. In: Wildt, B. (Hg.): Gesundheitsförderung in der Schule. Neuwied, S. 167-179
- Barkholz, U./Gabriel, R./Jahn, H./Paulus, P. (1995): Offenes Partizipationsnetz und Schulgesundheit. Gesundheitsförderung durch vernetztes Lernen: Books on Demand.
- Bauer, U. (2005): Das Präventionsdilemma. Potenziale schulischer Kompetenzförderung im Spiegel sozialer Polarisierung. Wiesbaden
- Bauer, U./Hurrelmann, K. (2005): Preaching to the saved? Chancen schulischer Gesundheitsförderung. *pädiat.prax.*, 67, S. 401-411
- Bauer, U./Langness, A./Hurrelmann, K. (2004): Implementierung des Lions-Quest Programms "Erwachsen werden". Ergebnisse der Befragung von Schulleitungen, SchülerInnen und Eltern. Bielefeld
- Beck, U. (1986): Risikogesellschaft. Auf dem Weg in eine andere Moderne. Frankfurt am Main
- Bergmann, K.E./Bergmann, R.L. (1998): Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung in der Familie RKI-Hefte
- Bilz, L./Hähne, C. (2006): Der Einfluss von Schule auf das Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen. In: H.-C. Steinhausen (Hg.): Schule und psychische Störungen. Stuttgart, S. 68-85
- Bilz, L./Hähne, C./Melzer, W. (2003): Die Lebenswelt Schule und ihre Auswirkungen auf die Gesundheit von Jugendlichen. In: Hurrelmann, K./Klocke,

- A./Melzer, W./Ravens-Sieberer, U. (Hg.): Jugendgesundheitssurvey. Weinheim und München, S. 243-299
- Bittlingmayer, U./Hurrelmann, K. (2006): Präventionsstrategien für sozial Benachteiligte: das Beispiel der schulischen Suchtprävention und Skillförderung. In: Badura, B./Kirch, W. (Hg.): Prävention. Ausgewählte Beiträge des Nationalen Präventionskongresses, Dresden, Dezember 2005. Heidelberg, S. 173-192
- Bittlingmayer, U.H./Sahrai, D./Sirch, U. (2004): Die LQ-Praxisbegleitung. Zwischen Notwendigkeit, Unsicherheit und Professionalisierung. Bericht der Bielefelder Begleitforschung. Bielefeld
- Bittlingmayer, U. H./Sirch, U. (2006): "Erwachsen werden" an deutschen Schulen. Eine Implementierungsstudie in den ausgewählten Bundesländern Hamburg, Rheinland-Pfalz und Baden-Württemberg. Bielefeld
- Botvin, G. J./Eng, A. (1982): The efficacy of a multicomponent approach to the prevention of cigarette smoking. *Preventive Medicine*, 6, S. 359-379
- Bronfenbrenner, U. (1976): Ökologische Sozialisationsforschung. Stuttgart
- Eder, F. (1996): Was (Unterrichts-)Klima ausmacht. *Pädagogische Führung*, 7, S. 180-183
- Engel, U./Hurrelmann, K. (1994): Was Jugendliche wagen. Eine Längsschnittstudie über Drogenkonsum, Stressreaktionen und Delinquenz im Jugendalter. Weinheim
- Fend, H. (2000): Entwicklungspsychologie des Jugendalters. Opladen
- Fend, H. (2006): Neue Theorie der Schule. Einführung in das Verstehen von Bildungssystemen. Wiesbaden
- Freitag, M. (1998): Was ist eine gesunde Schule? Einflüsse des Schulklimas auf Schüler- und Lehrergesundheit. Weinheim und München
- Havighurst, R. J. (1974): *Developmental tasks and education* (7. Auflage ed.). New York
- Hoinckes, M./Wilms, E. (2005): Persönliche und soziale Stärken entwickeln. Lebenskompetenzförderung mit dem Lions-Quest-Programm "Erwachsen werden". *Pädagogik*, 57 (2), S. 10-13
- Holler-Nowitzki, B. (1994): Psychosomatische Beschwerden im Jugendalter. Schulische Belastungen, Zukunftsangst und Stressreaktionen. Weinheim und München
- Hurrelmann, K. (1994): Familienstreß, Schulstreß, Freizeitstreß. Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche. Weinheim und Basel
- Hurrelmann, K. (2000): Gesundheitssoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. Weinheim und München
- Hurrelmann, K. (2004): Lebensphase Jugend. Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Jugendforschung. Weinheim und München
- Hurrelmann, K./Albert, M./Quenzel, G./Langness, A. (2006): Eine pragmatische Generation unter Druck - Einführung in die Shell Jugendstudie 2006. In: Holding, S.D. (Hg.): *Jugend 2006. Eine pragmatische Generation unter Druck*. Frankfurt am Main, S. 31-48
- Hurrelmann, K./Kähnert, H. (2002): Abschlussbericht Evaluation des Lions-Quest Programms "Erwachsen werden". Bielefeld
- Hurrelmann, K./Klocke, A./Melzer, W./Ravens-Sieberer, U. (Hg.) (2003): *Jugendgesundheitssurvey*. Weinheim und München

- Hurrelmann, K./Palentin, C. (1997): Rahmenbedingungen der Gesundheitsförderung in Schulen. In: Wildt, B. (Hg.): Gesundheitsförderung in der Schule. Neuwied, S. 15-25
- Jerusalem, M. (2006): Theoretische Konzeptionen der Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter. In: Lohaus, A./Jerusalem, M./Klein-Heßling, J. (Hg.): Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter. Göttingen u.a., S. 31-57
- Jerusalem, M./Mittag, W. (1997): Schulische Gesundheitsförderung: Differentielle Wirkungen eines Interventionsprogramms. Unterrichtswissenschaft, S. 133-149
- Jerusalem, M./Schwarzer, R. (1991): Entwicklung des Selbstkonzepts in verschiedenen Lernumwelten. In: Pekrun, R./Fend, H. (Hg.): Schule und Persönlichkeitsentwicklung. Ein Resümee der Längsschnittforschung. Stuttgart, S. 115-128
- Klaes, L./Cosler, D./Zens, Y.C.K./Rommel, A. (2003): Der Bewegungsstatus von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse der Gemeinschaftsinitiative "Fit sein macht Schule" von AOK, DSB und WIAD. Sportunterricht, 52 (9), S. 259-264
- Klein-Heßling, J. (2006): Gesundheit im Kindes- und Jugendalter: Symptomatik, gesundheitsförderliches und gesundheitsriskantes Verhalten. In: Lohaus, A./Jerusalem, M./Klein-Heßling, J. (Hg.): Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter. Göttingen u.a., S. 13-30
- Kolbe, M./Jerusalem, M./Mittag, W. (1998): Veränderungen von Selbstwirksamkeit und Klassenklima im zeitlichen Verlauf. Unterrichtswissenschaft, S. 116-126
- Kolip, P./Hurrelmann, K./Schnabel, P.-E. (1995): Gesundheitliche Lage und Präventionsfelder im Kindes- und Jugendalter. In: Kolip, P. (Hg.): Jugend und Gesundheit. Interventionsfelder und Präventionsbereiche. Weinheim und München, S. 17-21
- Leppin, A. (1995): Gesundheitsförderung in der Schule. In: Kolip, P. (Hg.): Jugend und Gesundheit. Interventionsfelder und Präventionsbereiche. Weinheim und München, S. 235-250
- Leppin, A. (2004): Konzepte und Strategien der Krankheitsprävention. In: Hurrelmann, K./Klotz, T./Haisch, J. (eds.): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. Bern, S. 31-40
- Lohaus, A./Fleer, B./Freitag, P./Klein-Heßling, J. (1996): Fragebogen zur Erhebung von Streßerleben und Streßbewältigung im Kindesalter (SSK). Göttingen
- Melzer, W./Bilz, L./Dümmler, K./Hähne, C. (in press): Gesundheitsfördernde Schule in Sachsen. Dresden
- Melzer, W./Schubarth, W./Ehninger, F. (2004): Gewaltprävention und Schulentwicklung. Analysen und Handlungskonzepte. Bad Heilbrunn
- Oerter, R./Dreher, E. (2002): Jugendalter. In: Oerter, R./Montada, L. (Hg.), Entwicklungspsychologie. Weinheim, S. 258-318
- Parsons, T. (1987): Die Schulklasse als soziales System. In: Plake, K. (Hg.): Klassiker der Erziehungssoziologie. Düsseldorf, S. 102-124
- Paulus, P./Brückner, G. (2000): Wege zu einer gesünderen Schule: Handlungsebenen - Handlungsfelder - Bewertungen. Tübingen
- Pinquart, M./Silbereisen, R. K. (2004): Prävention und Gesundheitsförderung im Jugendalter. In: Hurrelmann, K./Klotz, T./Haisch, J. (Hg.): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. Bern, S. 63-72
- Raithel, J. (Hg.). (2001): Risikoverhaltensweisen Jugendlicher. Formen, Erklärungen und Prävention. Opladen

- Ravens-Sieberer, U./Thomas, C./Erhart, M. (2003): Körperliche, psychische und soziale Gesundheit von Jugendlichen. In: Hurrelmann, K./Klocke, A./Melzer, W./Ravens-Sieberer, U. (Hg.): Jugendgesundheitsurvey. Weinheim und München, S. 19-98
- Richter, M. (2003): Anlage und Methode des Jugendgesundheitsurveys. In: Hurrelmann, K./Klocke, A./Melzer, W./Ravens-Sieberer, U. (Hg.): Jugendgesundheitsurvey. Internationale Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO. Weinheim und München, S. 9-18
- Richter, M./Settertobulte, W. (2003): Gesundheits- und Freizeitverhalten von Jugendlichen. In: Hurrelmann, K./Klocke, A./Melzer, W./Ravens-Sieberer, U. (Hg.): Jugendgesundheitsurvey. Weinheim und München, S. 99-157
- Rosenbrock, R. (2006): Erfolgskriterien und Typen moderner Primärprävention. In: Badura, B./Kirch, W. (Hg.): Prävention. Ausgewählte Beiträge des Nationalen Präventionskongresses, Dresden, Dezember 2005. Heidelberg, S. 3-21
- Rutter, M./Maughan, B./Mortimore, P./Ouston, J. (1980): Fünfzehntausend Stunden. Weinheim und Basel
- Sandfuchs, U. (2001): Was Schule leistet. Reflexionen und Anmerkungen zu Funktionen und Aufgaben der Schule. In: Melzer, W./Sandfuchs, U. (Hg.): Was Schule leistet. Funktionen und Aufgaben von Schule. Weinheim und München, S. 11-36
- Satow, L./Schwarzer, R. (2003): Entwicklung schulischer und sozialer Selbstwirksamkeitserwartung. Psychologie in Erziehung und Unterricht, 50, S. 168-181
- Schnabel, P.-E. (1995): Sozialisation und gesunde Entwicklung im Kindes- und Jugendalter. In: Kolip, P. (Hg.): Jugend und Gesundheit. Interventionsfelder und Präventionsbereiche. Weinheim und München, S. 111-134
- Seiffge-Krenke, I. (1995): Psychische Störungen im Jugendalter. In: Kolip, P./Hurrelmann, K./Schnabel, P.-E. (Hg.): Jugend und Gesundheit. Interventionsfelder und Präventionsbereiche. Weinheim und München, S. 177-203
- Tobler, N.S./Roona, M.R./Ochshorn, P./Marshall, D.G./Streke, A.V./Stackpole, K.M. (2000): School-based adolescent drug prevention programs: 1998 metaanalysis. Journal of Primary Prevention, 20, S. 275-336
- Trapp, U./Neuhäuser-Berthold, M. (2001): Riskantes Ernährungsverhalten im Jugendalter. In: Raithel, J. (Hg.): Risikoverhaltensweisen Jugendlicher. Formen, Erklärungen und Prävention. Opladen, S. 155-170
- Winkler Metzke, C./Achermann, N./Pecorari, C./Steinhausen, H.-C. (2006): Erlebte schulische Umwelt und seelisches Befinden. In: Steinhausen, H.-C. (Hg.): Schule und psychische Störungen. Stuttgart, S. 102-116
- Zinnecker, J./Georg, W. (1996): Soziale Interaktion in der Familie und ihre Wirkung auf Schuleinstellung und Schulerfolg der Kinder. In: Zinnecker, J./Silbereisen, R.K. (Hg.): Kindheit in Deutschland. Aktueller Survey über Kinder und ihre Eltern. Weinheim und München, S. 303-314

Belastungen und Gesundheit im Lehrberuf

Einleitung

Die Gesundheit in Lehrberufen ist in den letzten Jahren für die interdisziplinäre Wissenschaft wie auch die arbeitsmedizinische Praxis zunehmend interessant geworden. Das liegt zum einen an Informationen zum vorzeitigen Ausscheiden aus dem Beruf und den damit verbundenen medienwirksamen Meldungen zu erheblichen Belastungsfaktoren im Lehrerberuf, an den Ergebnissen der PISA-Studie, der Hinterfragung der Rolle der Lehrer und ihrer Gesundheit sowie an der zunehmenden Beschäftigung der Arbeitsforschung mit sozial-kommunikativen Berufsgruppen. Zum anderen wird im Kulturbereich in verschiedenen Bundesländern nun die arbeitsmedizinische Betreuung nach dem Arbeitsschutzgesetz von 1996 realisiert.

Im Folgenden sollen einige Aspekte der Lehrerbelastrung und -gesundheit auf der Grundlage der internationalen Literatur und der eigenen interdisziplinären Forschung in den letzten 20 Jahren dargestellt werden. Eine weitere Zielstellung besteht in der kritischen Reflexion des gegenwärtigen Wissensstandes zu diesem Thema.

1 Berufliche Belastungsfaktoren im Lehrberuf

1.1 Vergleich der beruflichen Belastung von Lehrberufen mit derjenigen in anderen Berufen

Die bisherige Belastungsforschung im Lehrberuf krankt u. a. daran, dass es keine vergleichende Wertung und Einordnung in Bezug auf andere Berufe gibt. Deshalb werden Belastungen häufig falsch bewertet und positive Aspekte des Lehrerberufes zu wenig artikuliert.

Eine vergleichende Wertung von Belastungen in unterschiedlichen Berufen ist äußerst schwierig. Sie kann auf der Grundlage unterschiedlicher Theorien und Hypothesen erfolgen und deshalb nur einen orientierenden Charakter haben. Außerdem - und das wird auch in den folgenden Ergebnissen deutlich - sind Lehrberufe durchaus keine einheitliche Berufsgruppe. Wir finden unter arbeitsmedizinischen und arbeitspsychologischen Gesichtspunkten erhebliche Unterschiede, z.B. zwischen Gymnasial-, Mittel-,

Grundschul- und Förderschulschullehrern sowie Lehrern an berufsbildenden Schulen oder auch Kindergärtnerinnen und Erzieherinnen im Hort. Trotz der Vielfalt der unterschiedlichen Betrachtungsweisen wird deutlich, dass im Lehrerberuf hohe Anforderungen gestellt werden und umfangreiche Belastungen zu bewältigen sind.

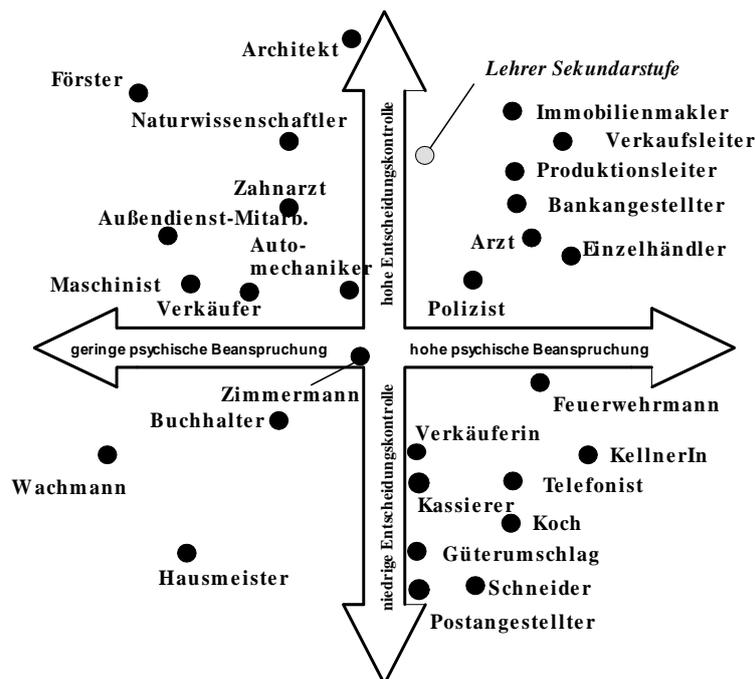
In Finnland sind unter arbeitswissenschaftlichen Gesichtspunkten (auf der Grundlage des arbeitswissenschaftlichen Erhebungsverfahrens zur Tätigkeitsanalyse AET von Rohmert/Landau 1979) umfangreiche Untersuchungen zur vergleichenden Bewertung der Belastung an über 6.000 Beschäftigten aus 88 Berufen durchgeführt worden. Dabei wurden verschiedene Arbeitsaufgaben durch Beobachtung erfasst und durch den Untersucher einer standardisierten Wertung aufgrund der Häufigkeit, des Ausmaßes, der Bedeutung und der Gefährdung unterzogen. Verschiedene Tätigkeiten wurden clusteranalytisch nach vergleichbaren Merkmalen zusammengefasst und die Anzahl den Belastungsfaktoren zugeordnet (Ilmarinen et al. 1991). Somit handelt es sich beim AET um ein beobachtungsorientiertes Fremdexpertenverfahren. "Lehrende Arbeit" befindet sich nach dieser Betrachtungsweise an 9. Stelle der Häufigkeit und des Ausmaßes von Belastungsfaktoren (Tab. 1).

Tabelle 1: Zahl der Belastungsfaktoren im AET (Rohmert/Landau 1979) mit mehr als 50 bzw. 70 % des Maximal-scores bei verschiedenen Berufsgruppen

Berufsgruppe bzw.	Zahl der Belastungsfaktoren	
	> 50 %	> 70 %
<i>Tätigkeitsbereich</i>		
Zahnärzte	17	9
Ärzte	16	13
Küchenleiter	17	3
Technischer Überwachungsdienst	13	4
Abteilungsleiter	12	2
Transportarbeiter	12	1
Pflegedienst, Kinderbetreuung	11	3
Installateure	11	-
Lehrer	9	4
Büroarbeit	9	2
Sozialarbeit, Hauskrankenpflege	8	-
Hilfsarbeiten	7	-
Stadtreinigung	5	-

Eine andere - sehr bekannte - Form von Vergleichen der Berufsbelastung ist bei Karasek zu finden. Er geht in seinem theoretischen Ansatz (Karasek et al. 1981; Karasek 1992) davon aus, dass solche Konstellationen von Tätigkeitsmerkmalen ein erhöhtes Risiko beinhalten, die durch einen geringen Handlungs- und Entscheidungsspielraum (geringe Kontrolle über die Arbeitstätigkeit) bei hohem Anforderungsniveau gekennzeichnet sind. Positive gesundheitliche Wirkungen wären bei hohem Handlungs- und Entscheidungsspielraum und hoher (psychischer) Belastung zu erwarten. Dem Ansatz folgend wird der Lehrerberuf (Abb. 1) in den rechten oberen Quadranten eines solchen "demand-control"-Modells eingeordnet, d.h., der Beruf ist durch einen breiten Handlungsspielraum bei gering erhöhten psychischen Anforderungen charakterisiert (Karasek et al. 1988, Krantz/Raisen 1988) und gehört demnach zu denjenigen Berufen mit gesundheits- und persönlichkeitsförderlichen Tätigkeitsmerkmalen. Grundlage der Einordnung waren Befragungen der Lehrkräfte.

Abbildung 1: Einordnung verschiedener Berufe im „demand-control“-Modell nach Karasek (zitiert nach Krantz/Raisen 1988)



In einem neueren Ansatz des Konzeptes psychosozialer Arbeitsanforderungen werden quantitative Aspekte bei verschiedenen Berufsgruppen erfasst (Kristensen et al. 2004). Auf der Grundlage einer 7-Item-Skala (später 5) zu quantitativen Arbeitsanforderungen (Copenhagen Psychosocial Questionnaire), die u. a. Schnelligkeit der Arbeit, Häufungen von Arbeitsanforderungen, unbeendete Arbeiten, ausreichend Zeit für die Arbeit sowie Überstunden beinhaltet, wurde die in Tabelle 2 aufgeführte Reihenfolge von 32 Berufen gefunden (Auswahl).

Tabelle 2: Mittelwerte des „Copenhagen Psychosocial Questionnaire“ (Kristensen et al. 2004; 7-Item-Version) - Quantitative Anforderungen (Berufstätigkeit aus der National Danish Psychosocial Work Environment Study, Range 0 - 100 (Auswahl))

lfd. Nr.	Beruf	Score
1	Manager	56,4
2	Systemplaner	56,3
3	Sekretäre	53,0
4	Bankangestellte	52,2
5	Hochschullehrer	51,3
6	Kaufhausmanager	50,8
7	Warenhausassistent	49,7
8	Leitende Angestellte	48,9
9	Buchhalter	48,5
10	Techniker	48,0
11	Architekten	47,4
12	Büroangestellter	47,2
13	Elektriker	46,3
14	Berufsschullehrer	45,5
15	Krankenschwester	45,0
17	Grundschullehrer	44,6
19	Vorarbeiter	43,3
20	Köche	43,1
22	Mechaniker	41,8
23	Fahrer	40,9
25	Kindergärtnerinnen	39,9
26	Verkäufer	39,8
30	Reiniger	31,9
32	Kindergartenassistent	26,2

Die genannten Vergleiche zwischen den Berufsgruppen veranschaulichen, dass Belastungsfaktoren der beruflichen Tätigkeiten unterschiedlich erlebt und bewertet werden und folglich unterschiedliche Beziehungen zu Gesundheit und Arbeitsfähigkeit haben können.

1.2 Belastungen aus der Lehrertätigkeit

Es gibt eine Vielzahl von Untersuchungen zu Belastungen in der Lehrtätigkeit und in den Schulen, überwiegend auf der Grundlage von freien Befragungen oder standardisierten, teilweise theoriegeleiteten Fragebögen. Bei aller Vielgestaltigkeit der Ergebnisse mit unterschiedlichen Bezeichnungen gleicher Problembereiche lässt sich eine Grundstruktur von Belastungsfaktoren feststellen (Tab. 3).

Tabelle 3: Faktoren beruflicher Belastungen

<ul style="list-style-type: none"> • allgemeine <i>Arbeitsbedingungen</i> einschließlich der schlechten <i>Ausstattung</i> der Schule und der <i>Hierarchie</i> im Schulsystem (Wältz 1980; Scheuch et al. 1995; Ulich et al. 2002)
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Zeitdruck</i> und lange <i>Arbeitszeiten</i> (Kyriacou/Sutcliffe 1978; Hübner/Werle 1997; Ulich et al. 2002; Haufe/Scheuch 2005)
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Leistungsschwächen</i>, <i>Verhaltensauffälligkeiten</i>, mangelnde <i>Disziplin</i> und <i>Motivation</i> der Schüler (Wältz 1980; Kyriacou/Sutcliffe 1978; Wittern/Tausch 1980; Ulich et al. 2002)
<ul style="list-style-type: none"> • zu große <i>Klassen</i> (Saldern/Katz 1990; Wältz 1980; Ulich et al. 2002)
<ul style="list-style-type: none"> • geringes gesellschaftliches <i>Ansehen</i> des Lehrerberufs (Elbing/Dietrich 1982; Renner 2002; Haufe et al. 2004)

Häufig werden Belastungen erfasst, ohne sie, vor allem hinsichtlich ihrer Gesundheits- und Arbeitsfähigkeitsrelevanz, zu bewerten. So finden Schönwälder et al. (2003) in Bremen die höchsten Belastungsgrade von Lehrern bei Lernentwicklungsberichten, Unterricht, der Vergabe von Zeugnissen sowie bei Schulveranstaltungen. Es ist mit Sicherheit anzunehmen, dass diese Faktoren zunächst keine Relevanz für Gesundheit und Arbeitsfähigkeit haben. Ohne diese Belastungsfaktoren wäre der Lehrerberuf nicht denkbar. 96 % der Gymnasiallehrer in Hessen geben eine hohe bis sehr hohe Belastung an (Looks/Hacker 2005). Ist daraus auf eine hohe Gesundheitsgefährdung zu schließen? Eigene Untersuchungen wiesen nach, dass die psychische Gesundheit (Neurosetendenzen, Beschwerden, globale Be-

wertung der Gesundheit) und die Arbeitsunfähigkeit umso günstiger waren, je *höher* sich die Lehrer belastet fühlten, aber dabei angaben, ihre eigenen Ansprüche umfangreich verwirklichen zu können (Scheuch 1989). Eine Vielzahl von Untersuchungen der letzten Jahre zeigen eine negative Beziehung zwischen Belastungsausmaß und z.B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Kristensen et al. 2004).

Lehrer stehen im gesellschaftlichen Umfeld wie kaum eine andere Berufsgruppe. Deshalb wurden Fragen nach besonders belastenden Anforderungen und Bedingungen der beruflichen Tätigkeit mit der gleichen Methodik im Rahmen der Dresdner Lehrerstudien zu drei verschiedenen Zeitpunkten zwischen 1985 und 1994 (unter Einschluss der politischen Wende) erhoben (Scheuch et al. 1995). Tabelle 4 zeigt neben der geringen Bedeutung zwischenmenschlichen Konfliktpotenzials vor allem die Verlagerung von Belastungen aus dem zeitlich-organisatorischen in den materiell-technischen Bereich, es zeigt sich aber auch die Stabilität des Belastungserlebens aus der eigentlichen unmittelbaren pädagogischen Tätigkeit (Haufe et al. 1995; Silbernagl et al. 1995).

Tabelle 4: Subjektive Belastungsfaktoren der beruflichen Tätigkeit zu drei verschiedenen Zeitpunkten bei Lehrern in Sachsen

Belastung durch	Angaben der Befragten (%)		
	1985	1990/91	1993/94
Zeitlich-organisatorische Probleme (allgemein)	33,3	8,9	13,3
Außerunterrichtliche schulische Tätigkeit	27,4	0,9	4,8
Funktionen und Zusatzaufgaben	21,5	6,6	7,6
Schullärm und ungünstige hygienische Bedingungen	11,4	10,0	10,9
Spezielle fachbezogene Probleme	10,1	8,9	19,4
Klassenstufen bzw. hohe Klassenfrequenz	8,8	4,6	27,0
Zwischenmenschliche Probleme	7,7	5,8	9,4
Ungünstige materiell-technische Bedingungen	3,7	12,3	30,3

Trotz der vielen Untersuchungen zu Belastungen im Lehrerberuf fehlt eine Taxonomie von gesundheits- und arbeitsfähigkeitsrelevanten, beeinflussbaren und nicht beeinflussbaren Belastungen sowie zu ihren individuellen und bedingungsmäßigen Abhängigkeiten. Die Forschung muss deshalb von ihrer konstatierenden Rolle in eine aufklärende Rolle wechseln.

Dies ist jedoch nur möglich, wenn gerade die Lehrtätigkeit nicht nur als ein Risikoberuf aufgefasst wird. Für die ärztliche Praxis wie auch für die wissenschaftliche Forschung zur Gesundheit und Krankheit von Lehrern heißt das, dass das risikoorientierte Herangehen durch die Ressourcenorientierung ergänzt werden muss. Der Lehrerberuf hat eine Reihe von Merkmalen, die einer menschengerechten Arbeit zugeordnet werden, z.B. Ganzheitlichkeit, Anforderungsvielfalt, Möglichkeit der sozialen Interaktion, Autonomie, Lern- und Entwicklungsmöglichkeiten, Sinnhaftigkeit der Arbeit (Ulich 1996). Deshalb sollten diese Faktoren sowohl in Prävention und Intervention wie auch der Rehabilitation eine zentralere Position einnehmen.

Tabelle 5 verdeutlicht positiv erlebte Aspekte bei der beruflichen Tätigkeit von Gymnasiallehrern in Sachsen (Haufe/Scheuch 2005). Unter dem Aspekt des spezifischen Belastungserlebens bei älteren Lehrpersonen mit Hinblick auf Frühpensionierung und andere Möglichkeiten des vorzeitigen Ausscheidens aus dem Berufsleben wurden zusätzlich Rangreihen für Lehrpersonen ab 55 Jahre ermittelt.

Tabelle 5: Mir gefällt an meiner Arbeit (Gymnasiallehrer 2001)

Positive Aspekte der beruflichen Tätigkeit	Häufigkeit	Prozent der Responder	Rangreihe	Prozent der Responder ab 55 Jahre	Rangplatz ab 55 Jahre
Arbeit mit jungen Menschen („selbst jung bleiben“)	487	74,6	1	72,7	1
Abwechslungsreichtum, Vielseitigkeit, interessante Tätigkeit	210	32,2	2	27,3	2
Anspruchsvolle Arbeit, Wissensvermittlung, Wertevermittlung, Erziehung, geistiger Anspruch	123	18,8	3	16,4	3
kreative Möglichkeiten	101	15,5	4	10,9	8
Flexibilität in der Zeitplanung	86	13,2	5	9,1	10
Freude an Fortschritten und Erfolgen der Schüler (auch nach Abitur)	82	12,6	6	9,1	11
Eigenverantwortung, selbststän-	77	11,8	7	16,4	4

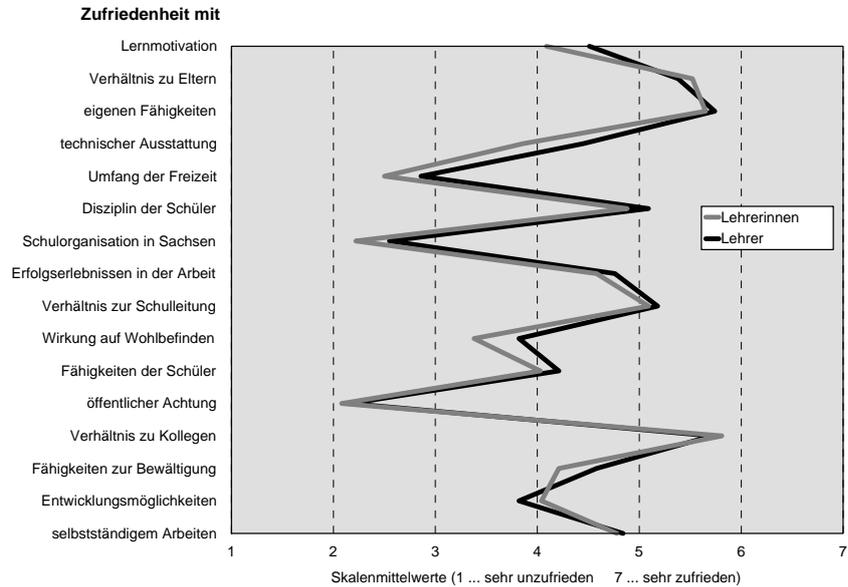
diges Arbeiten					
Verbindung Hobby-Beruf, Fach macht Spaß	76	11,6	8	12,7	7
positives Verhältnis zu Kollegen	67	10,3	9	10,9	9
ständige Fort- und Weiterbildung	64	9,8	10	16,4	5
Lehrberuf als täglich neue Herausforderung	62	9,5	11	7,3	13

Für ältere Lehrpersonen ab 55 Jahre ergibt sich eine ähnliche Rangordnung der als positiv erlebten Anforderungen und Bedingungen ihrer beruflichen Tätigkeit. Nach völliger Übereinstimmung bis Rangplatz 3 folgen für diese Lehrerguppe aber die Eigenverantwortung, die Möglichkeit der ständigen Fort- und Weiterbildung sowie das gute Verhältnis zu Schülern und Elternschaft auf den Plätzen 4 bis 6.

Dies zeigt, dass neben einer Taxonomie risikorelevanter Belastungen auch eine Taxonomie der Ressourcen im Lehrerberuf und - unter Berücksichtigung der gesundheitlichen Situation, die im Abschnitt 3 dargestellt wird - auch die Suche nach Methoden zur Verbesserung der Wahrnehmung dieser beruflichen Potenzen zwingend notwendig sind. Darüber hinaus ist für die Wissenschaft relevant, warum eine Reihe von als positiv postulierten, theoriegeleiteten Merkmalen für die Arbeit generell in dieser Art und Weise im Lehrerberuf offensichtlich nicht wirken oder nicht wirken können.

Die notwendige Differenziertheit der Betrachtung von Belastungsfaktoren zeigt sich auch anhand der Arbeitszufriedenheit. Mit Hilfe des lehrerspezifischen Arbeitszufriedenheitsfragebogens von Rudow (1994), der 16 Teilaspekte erfasst, wird eine weitere Sichtweise auf die Belastungsfaktoren deutlich. Abbildung 2 zeigt Ergebnisse der Befragung von Gymnasiallehrern in Sachsen in Abhängigkeit vom Geschlecht. Eine erste Aussage - die häufig bei derartigen Untersuchungen nicht beachtet wird - ist die Feststellung einer insgesamt überdurchschnittlich hohen Zufriedenheit. Dabei gehören zu den am meisten zufrieden stellenden Bereichen der Lehrtätigkeit neben dem Bewusstsein der eigenen Fähigkeiten auch gute soziale Beziehungen zu Elternschaft, Kollegen und Schulleitung wie auch die Erfolgserlebnisse in der Arbeit und die Disziplin der Schüler. Natürlich werden solche Faktoren bei gezielter oder ungezielter Befragung meist auch als Belastung angegeben. Das macht die Verwaschenheit des Begriffs „Belastung“ deutlich.

Abbildung 2: Arbeitszufriedenheit (Einzelsachverhalte des Fragebogens) der Lehrerinnen und Lehrer aus Gymnasien



Viele der erfragten Belastungsfaktoren bei Lehrern entsprechen auch denen bei anderen Berufsgruppen. Konkrete arbeitswissenschaftliche Tätigkeitsanalysen liegen kaum vor, da auch die methodischen Voraussetzungen nicht vorhanden sind. Zum anderen sind bestimmte Aspekte der Lehrertätigkeit nicht zu ändern. Dies trifft jedoch auch auf andere Berufsgruppen zu. Deshalb geht es bei derartigen Anforderungen in erster Linie um die Befähigung zur adäquaten Bewertung und Bewältigung dieser eher negativ erlebten Situationen. In Tabelle 6 wurde der Versuch unternommen, die Besonderheiten relevanter Belastungsfaktoren im Lehrerberuf darzustellen, die auch Relevanz für die erfolgreiche und gesunde Erfüllung der Lehrertätigkeit über die Lebensarbeitszeit besitzen. Hier wird deutlich, dass pädagogische Fähigkeiten und Fertigkeiten präventive Ressourcen darstellen.

Tabelle 6: Ausgewählte Belastungsfaktoren bei Lehrern

<ul style="list-style-type: none"> • Komplexität und Kompliziertheit - mangelnde Durchschaubarkeit und Vorhersehbarkeit
<ul style="list-style-type: none"> • hohes Anspannungsniveau mit Sachzuwendung über längere Zeit
<ul style="list-style-type: none"> • verteilte Aufmerksamkeit
<ul style="list-style-type: none"> • eingeschränkt selbstbestimmte Erholungszeiten über den Unterrichtstag
<ul style="list-style-type: none"> • situationsbezogener Wechsel von Verhaltensweisen im Unterricht mit hoher Anpassungsleistung
<ul style="list-style-type: none"> • in kürzestem Zeitraum Auswahl von adäquaten, effektiven Verhaltensweisen (pädagogisch schwierigen Situation)
<ul style="list-style-type: none"> • Unterliegen von unterschiedlichen Bewertungskriterien (Schüler, Eltern, Kollegen, Schulleitung)
<ul style="list-style-type: none"> • „Einzelkämpfertum“ in Kooperation
<ul style="list-style-type: none"> • Vermischung von Arbeits- und Freizeit

2 Gesundheitsbezogene Belastungsfolgen

Es gibt nur wenige Untersuchungen, die lehrerspezifische Belastungsfaktoren mit ärztlich diagnostizierten Erkrankungen in Beziehung gebracht haben. Der Gesundheitszustand von Lehrern wird in der Literatur vor allem anhand subjektiver Beschwerden oder erfragter Burnout-Merkmale charakterisiert. Auch hier haben wir vorwiegend eine beschreibende Wissenschaft ohne Erklärungen. Vergleiche mit Erkrankungshäufigkeiten in anderen Berufsgruppen finden nur selten statt.

2.1 Arbeitsunfähigkeit

Von den Krankenkassen, den statistischen Landesämtern bzw. dem statistischen Bundesamt publizierte Daten vermitteln vielfältige Informationen, jedoch kein einheitliches Bild der Gesundheitslage von Lehrpersonen. So zählt der Beruf des Lehrers (Bezugsdaten der Branche *Erziehung und Unterricht*) zu den Berufen mit durchschnittlich vielen Arbeitsunfähigkeitstagen - 14,3 bzw. 15,0 Tage pro Versichertem im Jahr 2001 (BKK Bundesverband 2002; TKK 2002).

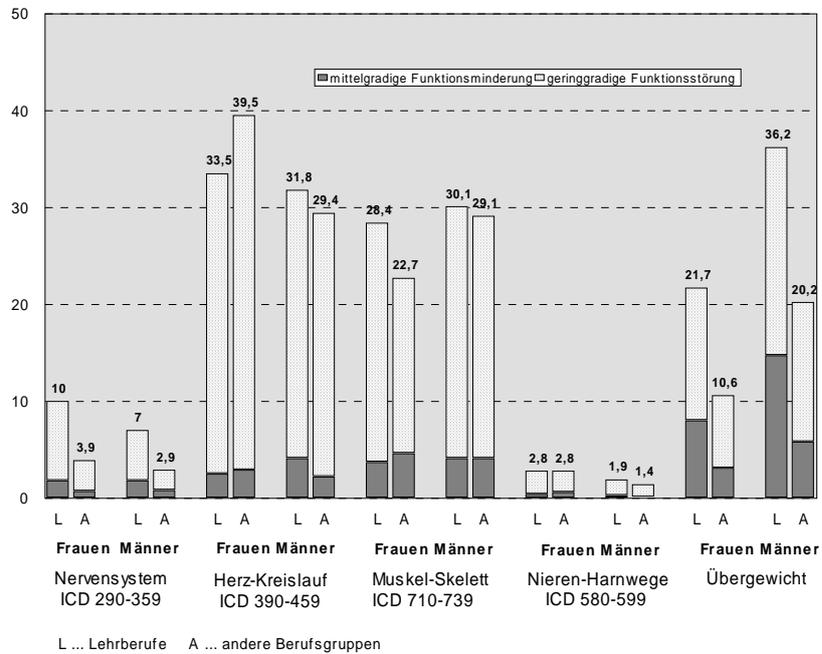
In Ihrem Fehlzeitenreport für das Jahr 2002 (AOK 2003) weist die AOK Sachsen mit 9 % für die Branchengruppe *Erziehung und Unterricht* dagegen den höchsten Krankenstand aus (im Vergleich: *Kredit- und Versicherungsgewerbe*: 3,8 %; durchschnittlicher Krankenstand 2002 in Sachsen: 5 %). Mit einer Arbeitsunfähigkeitsquote von 72,5 % liegen Angehörige der

Branchengruppe *Erziehung und Unterricht* fast 20 % über der durchschnittlichen sächsischen Arbeitsunfähigkeitsquote. Ermittelt wurde für diese Beschäftigten eine relativ hohe Anzahl von Fällen je Mitarbeiter (5,4) bei nur wenigen Tagen pro Fall (6,1). Mit 193 Fällen je 100 Mitarbeiter wird das Krankheitsspektrum dabei von den Erkrankungen des Atmungssystems dominiert. Zwischen den einzelnen Bundesländern gibt es deutliche Unterschiede im Krankenstand, sie überwiegen die Unterschiede zu anderen Berufsgruppen.

2.2 *Erkrankungsstruktur bei Lehrern*

Aufgrund der in der DDR obligatorischen arbeitsmedizinischen Untersuchungen von Beschäftigten in pädagogischen Berufen, deren Ergebnisse in einen zentralen Datenfond übernommen wurden, liegt sehr umfangreiches - im internationalen Maßstab einmaliges - auf der Basis *ärztlicher Diagnosen* begründetes Datenmaterial zur Prävalenz von pathologischen Befunden in verschiedenen Diagnosegruppen bei Lehrpersonen vor (Scheuch/Vogel 1993). Diese Ergebnisse sind auch heute noch relevant, da, wie einzelne Studien zeigen, die Morbiditätsstruktur sich nicht wesentlich geändert hat. Wie bei allen untersuchungspflichtigen Arbeitnehmern der DDR (Oberdoerster 1987) standen auch bei Lehrern Krankheiten des Bewegungssystems und des Herz-Kreislauf-Systems an der Spitze aller Befunde und nahmen mit dem Alter zu (Scheuch/Vogel 1993). In Abbildung 3 sind die Befundhäufigkeiten in den einzelnen Erkrankungsgruppen aus den arbeitsmedizinischen Tauglichkeits- und Überwachungsuntersuchungen in der Altersgruppe ≥ 45 Jahre von 1988 im Vergleich zu den übrigen Beschäftigten, bei denen eine arbeitsmedizinische Untersuchung durchgeführt wurde, aufgeführt. Ohne jeglichen klinischen Befund waren 64,6 % der Krippenerzieher (bis zum 3. Lebensjahr der Kinder), 56,3 % der Kindergärtnerinnen und 52,9 % der Lehrer.

Abbildung 3: Befundhäufigkeiten in ärztlichen Untersuchungen bei arbeitsfähigen Lehrerinnen (n = 7442) und Lehrern (n = 2714) gegenüber übrigen Beschäftigten (Frauen n = 81.986, Männer n = 176.061) in %



Die Ergebnisse von Untersuchungen bei Lehrern wurden in Relation gesetzt zu den Ergebnissen arbeitsmedizinischer Untersuchungen der übrigen Erwerbstätigen. Daraus wurden die Odds-Ratios berechnet. Werte über 1 weisen auf ein höheres Risiko bei Lehrern hin. Für Männer und Frauen ab 45 Jahre in zwei aufeinander folgenden Jahren (Abbildungen 4 und 5) ergab sich eine signifikant erhöhte Krankheitshäufigkeit im Bereich des Nervensystems, insbesondere bei Neurosen. Überrepräsentiert waren für beide Geschlechter im Vergleich zu den Berufstätigen anderer Branchen weiterhin Krankheiten der Niere und Harnwege und für Männer Herz-Kreislauf-Erkrankungen, speziell die ischämische Herzkrankheit. Dagegen war das relative Risiko für Lehrer bei Befunden zum Bewegungssystem wie auch zur Hypertonie gegenüber anderen Berufen niedriger.

Abbildung 4: Befundprävalenz in verschiedenen Erkrankungsgruppen bei Lehrern im Alter von 45 - 68 Jahren
Odds Ratio mit Konfidenzintervallen
Männer: 1987: n = 2.224;
1988: n = 2.714

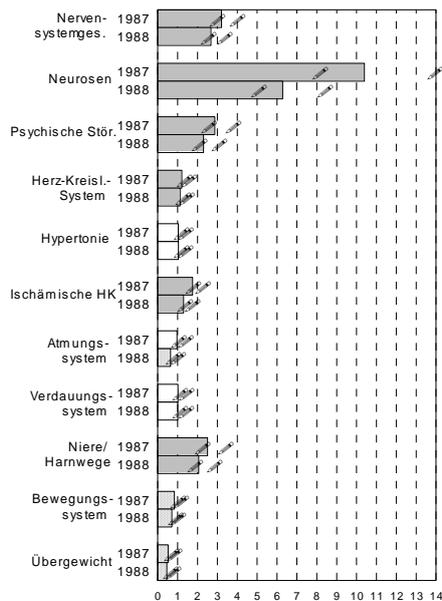
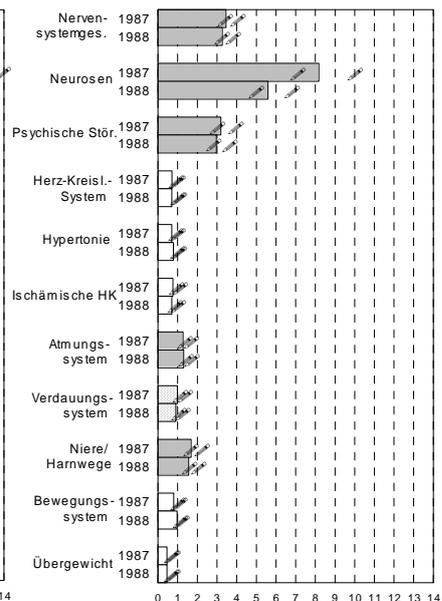
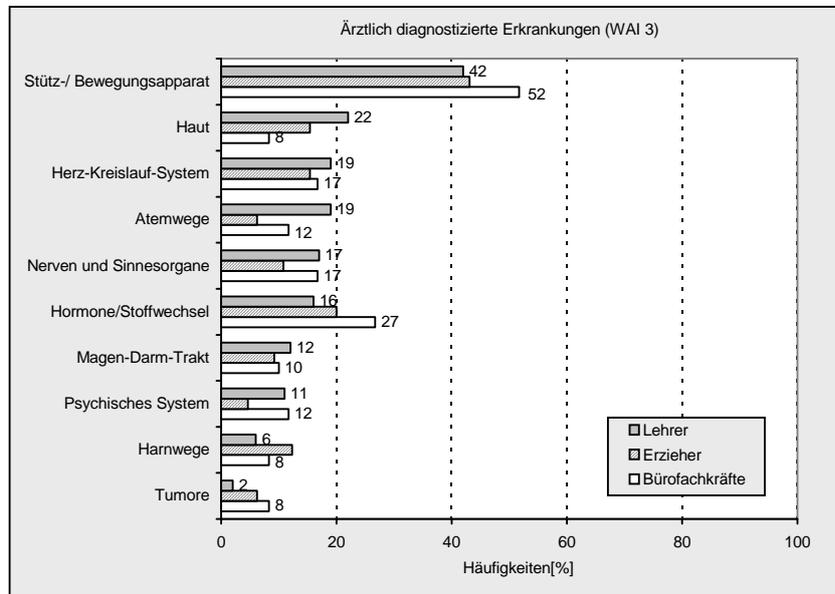


Abbildung 5: Befundprävalenz in verschiedenen Erkrankungsgruppen bei Lehrern im Alter von 45 - 68 Jahren
Odds Ratio mit Konfidenzintervallen
Frauen: 1987: n = 5.819;
1988: n = 7.442



Neuere Befunde von Hänsch (2005) sowie Seibt und Scheuch (2006) weisen bei Lehrerinnen und weiteren psychisch belasteten Berufsgruppen (Erzieherinnen, Bürofachkräfte) für Erkrankungen des Stütz- und Bewegungssystems – wie bei anderen Berufsgruppen - die höchste, selbst angegebene Befundhäufigkeit aus (Abb. 6), gefolgt von Erkrankungen der Haut, der Atemwegsorgane und des Herz-Kreislauf-Systems. Psychische Erkrankungen stehen bei Lehrerinnen mit einer Prävalenz von 11% erst an achter Stelle und treten auch nicht häufiger als bei Bürofachkräften auf. Das widerspricht der Annahme, dass der Beruf des Lehrers mit seinen besonderen psychischen Belastungen auch mit einer erhöhten Zahl von psychischen Krankheiten verbunden ist. Insgesamt berichten die Lehrerinnen (\bar{x} 1,8) signifikant weniger ärztlich diagnostizierte Erkrankungen als Erzieherinnen (\bar{x} 3,1) und Bürofachkräfte (\bar{x} 2,4; $p = 003$) und damit einen eher guten Gesundheitszustand. In der Diskussion zu berufsbedingten Gesundheitsproblemen müssten natürlich Vorschäden mit beachtet werden, deren Einfluss hier nicht geklärt werden kann.

Abbildung 6: Subjektive Angaben zu ärztlich diagnostizierten Erkrankungen (WAI 3: Tuomi et al. 1998) bei Lehrerinnen im Vergleich zu Erzieherinnen und Bürofachkräften (Alter: 20 - 61 Jahre) (Häufigkeiten [%], absteigend nach den Häufigkeiten bei Lehrern geordnet)



Vitalität - Funktionsalter

In eigenen Untersuchungen zu *Arbeitsfähigkeit* und deren Einflussfaktoren unterschiedlicher psychisch belasteter Berufsgruppen wurde u.a. die *Vitalität* der Beschäftigten geprüft (Hänsch 2005; Seibt/Scheuch 2006). Diese erfasst anhand funktioneller Alternsparameter die physische, psychische und soziale Funktionstüchtigkeit und Befindlichkeit eines Menschen alters- und geschlechtsspezifisch (Meissner-Pöthig 1997a) und repräsentiert damit das vitale (biologische) Funktionsalter. Hier zeigen sich vor allem für *Körpermaße, kardiovaskuläre Parameter und mentale Leistungen* signifikante Unterschiede zwischen Lehrerinnen, Erzieherinnen und Bürofachkräften (Tab. 7). Dabei sind Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen (u.a. Übergewicht, ungünstiges Waist Hip Ratio („Hüftfett“), Körperfettanteil, Hypertonie) bei Lehrerinnen deutlich geringer ausgeprägt als bei den beiden anderen Berufsgruppen.

Für den Fitness-Index ergeben sich keine bedeutsamen Unterschiede zwischen den Berufsgruppen; die durchschnittlichen Werte aller drei Gruppen entsprechen einer guten kardiovaskulären Fitness. Auch die Ausprägungen zur Aktivzellmasse (u.a. Muskelmasse) deuten auf vergleichbare Fitness hin.

Tabelle 7: Berufsgruppenvergleich für ausgewählte Parameter der Vitalität (Vitalitätsmessplatz nach Meißner-Pöthig® 1997a, b) (Häufigkeiten [%]: Chi-Quadrat-Test (Pearson); Mittelwerte und Standardabweichungen: multivariate Varianzanalyse)

Ausgewählte Parameter der Vitalität	Berufsgruppe			Gruppenunterschied	
	Lehrer (n=100)	Erzieher (n=65)	Büro (n=60)	Prüfgröße	p-Wert
Körpermaße /- zusammensetzung					
Body-Mass-Index [kg/m ²] ¹	23,7 ± 3,4	25,0 ± 3,8	24,3 ± 3,8	F=2,6	.075
- Übergewicht [%]	27	62	37	χ ² =12,0	.002**
Waist-Hip-Ratio ¹	0,79 ± 0,06	0,85 ± 0,05	0,80 ± 0,05	F=25,9	.000***
Fettmasse [kg]	20,4 ± 7,3	22,5 ± 7,6	22,7 ± 7,2	F=2,5	.086
Aktivzellmasse [kg]	25,2 ± 2,6	26,0 ± 3,0	25,4 ± 3,1	F=1,6	.195
Kardiovaskuläre Parameter					
Ruheblutdruck ² : systolisch [mmHg]	125,0 ± 15,3	130,5 ± 19,9	129,8 ± 13,6	F=2,8	.063
Ruheblutdruck ² : diastolisch [mmHg]	80,6 ± 8,8	85,3 ± 10,6	84,8 ± 9,1	F=6,1	.003**
Hypertonie (>140/90 mmHg) ² [%]	25,0	43,1	41,7	χ ² =7,5	.025*
Antihypertensiva [%]	12,0	12,3	10,0	χ ² =0,2	.906
Fitnessindex (PPI) ³ [min ⁻¹]	2,1 ± 0,7	2,3 ± 0,7	2,1 ± 0,6	F=1,6	.100
Mentale Leistungsfähigkeit					
Konzentrationsvermögen: Zeit [s]	113,5 ± 31,5	134,6 ± 34,7	113,3 ± 36,4	F=9,1	.000***
Konzentrationsvermögen: Fehler [Anzahl]	1,4 ± 1,6	1,1 ± 2,0	2,3 ± 2,5	F=5,9	.003**
Strategiebildung: Gesamtzeit [s]	171,1 ± 54,4	196,3 ± 71,5	205,4 ± 83,4	F=5,5	.005**
Orientierungsvermögen: Probierfehler (Labyrinth) [Anzahl]	48,1 ± 7,9	45,0 ± 4,0	47,0 ± 6,2	F=4,3	.015*
Umstellungsfähigkeit: Schrittzeit [s]	22,7 ± 4,7	24,3 ± 4,8	23,7 ± 4,0	F=2,7	.072

Anmerkungen: *** p < .001 ** p < .01 * p < .05,

Chi-Quadrat-Test: asymptotische Signifikanz (2-seitig)

¹ Deutsche Adipositas-Gesellschaft, Deutsche Diabetes-Gesellschaft, Deutsche Gesellschaft für Ernährung (2003)

² Deutsche Liga zur Bekämpfung des hohen Blutdrucks e.V., Deutsche Hypertoniegesellschaft (1998)

³ Pulse Performance Index: Quotient aus Pulsfrequenzdifferenz zur Belastung und Belastungszeit

Zur Beurteilung *mentaler Funktionen* wurden Zeit- und Fehlermaße herangezogen, die zwischen den drei Berufsgruppen unterschiedlich ausgeprägt sind. Besonders bei den schnelligkeitsorientierten Leistungsmaßen ergibt sich für Lehrerinnen ein Vorteil, während Fehlermaße eher bei Erzieherinnen besser ausfallen. Im Vergleich zur altersabhängigen Bewertung von Meißner-Pöthig (1997b) sind die mentalen Leistungen für Lehrerinnen überdurchschnittlich besser als in der Referenzpopulation ausgeprägt und repräsentieren eine hohe mentale Leistungsfähigkeit, die als eine Ressource der beruflichen Tätigkeit verstanden wird.

Abschließend und zusammenfassend kann den Lehrerinnen ein guter Gesundheitszustand bestätigt werden. Die mittleren Ausprägungen aller Untersuchungsvariablen liegen in eher günstigen bzw. risikoarmen Bereichen.

Burnout

Von allen an der wissenschaftlichen Untersuchung von Lehrern beteiligten Fachrichtungen haben sich in den vergangenen Jahren insbesondere die Psychologie und die Sozialwissenschaften mit dem Burnout-Syndrom bei Lehrerinnen und Lehrern auseinandergesetzt. Mit dem Begriff des Burnouts oder des „Ausbrennens“ wird der über einen meist längeren Zeitraum dauernde Prozess beschrieben, dessen Leitsymptome emotionale und geistige Erschöpfung, das Gefühl reduzierter Leistungsfähigkeit sowie die so genannte Dehumanisierung oder Depersonalisation (Gleichgültigkeit, Desinteresse an Schülern, Patienten, Klienten usw.) sind (Maslach/Jackson 1986).

Burnout gefährdet sind nach bisherigen Vorstellungen vor allem beratende, versorgende, unterrichtende, begleitende oder therapeutisch tätige Menschen in sozialen Berufen. Den Daten der „Mittelfränkischen Burnout-Studie“ zufolge, bei der 122 Lehrerinnen und Lehrer mit dem Maslach-Burnout-Inventory befragt wurden, gelten etwa 30 % der Lehrkräfte als mittel bis stark ausgebrannt (Kohnen/Barth 1990). Die Untersuchung von Nagy und Nagy (1992) ist eine der wenigen, bei der Burnout-Werte auch über die einzelnen Schulen getrennt berechnet wurden. Zwischen den 17 Schulen in der Studie treten erhebliche Schwankungen im Ausmaß des Burnouts auf; der Anteil der davon betroffenen Lehrkräfte schwankt je nach Schule zwischen 0 und 33 %.

In der Literatur wird kaum unterschieden zwischen einem klinisch diagnostizierten Burnout, einem Burnout auf der Grundlage von Fragebögen sowie bestimmten Verhaltensweisen, die Burnout-Merkmale beinhalten (Schaarschmidt 2004). Dadurch kommen sehr unterschiedliche Aussagen zustande. Außerdem mangelt es an Langzeituntersuchungen bei Lehrern, um fundierte Ursachen und Bedingungen einer Burnout-Entwicklung charakterisieren zu können. Zudem scheint die Aussage, dass bestimmte subjektive Burnout-Symptome tatsächlich auch eine Einschränkung der pädagogischen Arbeitsfähigkeit bedingen, eher hypothetischen Charakter zu tragen, und bedarf noch einer weiteren wissenschaftlichen Begründung. Es

gibt durchaus berechnete Hinweise, dass insbesondere in den Frühphasen, in denen eine Ausübung des Berufes möglich ist, keine wesentlich ungünstigere Erfüllung der unmittelbaren Lehrertätigkeit festzustellen ist (Scheuch et al. 1991; Leuschner/Schirmer 1993).

In den Studien von Hänsch (2005) sowie Seibt und Scheuch (2006) wurde das Burnout-Risiko ebenfalls anhand der deutschen Übersetzung des *Maslach Burnout Inventory - Generell Survey* (MBI-GS: Maslach/Jackson 1984; Schaufeli et al. 1996) als Syndrom *emotionaler Erschöpfung*, *Zynismus* und *reduzierter Leistungsfähigkeit* eingeschätzt, aber der Gesamtscores nach der Zuordnungsvorschrift von Kalimo et al. (2003) berechnet und klassifiziert.

Im Gesamtwert des *Burnout-Risikos* fallen Lehrerinnen (1,7) im Vergleich zu Erzieherinnen (0,9) und Bürofachkräften (1,2) durch die signifikant höchsten Werte auf (Tab. 8). Die höhere Ausprägung des Burnout-Risikos zeigt sich bei Lehrerinnen auf allen drei Burnout-Dimensionen. Ein ausgeprägtes Burnout-Risiko liegt lediglich bei 3% der Bürofachkräfte vor. Lehrerinnen weisen jedoch mit Abstand den höchsten Anteil von *Burnout-Symptomen* auf (Tab. 8), so dass bei ihnen dennoch von dem höchsten Burnout-Risiko auszugehen ist. Dieses Ergebnis bestätigt aber auch die Annahme von Maslach et al. (1996), wonach ein Burnout-Risiko nicht primär an soziale Berufe gebunden ist. Man muss bei der Interpretation unbedingt zwischen einem *Risiko* und einem *beschreibbaren Zustand* hinsichtlich Burnout, was keine Erkrankung ist, unterscheiden.

Tabelle 8: Berufsgruppenvergleich für das Burnout-Risiko nach Kalimo et al. (2003) (Häufigkeiten [%]: Chi-Quadrat-Test (Pearson); Mittelwerte und Standardabweichungen: multivariate Varianzanalyse)

Burnout-Risiko [Gesamtscore]	Berufsgruppe			Gruppenunterschied	
	Lehrer (n=100)	Erzieher (n=65)	Büro (n=60)	Prüfgröße	p-Wert
Burnout-Risiko	1,7 ± 0,7	0,9 ± 0,5	1,2 ± 0,8	F=29,1	.000***
- keine Symptome: < 1,5 [%]	42	89	75		
- Symptome: ≥ 1,5 - < 3,5 [%]	58	11	22	$\chi^2=40,5$.000***
- Burnout: ≥ 3,5 - 6,0 [%]	0	0	3		

Anmerkungen: *** p < .001 ** p < .01 * p < .05,
Chi-Quadrat-Test: asymptotische Signifikanz (2-seitig)

Zusammenfassend spiegeln diese Burnout-Werte der Lehrerinnen und Erzieherinnen aber nicht die besorgniserregenden Befunde anderer Studien zur Prävalenzrate von Burnout wider (z.B. Buch/Frieling 2001; Stähling 1998). Da Burnout mit einem reduzierten Niveau an Arbeitsengagement und Arbeitszufriedenheit sowie mit Absichten des Berufswechsels in Verbindung steht (Burisch, 1989), haben möglicherweise Beschäftigte mit höheren Burnout-Scores den Beruf bereits gewechselt oder sind vorzeitig ausgeschieden. Bisher gibt es nur v von Kalimo et al. (2003) empfohlene Kriterien zur Bewertung des Burnout-Grades.

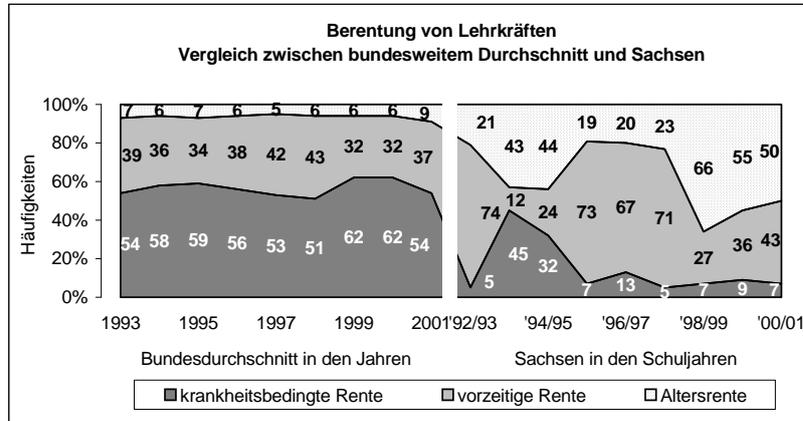
Insgesamt spiegeln die Ergebnisse die besondere psychische Belastung der Lehrer, aber auch den förderlichen Einfluss von *hohem Bildungsniveau* und *anspruchsvoller Berufstätigkeit* (Ressource) für die Erhaltung der *Arbeitsfähigkeit* wider. Lehrer weisen im Vergleich zur Referenzstichprobe hohe mentale Leistungsfähigkeit auf.

2.3 Vorzeitiges Ausscheiden aus dem Beruf

Die Anzahl der Frühpensionierungen von Lehrerinnen und Lehrern aufgrund von Dienstunfähigkeit ist besorgniserregend hoch. Aus gesundheitlichen Gründen ist bundesweit die Hälfte aller Pädagogen mit 60 Jahren nicht mehr im Beruf und bis zur Pensionsgrenze von 65 Jahren ist kaum noch ein Lehrer im Amt - nur 6 % der in den alten Bundesländern im Jahr 2000 pensionierten Lehrer sind mit Erreichen der Regelaltersgrenze in den Ruhestand getreten. Fast 30 % der pensionierten Lehrer gingen auf Antrag mit Erreichen des 60. bzw. 63. Lebensjahres in den Ruhestand. Das Durchschnittsalter der Neupensionäre betrug 59 Jahre (Statistisches Bundesamt 2001). Insgesamt schieden im Jahr 1999 62 % der Lehrer wegen Dienstunfähigkeit aus, wobei der Anteil bei den Lehrern am Gymnasium mit ca. 47 % deutlich niedriger lag als bei Lehrern an Grund-, Haupt- und Sonderschulen mit ca. 69 % (Statistisches Bundesamt 2001).

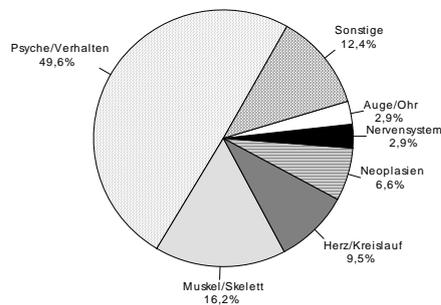
Abbildung 7 zeigt die Struktur des vorzeitigen Ausscheidens aus dem Lehrerberuf in den alten Bundesländern und in Sachsen. Deutlich wird, dass – obwohl dies häufig anders diskutiert wird – im letzten Jahrzehnt in den alten Bundesländern kein wesentlicher Trend zu erkennen ist. Der Vergleich mit Sachsen verdeutlicht zudem, dass die Rahmenbedingungen der Lehrertätigkeit einen erheblichen Einfluss auf die Ursachen des vorzeitigen Ausscheidens aus dem Beruf haben. Da die einzelnen Bundesländer unterschiedliche Statistiken führen, unterschiedliche Bezeichnungen im Rentenverfahren haben, ist ein Vergleich zwischen den Bundesländern kaum möglich.

Abbildung 7: Berentung sächsischer Lehrer im bundesdeutschen Vergleich (sächsische Zahlen des Staatsministeriums für Kultus 2003; Seibt et al. 2004)



Trotz dieser dramatischen Situation wird in der Wissenschaft kaum nach tatsächlichen Ursachen gesucht, sondern bei der Feststellung stehen geblieben. Bei den krankheitsbedingten Frühpensionierungen ist die Morbiditätsstruktur weitgehend bekannt (Abb. 8; Weber 2002). Dies macht wiederum die besondere Rolle psychischer Erkrankungen bei den Lehrkräften deutlich. In einer im Jahr 1989 am Dresdner Institut für Arbeitsmedizin durchgeführten Studie wurde das Morbiditätsspektrum von 11.747 voll- und teilberufsunfähigen (offizielle Reduzierung der Anforderungen bis zu 15 Unterrichtsstunden pro Woche bei vollem Gehalt) Lehrern analysiert (Hentschel 1992; Vogel 1995). Auch hier wird die besondere Rolle psychischer Erkrankungen mit 30,5 % Anteil an allen Dienstunfähigkeitsbegutachtungen unterstrichen. Auffällig ist zudem der hohe Anteil von Erkrankungen der Stimme mit 11,9 %, vor allem auch deshalb, weil in der DDR eine phoniatische Einstellungsuntersuchung in stimmintensiven Berufen einschließlich Lehrer gefordert war, bei der 12 % der Untersuchten als untauglich eingestuft wurden (Heidelbach 1991).

Abbildung 8: Morbiditätsspektrum dienstunfähiger Lehrkräfte (n = 5.548)



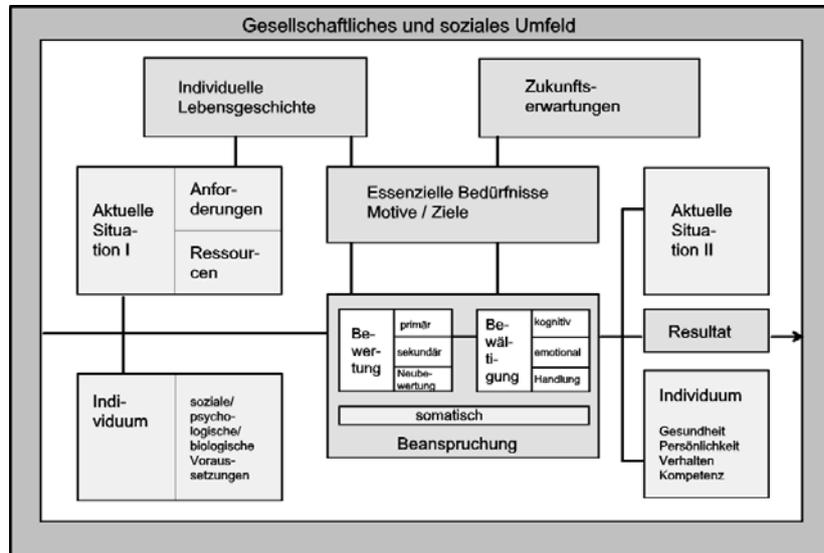
3 Arbeitsmedizin in der Betreuung von Lehrberufen

Lehrer zeichnen sich durch eine besondere Belastungssituation wie auch eine besondere Erkrankungsstruktur aus. Im Vergleich zu anderen Berufen ist die Belastung als komplex- und risikorelevant einzuschätzen. Die Gesundheitsentwicklung dieser Berufsgruppe verdeutlicht die Notwendigkeit einer spezifischen gesundheitsbezogenen Betreuung.

Nach dem Arbeitsschutzgesetz von 1996 unterliegen auch die Lehrberufe der Pflicht zu einer betriebsärztlichen Betreuung. Dies wird in den einzelnen Bundesländern nur teilweise realisiert, die Gestaltungen sind dabei äußerst unterschiedlich und weitestgehend projektähnlich. Die „klassischen betriebsärztlichen Aufgabenstellungen“ werden mit allen Problemen einer Kleinbetriebsbetreuung in diesen Projekten weitgehend erfüllt. Schwierigkeiten bereitet die arbeitsmedizinisch geprägte Gefährdungsanalyse, da es allgemein anerkannte Methoden bisher nicht gibt. Weniger Probleme bereiten die arbeitsmedizinischen Untersuchungsangebote in Berufsschulen, Förderschulen, Sonderschulen hinsichtlich Infektionsgefährdungen oder konkreter Gefahrstoffe. Unterschiedliche Auffassungen existieren zur Notwendigkeit des Angebots von Untersuchungen an Bildschirmarbeitsplätzen. Schwierigkeiten bereitet aufgrund der „Kleinbetriebsstruktur“ und der begrenzten finanziellen Möglichkeiten u. a. die kontinuierliche Betreuung bei Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess sowie bei Einstellungsuntersuchungen.

Hauptproblem bei der bisherigen Betreuung ist die Einordnung der psychischen Belastungen im Lehrerberuf und die damit zusammenhängende Notwendigkeit einer Gefährdungsbeurteilung (Rudow 1994). Hier stehen wir erst am Anfang. Die methodischen und strukturellen Voraussetzungen für eine effektive und wirksame betriebsärztliche Betreuung müssen erst geschaffen werden. Bereits 1988 wurde ein Arbeitsmaterial für die medizinische Betreuung von Pädagogen für untersuchende Ärzte erstellt (Scheuch/Vogel 1988), was bisher noch nicht aktualisiert wurde. Bezogen auf die Lehrtätigkeit steht die Arbeitsmedizin vor der schwierigen Aufgabe, nicht nur die pädagogischen Anforderungen, sondern auch die sozialen und materiellen Bedingungen, unter denen sie zu realisieren sind, wie auch das subjektive Erleben von Belastung durch die jeweilige Lehrperson in die Analyse der Beanspruchung einfließen lassen zu müssen. Hinzu kommt die enge Verflechtung von Arbeitszeit, arbeitsfreier Zeit und Freizeit als einem Charakteristikum der Lehrtätigkeit. Die Ansatzpunkte für präventives und interventives Handeln sind vielgestaltig (Abb. 9).

Abbildung 9: Theoretisches Rahmenkonzept zur Erklärung und Beeinflussung der individuellen Belastungs-Beanspruchungs-Bewältigungs-Beziehungen



Die Möglichkeit der Beeinflussung liegen bei den konkreten Anforderungen und Ressourcen der Situation wie auch des Individuums, der Art und Weise der Bewertung und der Bewältigung sowie auch bei der Gestaltung von Bedürfnissen, Motiven und Zielen sowie der Zukunftserwartung.

Ansatzpunkt ist auch das gesellschaftliche und soziale Umfeld. Lehrertätigkeit ist wie keine andere dadurch charakterisiert, dass wirksames präventives Handeln in der Einheit von Verhaltens- und Verhältnisprävention liegen muss, dass Prävention und Gesundheitsförderung eine Einheit bilden müssen, dass das Individuum wie auch die Bedingungen Gegenstand der Intervention sein können und müssen. Häufig wird der Arbeitsmediziner als eine berufsbezogene Vertrauensperson betrachtet, von der man erwartet, dass sie sich Zeit nimmt und zudem über die Probleme der Lehrertätigkeit umfassend informiert ist.

Lehrberufe benötigen somit eine qualifizierte, adäquate, den Besonderheiten der Lehrertätigkeit und der Lehrer gerecht werdende betriebsärztliche Betreuung in einem Kompetenznetzwerk, in das neben Arbeitsmedizinern und Betriebsärzten einerseits Psychologen, z.B. die Schulpsychologen, andererseits aber auch andere Fachgebiete der Medizin, insbesondere Phoniater und Psychosomatiker eingebunden sind (Hacker/Scheuch 2005). Die Berücksichtigung der *Berufsspezifität* in der Prävention wie auch in der Diagnostik und Therapie der Medizin ist bislang nicht ausreichend.

Dazu ist es notwendig, vorhandene Risikofaktoren und Risikoverhaltensweisen zu reduzieren und Ressourcen zu stärken und zu entwickeln. Trotz des Spannungsfeldes einer sich immer schneller wandelnden Arbeitswelt ist die Balance zwischen Arbeit und Freizeit zu halten. Gerade für Lehrer scheint es wichtig zu sein die Work-Life-Balance zu optimieren, wofür personenbezogene ressourcenaufbauende Ansätze notwendig sind. Im Vordergrund der Prävention und Gesundheitsförderung stehen Entwicklung und Erhalt pädagogischer Kompetenzen. Dies ist auch in den Schulen eine wesentliche Aufgabe des Führungsprozesses. Eine Möglichkeit gesundheitsförderlicher Präventionsarbeit wäre auch das Anbieten von Coaching-, Fallbesprechungs- oder Supervisionsgruppen. Thematisch könnten sich diese Gruppen grundsätzlich mit zwischenmenschlichen Interaktionen, Teamfragen und Konfliktlösungen im schulischen bzw. erzieherischen Bereich beschäftigen. Weiterhin könnten auch Elemente aus dem Bereich der Gesundheitsinformation, Stressbewältigung- und Entspannungstechniken mit einbezogen werden. Generell sollte die Vermittlung eines positiven Gesundheitskonzeptes im Vordergrund stehen sowie ein teambezogenes und einrichtungsbezogenes Vorgehen stattfinden. Wichtig ist vor allem, dass nicht nur kurzfristige Aktionen durchgeführt werden, sondern eine dauerhafte Implementierung von betrieblicher Gesundheitsförderung in den Einrichtungen erfolgt. Dabei kann der Betriebsarzt eine wesentliche vermittelnde ärztliche Rolle einnehmen.

Da Lehrer vor allem das Problem der geringen Akzeptanz von Seiten der Eltern und Gesellschaft haben und die Erziehungsverantwortung der Eltern teilweise gering ist, ist es notwendig, dass Eltern mit den Schulen und insbesondere mit den Lehrern stärker zusammenarbeiten. Wichtig ist auch, dass in der öffentlichen Diskussion die Verantwortung der Lehrer und die Wichtigkeit ihrer Arbeit wieder mehr betont wird.

Dieses Herangehen ist nicht erforderlich, weil Lehrerinnen und Lehrer so krank sind, sondern weil ihre berufliche Tätigkeit hohe Forderungen stellt und ihre Bedeutung auch für die Gesundheit der zukünftigen Generationen wachsen wird.

Literatur

- AOK Sachsen (2003): Betriebliche Gesundheitsförderung. Fehlzeitenreport
BKK Bundesverband (2002): [www-Dokument]. Verfügbar unter:
www.bkk.de/inre-bkk/statistiken. Datum der Entnahme: 20.06.2006
Buch, M./Frieling, E. (2001): Belastungs- und Beanspruchungsoptimierung in Kindertagesstätten – Abschlussbericht. GhK-Institut für Arbeitswissenschaft. Kassel
Burisch, M. (1989): Das Burnout-Syndrom. Theorie der inneren Erschöpfung. Berlin

- Deutsche Adipositas-Gesellschaft/ Deutsche Diabetes-Gesellschaft; Deutsche Gesellschaft für Ernährung (2003): Evidenzbasierte Leitlinie – Prävention und Therapie der Adipositas. [www-Dokument]. Verfügbar unter: <http://www.uniklinikum-giessen.de/med3/leitlinien/a-adipositas.pdf>. Datum der Entnahme: 16.06.2006
- Deutsche Liga zur Bekämpfung des hohen Blutdrucks e.V./ Deutsche Hypertoniegesellschaft (1998): Arterielle Hypertonie. AWMF-Leitlinien-Register Nr. 046/001. Entwicklungsstufe: 2. [www-Dokument]. Verfügbar unter: <http://www.uni-duesseldorf.de/WWW/AWMF/ll/ihyto01.htm>. Datum der Entnahme: 16.06.2006
- Elbing, E./Dietrich, G. (1982): Lehrerurteile zu Aspekten ihrer Berufssituation. München
- Hacker, W./Scheuch, K. (Hg.) (2005): Innovationsressourcen: geistig-schöpferische Tätigkeit während der gesamten Arbeitslebensspanne. Wie können Krankenhausärzte und Gymnasiallehrer gesund und leistungsfähig im Beruf alt werden? Regensburg
- Hänsch, S. (2005): Arbeitsfähigkeit und ihre Einflussfaktoren bei Lehrerinnen, Erzieherinnen und Bürofachkräften. Diplomarbeit (unveröff.), Technische Universität Dresden, Fakultät Mathematik und Naturwissenschaften, Fachrichtung Psychologie
- Haufe, E./Scheuch, K. (2005): Positive und negative Aspekte der beruflichen Tätigkeit von Gymnasiallehrerinnen und Gymnasiallehrern unter spezieller Berücksichtigung der Lehrerarbeitszeit. In: Hacker, W./Scheuch, K. (Hg.): Innovationsressourcen: geistig-schöpferische Tätigkeit während der gesamten Arbeitslebensspanne. Wie können Krankenhausärzte und Gymnasiallehrer gesund und leistungsfähig im Beruf alt werden? Regensburg, S. 141-180
- Haufe, E./Scheuch, K./Vogel, H. (1995): Methodik der Untersuchungen. In: Scheuch, K./Vogel, H./Haufe, E. (Hg.): Entwicklung der Gesundheit von Lehrern und Erziehern in Ostdeutschland – Ausgewählte Ergebnisse der Dresdner Lehrerstudien 1985-1994. Dresden, S. 22-35
- Haufe, E./Göpfert, P./Haubitz, F. (2004): Gesundheits- und leistungsförderliche Arbeitsgestaltung? Welche Wege führen dorthin? In: pvs-ProPhil, 3, S. 21-22
- Heidelbach, J.-G. (1991): Zum Gesundheitszustand von Pädagogen aus phoniatischer Sicht. In: Scheuch, K. (Hg.): Einflussfaktoren auf den Gesundheitszustand von Pädagogen. Berlin, S. 27-28
- Hentschel, M. (1992): Analyse zur Leistungsminderung von Pädagogen (Berufsunfähigkeit) in einer Großstadt. Inauguraldissertation, TU Dresden, Medizinische Akademie
- Hübner, P./Werle, M. (1997): Arbeitszeit und Arbeitsbelastung Berliner Lehrerinnen und Lehrer. In: Buchen, S./Carle, U./Döbrich, P./Hoyer, H.-P./ Schönwälder, H.-G. (Hg.): Jahrbuch für Lehrerforschung, Bd. 1., Weinheim, S. 203-226
- Ilmarinen, J./Suurnäkki, T./Nygard, C.-H./Landau, K. (1991): Classification of municipal occupations. In: Scandinavian Journal of Work, Environment & Health, 17, Suppl. 1, S. 12-29
- Kalimo R./Pahkin K./Mutanen P./Toppinen-Tanner S. (2003): Staying well or burning out at work: work characteristics and personal resources as long-term predictors. In: Work & Stress, 17, S. 109-122
- Karasek, R.A. (1992): Stress prevention through work reorganisation: A summary of 19 international case studies. In: Preventing stress at work. Geneva, S. 23-41

- Karasek, R.A./Baker, D./Marxer, F./Ahlboom, A./Theorell, T. (1981): Job decision latitude, job demands, and cardiovascular disease: A prospective study of Swedish men. In: *American Journal of Public Health*, 71, Suppl. 7, S. 694-705
- Karasek, R.A./Theorell, T./Schwartz, J.E./Schnall, P.L./Pieper, C.F./Michela, J.L. (1988): Job characteristics in relation to the prevalence of myocardial infarction in the US Health Examination Survey (HES) and the Health Nutrition Examination Survey (HANES). In: *American Journal of Public Health*, 78, Suppl. 8, S. 910-918
- Kohnen, R./Barth, A.-R. (1990): Burnout bei Grundschul- und Hauptschullehrern – ein gesundheitliches Risiko? In: *Lehrer-Journal Grundschulmagazin*, 10, S. 41-44
- Krantz, D.S./Raisien, S.E. (1988): Environmental stress, reactivity and ischemic heart disease. In: *British Journal of Medical Psychology*, 61, S. 3-16
- Kristensen, T.S./Bjorner, J.B./Christensen, K.B./Borg, V. (2004): The distinction between work pace and working hours in the measurement of quantitative demands at work. In: *Work & Stress*, 18, S. 305-322
- Kyriacou, C./Sutcliffe, J. (1978): A model of teachers stress. In: *Educational studies*, 4, S. 1-6
- Leuschner, G./Schirmer, F. (1993): Lehrer*gesund*heit aus medizinischer Sicht. In: *Pädagogik*, 1, S. 6-8
- Looks, P./Hacker, W. (2005): Belastungsoptimierung durch Selbstorganisation. Welche Vorstellungen haben Lehrer, wie man arbeitslebenslang gesund und leistungsfähig bleibt? Dresden: Abschlussveranstaltung FQMD, 11./12.03.2005
- Maslach, C./Jackson, S.E. (1984): Patterns of Burnout among a national sample of public contact workers. In: *Journal of Health and Human Resources Administration*, 7, S. 189-212
- Maslach, C./Jackson, S.E. (1986): *Maslach Burnout Inventory*. Palo Alto, CA
- Maslach, C./Jackson, S.E./Leiter, M.P. (1996): *Maslach Burnout Inventory Manual*. Palo Alto, CA
- Meißner-Pöthig, D. (1997a): Vitalitätsdiagnostik nach PÖTHIG®. In: Meißner-Pöthig, D./Michalak, U. (Hg.): *Vitalität und ärztliche Intervention*. Stuttgart, S. 64-72
- Meißner-Pöthig, D. (1997b): Referenzstudie zur Vitalitätsdiagnostik. In: Meißner-Pöthig, D./ Michalak, U. (Hg.): *Vitalität und ärztliche Intervention*. Stuttgart, S. 73-113
- Nagy, St./Nagy, M.Ch. (1992): Longitudinal examination of teachers burnout in an school district. In: *Psychological Reports*, 71, S. 523-531
- Oberdoerster, G. (1987): Prävalenz ausgewählter chronischer Krankheiten bei Werk*tätigen - Ergebnisse arbeitsmedizinischer Vorsorgeuntersuchungen. In: *Zeitschrift für die Gesamte Hygiene und Ihre Grenzgebiete*, 11, S. 567-569
- Renner, R. (2002): *Lehrerstudie 2000 - Ergebnisse und Schlussfolgerungen*. [www-Dokument]. Verfügbar unter: http://www.phv-bw.de/presse/gymn_03_02/11.htm. Datum der Entnahme: 20.06.2006
- Rohmert, W./Landau, K. (1979): *Das arbeitswissenschaftliche Erhebungsverfahren zur Tätigkeitsanalyse (AET)*. Bern
- Rudow, B. (1994): *Die Arbeit des Lehrers. Zur Psychologie der Lehrertätigkeit, Lehrerbelastung und Lehrer*gesund*heit*. Bern

- Saldern, M./Katz, P. (1990): Die Bedeutung der Klassenfrequenz im Urteil der Lehrer. In: Pädagogisches Zentrum des Landes Brandenburg (Hg.): Pädagogik zeitgemäß. Bad Kreuznach
- Schaarschmidt, U. (Hg.) (2004): Halbtagsjobber? Psychische Gesundheit im Lehrerberuf - Analyse eines veränderungsbedürftigen Zustandes. Weinheim, Basel, Berlin
- Schaufeli W.B./Leiter M.P./Maslach C./Jackson S.E. (1996): Maslach Burnout Inventory - General Survey (MBI-GS). In: Maslach C./Jackson S.E./Leiter M.P. (eds.): MBI-Manual. Palo Alto, CA
- Scheuch, K. (1989): Subjektiver Gesundheitszustand bei verschiedenen überwiegend geistig tätigen Berufsgruppen. In: Meinhart, P./Uhlig, H. (Hg.): Spezielle Probleme der Arbeitsmedizin und Rehabilitation. Halle (Saale), S. 98-104
- Scheuch, K./Vogel, H. (1988): Arbeitsmedizinische Tauglichkeits- und Überwachungsuntersuchungen: Rechtsvorschriften und Untersuchungsmethoden. Ergänzungsheft 4. Arbeitsmaterial für die medizinische Betreuung von Pädagogen. Berlin
- Scheuch, K./Autorenkollektiv (1991): Einflussfaktoren auf den Gesundheitszustand von Pädagogen. Fortschrittsberichte und Studien. Berlin
- Scheuch, K./Vogel, H. (1993): Prävalenz von Befunden in ausgewählten Diagnosegruppen bei Lehrern. In: Sozial- und Präventivmedizin 38, S. 20-25
- Scheuch, K./Vogel, H./Haufe, E. (1995): Entwicklung der Gesundheit von Lehrern und Erziehern in Ostdeutschland - Ausgewählte Ergebnisse der Dresdner Lehrerstudien 1985-1994. Dresden
- Schönwälder, H.-G./Berndt, J./Ströver, F./Tiesler G. (2003): Belastung und Beanspruchung von Lehrerinnen und Lehrern. Fb 989. Schriftenreihe der BAuA. Bremerhaven
- Seibt, R./Scheuch, K. (2006): Risikofaktoren und Ressourcen der Arbeitsfähigkeit von Gymnasiallehrerinnen. In: Symposium MEDICAL Arbeitsmedizin 6, S. 22-24
- Seibt, R./Thinschmidt, M./Lützkendorf, L./Knöpfel, D. (2004): Arbeitsfähigkeit und Vitalität bei Gymnasiallehrern unterschiedlicher Altersklassen. Fb 1035. Schriftenreihe der BAuA. Bremerhaven
- Silbermagl, B./Haufe, E./Vogel, H. (1995): Arbeitszufriedenheit und Belastungserleben bei Lehrern vor und nach der Wende. In: Scheuch, K./Vogel, H./Haufe, E. (Hg.): Entwicklung der Gesundheit von Lehrern und Erziehern in Ostdeutschland – Ausgewählte Ergebnisse der Dresdner Lehrerstudien 1985-1994. Dresden, S. 45-54
- Stähling, R. (1998): Beanspruchung im Lehrerberuf: Einzelfallstudie und Methodenerprobung. Münster
- Statistisches Bundesamt (2001): [www-Dokument]. Verfügbar unter: www.destatis.de/presse/deutsch/pm2001/zdw45.htm. Datum der Entnahme: 20.06.2006
- TKK (2002): Gesundheitsreport der Techniker Krankenkasse mit Daten und Fakten zu Arbeitsunfähigkeiten und Arzneimittelverordnungen 2000-2001. Gesundheitsreport - Veröffentlichungen zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement der TK. Hamburg
- Ulich, K. (1996): Beruf: Lehrer/in. Arbeitsbelastungen, Beziehungskonflikte, Zufriedenheit. Weinheim

- Ulich, E./Inversini, S./Wülser, M. (2002): Arbeitsbedingungen, Belastungen und Ressourcen der Lehrkräfte des Kantons Basel-Stadt. Institut für Arbeitsforschung und Organisationsberatung, Zürich
- Vogel, H. (1995): Zur Befindlichkeit leistungsgeminderter Pädagogen in der Wende. In: Scheuch, K./Vogel, H./ Haufe, E. (Hg.): Entwicklung der Gesundheit von Lehrern und Erziehern in Ostdeutschland – Ausgewählte Ergebnisse der Dresdner Lehrerstudien 1985-1994. Dresden, S. 131-138
- Wältz, B. (1980): Berufsbelastung und Realitätsdeutung von Lehrern. Eine empirische Untersuchung. Frankfurt a.M.
- Weber, A. (2002): Lehrer*gesund*heit – Herausforderung für ein interdisziplinäres Präventionskonzept. In: Gesundheitswesen, 64, S. 120-124
- Wittern, J.O./Tausch, A.-M. (1980): Persönliche Beeinträchtigungen von Lehrern in ihrem beruflichen und privaten Leben. In: Psychologie in Erziehung und Unterricht, 27, S. 321-326

Einführung zum Setting Kindergarten

Auch wenn der in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts in Deutschland „erfundene“ Kindergarten - hier zunächst einmal pauschal als Sammelbegriff für ein institutionalisiertes Betreuungsangebot für noch nicht schulpflichtige Kinder ab drei Jahren verstanden - im Gegensatz zu den Erziehungs- bzw. Bildungsinstitutionen Schule und Hochschule von der WHO nicht explizit benannt wird, so handelt es sich hier doch unzweifelhaft um ein vergleichbares Setting. Dies gilt im Übrigen prinzipiell auch für Kinderkrippen, in denen Kinder unter drei Jahren betreut werden.

Hinsichtlich der organisationalen Rahmenbedingungen trifft man beim Kindergarten als Setting auf formalisierte und professionalisierte Strukturen, die institutionell „greifbar“ und abgrenzbar sind (Normierung durch insbesondere Kinder- und Jugendhilfegesetz SGB VIII; staatlich geregelte Erzieherausbildung usw.). Ähnlich wie im Fall der Hochschulen, jedoch im Unterschied zu den Schulen, deren Besuch verpflichtend ist (allgemeine Schulpflicht und Berufsschulpflicht nach Schulgesetzen der Bundesländer), handelt es sich bei den Kindergärten um Einrichtungen mit freiwilligen und i.d.R. auch beitragspflichtigen Angeboten. Derzeit besuchen nach Erhebungen des Deutschen Jugendinstitutes ca. 80% der Dreijährigen und knapp 90% der unter Sechsjährigen einen Kindergarten. Als strukturelle Besonderheit kommen hier noch die Trägervielfalt und ggf. daraus resultierende Programm- und Qualitätsunterschiede hinzu. Da das Subsidiaritätsprinzip im Elementarbereich voll zum Tragen kommt, engagieren sich insbesondere Kirchen, Wohlfahrtsorganisationen und private Initiativen stark im Kindergartenbereich und dominieren zumeist die vor Ort vorgehaltenen einschlägigen staatlichen Angebote.

Auch wenn die skizzierten Gegebenheiten Restriktionen für die Erfolgsaussichten gesundheitsfördernder Interventionsstrategien darstellen, bleibt der Kindergarten doch neben der Schule die größte pädagogische Einrichtung für solche Maßnahmen. Ähnlich wie in der Schule können auch hier die Eltern, sei es als Unterstützer oder als eigene Zielgruppe („Kindergärten als Lernort für Familien“), in gesundheitsfördernde Konzepte eingebunden werden. Vergleichbare Rollen haben in diesem Zusammenhang auch die Lehrer und die Erzieher.

Besondere Chancen der Gesundheitsförderung im Setting Kindergarten ergeben sich aus der Entwicklungsdynamik und den Entwicklungsaufgaben der frühen Kindheit. Im Zusammenwirken von Reifungs- und Lernprozessen

sen etablieren sich hier grundlegende kognitive, affektive und psychomotorische Fähigkeiten sowie Persönlichkeit prägende Haltungen, Einstellungen und Gewohnheiten. Vor diesem Hintergrund erscheinen gesundheitsfördernde Interventionen im Setting Kindergarten nicht nur aussichtsreich, sondern – angesichts begrenzter späterer Kompensationsmöglichkeiten – auch in besonderer Weise pädagogisch geboten. Sie erweisen sich unter Kosten-Nutzen-Perspektiven als eine effektive „pädagogische Investition“ zur Ermöglichung eines „sozialverträglichen“ und die Autonomie des Einzelnen fördernden, partizipativen Lebens.

In den bisherigen auf den Kindergarten bezogenen gesundheitsfördernden Programmen stehen Themen wie Ernährung und Bewegung („dicke Kinder“), Stress, Sucht, Medien und Konsum sowie Hygiene („Zahngesundheit“) im Vordergrund. Mitunter repräsentieren diese Aspekte sogar die konzeptionelle Grundlage einschlägiger Einrichtungen wie im Fall der Wald- oder der Kneipp-Kindergärten. Mit der seit einigen Jahren laufenden Neuorientierung der Erziehungs- und Bildungsarbeit und auch des Selbstverständnisses von Kindertageseinrichtungen („Frühpädagogik“), die z.B. in der Entwicklung und Implementierung von Bildungs- bzw. Orientierungsplänen für diesen Bereich anschaulich wird, können diese Themen systematisch aufgegriffen und curricular verortet werden.

Insbesondere diese letztgenannte Entwicklung und Diskussion steht im Mittelpunkt des folgenden Beitrages von *Cornelia Wustmann* „Gesundheitsförderung im Setting Kindertageseinrichtungen“, wobei hier der seit Dezember 2006 geltende „Sächsische Bildungsplan“ einen konkreten Bezugspunkt bildet. Anhand ausgewählter einschlägiger Forschungs- und Entwicklungsprojekte (z.B. „Gesund aufwachsen – Setting KiTa“) wird zudem deutlich, wie Gesundheitsförderung in den sächsischen Kindertageseinrichtungen vorangetrieben wird und welche Forderungen und Perspektiven sich daraus auch auf überregionaler Ebene ergeben.

Auf das derzeit im Rahmen gesundheitsfördernder Strategien für Kinder und Jugendliche mit besonderer Priorität versehene Thema „Bewegungsförderung im Kindergarten“ geht *Frank Bittmann* in dem zweiten Beitrag zum Setting Kindergarten ein. Er referiert darin zum einen den Stand der Untersuchungen zur körperlichen Leistungsfähigkeit von Kindern, deren Ergebnisse einhellig eine Verminderung derselben in den letzten Jahrzehnten konstatieren (insbesondere bezüglich der Dimension „Ausdauer“), und verweist auf damit einhergehende Defizite im Verhaltens- und kognitiven Bereich. Zum anderen liegt der Schwerpunkt der Ausführung darin, die Bedeutung von Bewegung für die kindliche Entwicklung aus biologischer und aus psychosozialer Sicht systematisch zu begründen. Basierend auf diesen Erkenntnissen skizziert der Autor abschließend konkrete Anforderungen an die Gestaltung des Settings Kindergarten.

Gesundheitsförderung im Setting Kindertageseinrichtungen

Ein Aufwachsen von Kindern in Institutionen, in denen sie außerhalb der Familie betreut, erzogen und gebildet werden, ist heute mehr oder minder selbstverständlich, denn Kinder sind im Alltagsverständnis je nach Einrichtungsart Krippenkinder, Kindergartenkinder oder später dann Schul- bzw. Hortkinder. Der Kindertagesstättenbereich ist im Kontext der Kinder- und Jugendhilfe der mit Abstand größte Bereich, der tendenziell von allen Kindern für eine bestimmte Zeit genutzt wird und damit neben der Schule die größte pädagogisch-öffentliche Einrichtung darstellt. Untergliedert ist dieser Bereich im Kinder- und Jugendhilfegesetz – SGB VIII §§ 22 ff. – in drei Teilbereiche, wobei diese Teilbereiche immer weniger völlig getrennt voneinander existieren, und so finden sich vielfältige Mischformen. Rein nach Alter und Aufgabenbereich lassen sich drei Teilbereiche charakterisieren: die Kinderkrippe als institutionell organisiertes Betreuungsangebot für Kinder im Alter von unter drei Jahren; der Kindergarten, unter dem als Sammelbegriff sämtliche Angebotsformen für Drei- bis Sechsjährige erfasst werden, unabhängig von der Ausgestaltung als Ganz- oder Halbtagsangebot, mit oder ohne Mittagsangebot bzw. auch ohne Unterscheidung der Trägerschaft; der Hortbereich, der alle institutionellen und nichtschulischen Angebote umfasst, welche die Versorgung, Betreuung sowie Bildung und Erziehung für einen Teil des Tages für Kinder im Schulalter realisieren.

Kinder verbringen einen Großteil ihres Tages in Kindertageseinrichtungen und von daher werden Kindertageseinrichtungen als verheißungsvoller Ort angesehen, an dem Gesundheitspotentiale gut zu aktivieren sind und die „Vermittlung gesundheitsbezogenen Wissens“ und die „Motivation zu gesundheitsförderlichem Verhalten“ (BZgA 1998) gelingen kann. Dabei spielt neben der zeitlichen Ressource für Bildungsprozesse auch die (Wieder) Entdeckung des Kindes als bildungsfähiges Wesen eine wesentliche Rolle, um Bildung auch im Bereich der Gesundheitsförderung zu erreichen. Dies erscheint vor dem Hintergrund der zunehmenden gesundheitlichen Probleme von Kindern wie Übergewicht, Haltungsschäden und Diabetes, um nur einige zentrale zu nennen, notwendig (Franzkowiak 2002).

Darüber hinaus erscheint durch die Elternarbeit in den Kindertageseinrichtungen der Zugang zu allen Müttern und Vätern möglich, um in den Familien die Ressourcen und Potentiale für ein gesundheitsbewusstes Verhalten

zu stärken. Die Anstrengungen der Gesundheitsförderung von Mädchen und Jungen sind flächendeckend in ganz Deutschland zu erkennen. Einzelprojekte zu verschiedensten Themen der Gesundheitsförderung, insbesondere Ernährung, Bewegung, Stressbewältigung, aber auch spielzeugfreier Kindergarten und ähnliche Projekte wurden initiiert, immerhin mehr als 3.000 im gesamten Bundesgebiet. Allen wohnt die Tendenz inne, Kindern Gesundheitsgedanken zu vermitteln und sie dann als „Überbringer der frohen Botschaft“ in die Familie wirken zu lassen. Neben diesen kindzentrierten Projekten zeichnen sich innerhalb der Angebote zur Gesundheitsförderung zwei weitere Handlungsfelder ab: einerseits die (teilweise nur sporadische) Beteiligung der Eltern und Großeltern, beispielsweise in der Bestimmung der Essensangebote, gemeinsamen Feste und Sportaktivitäten und andererseits die Erfassung der Gesundheit als Ziel der Einrichtung und gleichzeitig schon als Grundlage für die Konzeptionen der Einrichtungen, wie in den Waldkindergärten oder Kneipp-Kindergärten.

Mit der Etablierung des Setting-Ansatzes werden Kindertagesstätten zunehmend zu Handlungsfeldern der Gesundheitsförderung und beziehen nunmehr alle im Setting Beteiligten ein. Gesundheitsförderung ist dabei als Zusammenfassung der „vorbeugenden, präventiven Zugänge zu allen Aktivitäten und Maßnahmen, die die Lebensqualität von Menschen beeinflussen“, zu verstehen (Laaser et al. 1993, S. 177). Gesundheitsförderung ist in diesem Verständnis Ursachenbehandlung und Stärkung gesundheitsförderlicher Maßnahmen, nimmt dabei Defizite in den Blick, aber nicht einzelner Individuen oder Gemeinschaften, sondern Defizite im Bereich der Schutzfaktoren. Der Setting-Ansatz rückt dabei neben den Kindern und ihren Eltern ebenso Erzieherinnen und Erzieher und deren Bedürfnisse in den Mittelpunkt, etwas, das allzu lange nicht gewagt wurde. Die Gesundheit aber gerade dieser Gruppe von Beschäftigten als Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer in Kindertageseinrichtungen als kleine und mittlere Unternehmen hat bislang kaum Beachtung gefunden. Untersuchungen zeigen, dass betriebliche Gesundheitsförderung überwiegend als gängige Projekte in Großunternehmen angesiedelt sind, jedoch in kleinen Betrieben wie Kindertageseinrichtungen der Arbeits- und Gesundheitsschutz kaum formalisiert sind und Spitzenbelastungen und Krankenstände gerade in diesen kleinen und mittleren Betrieben den gesamten Betriebsablauf erheblich ändern können (vgl. Seibt et al 2005; Thinschmidt et al 2006).

Wie wird Gesundheitsförderung im Setting der sächsischen Kindertageseinrichtungen vorangetrieben? Als Folie für ein Fazit zu den Bemühungen in Sachsen dienen drei der Leitprinzipien zur Gesundheitsförderung der Weltgesundheitsorganisation, die als Neubestimmung für gesundheitspolitische Konzepte in Industrieländern stehen. Diese sind als Anregung zu verstehen, um Fragen zu beantworten nach dem Wie und dem Wodurch Menschen durch strukturelle Initiativen Unterstützung für ihr Gesundheitspotential erhalten können. Die drei Leitlinien lauten: 1) Die persönlichen Kompetenzen

jedes einzelnen Menschen zu entwickeln. 2) Gesundheitsförderliche Lebenswelten schaffen. 3) Bedingungen für eine gesundheitsförderliche Gesamtpolitik schaffen.

1) Die persönlichen Kompetenzen jedes einzelnen Menschen entwickeln.

Neben den vielfältigen Ansätzen in Kindertageseinrichtungen Sachsens zur Ernährungs- und Bewegungserziehung und Umgang mit Stress fanden landesweite Forschungsprojekte statt, die eine Kompetenzförderung von Kindern, deren Eltern und den Erzieherinnen und Erziehern im Blick hatten – drei dieser Forschungsprojekte werden ob ihrer überregionalen und über einzelne Einrichtungen hinausgehenden Forschung vorgestellt. Im Forschungs- und Entwicklungsprojekt der Aktion Jugendschutz Sachsen e.V. zur „Lebenskompetenzförderung unserer Jüngsten“ wurden Kinder – über die Fortbildung und das Coaching von Erzieher/innen – als Zielgruppe erfasst. Die Aktion Jugendschutz nutzte als wissenschaftliche Basis die Lebenskompetenzförderung als eine moderne Form der Methodik im Kinder- und Jugendschutz. Unter Lebenskompetenzkonzept wird vor allem die Abwendung von abschreckenden Methoden der Suchtprävention verstanden, stattdessen stehen die schützenden Faktoren der Persönlichkeitsentwicklung im Vordergrund, vor allem mögliche Bewältigungs- oder auch Copingstrategien. Der Leitgedanke lässt sich folgendermaßen beschreiben: Wer über genügend emotionale, soziale und sinnliche Kompetenzen verfügt, ist eher in der Lage, zu einer angemessenen, natürlichen Bedürfnisbefriedigung zu gelangen und braucht nicht nach Ersatzmitteln zu greifen. Um die Gedanken der Lebenskompetenzförderung in Kindertageseinrichtungen zu etablieren, wählte die Projektgruppe drei Wege: in der Konzipierung und Durchführung von Fortbildungsmaßnahmen für Multiplikator/innen aus dem Bereich der Kindertagesstätten auf der Ebene der Landkreise bzw. kreisfreien Städte zu den Themen Medien- und Konsumerziehung, Sexualerziehung, Suchtprävention; in der Bereitstellung von Angeboten zur fachlichen Begleitung spezieller Projekte, wie dem „Spielzeugfreien Kindergarten“ und in der Erarbeitung eines Medienpakets zur Thematik „Kompetenzentwicklung“ für alle Kindertagesstätten in Sachsen.

Ein weiteres Projekt nahm Mütter und Väter im Rahmen der Elternbildung in den Blick: „Elternbildung in Kooperation mit Kindertageseinrichtungen“, welches das Felsenweg-Institut Sachsen durchführte. Das Projekt startete mit dem Ziel, neue Wege der Elternbildung zu identifizieren, diese an vier Modellstandorten zu erproben und darüber hinaus generalisierte Aussagen für die sächsische Kindertagesstättenlandschaft zu formulieren. Inmitten der Gemengelage von Zielen offenbart sich eine für diesen Kontext wichtige Zielstellung: die Etablierung der Elternbildung gerade auch für Familien in prekären Situationen, welche ein unzureichendes Gesundheitsverhalten aufweisen können: „Nach wie vor weist die Teilnehmerschaft in der Fami-

lienbildung eine frauen- und mittelschichtlastige Struktur auf. Ferner werden mehr Städter als Eltern im ländlichen Raum erreicht. Vor diesem Hintergrund soll im Rahmen des Modellprojekts sichergestellt werden, dass durch eine adäquate Angebotsstruktur ganze Familien und vor allem auch Väter erreicht werden. Angestrebt wird, Angebote für spezifische Familienformen (Alleinerziehende, Pflege- und Adoptivfamilien...) und für Familien in besonderen Belastungssituationen (Arbeitslosigkeit, Behinderung, Krankheit, Suchtprobleme, niedriges Einkommen...) zu platzieren“ (Sächsisches Landesjugendamt 2004, S. 12). Ergebnisse dieses Projekts lassen sich wie folgt zusammenfassen: Die Angebote haben zur Stärkung der Erziehungskompetenz der Eltern beigetragen und konnten dem Anspruch einer präventiven Bildungsarbeit gerecht werden, da Kindertageseinrichtungen sich als ein geeigneter Lernort für Familien herausgestellt haben und sich damit Möglichkeiten der Vermittlung von Grundgedanken zum gesunden Aufwachsen von Jungen und Mädchen eröffnen. Für die Annahme der Bildungsangebote arbeitete das Projektteam drei Prämissen heraus. 1) Die klassischen Angebotsformen der Familienbildung sind weiterhin zeitgemäß und durch neue Formen des Lernens zu ergänzen. 2) Eine gelebte Erziehungspartnerschaft zwischen Müttern und Vätern und den Erzieher/innen in den Kindertageseinrichtungen ist dazu notwendig. Dies erweitert die Berufsrolle der Erzieher/in und muss in Fort- und Weiterbildungen mitgedacht und mitgeplant werden. 3) Für die Ausgestaltung dieser Berufsrolle bedarf es der Unterstützung durch die Familienbildungseinrichtungen in Form von Kooperationen und Koordinator/innen als Ansprechpartner/innen.

Gehen wir in einem nächsten Schritt der Frage der Kompetenzentwicklung der Kinder in Kindertageseinrichtungen in Sachsen nach. Als Grundlage für die Bildungsarbeit mit Mädchen und Jungen in sächsischen Kindertageseinrichtungen gilt seit Dezember 2006 der „Sächsische Bildungsplan – ein Leitfaden für pädagogische Fachkräfte in Kinderkrippen und Kindergärten“, der 2007 dann um die Bereiche Hort und Tagespflege ergänzt wurde. Der Sächsische Bildungsplan erscheint auf einen ersten flüchtigen Blick nicht wie ein Beitrag zur Gesundheitsförderung, denn vergeblich wird man nach einem eigenen Kapitel dazu suchen. Die sechs formulierten Bildungsbereiche stellen zum einen in sich geschlossene Einheiten dar mit einem speziellen Leitbegriff, zum anderen stehen sie jedoch miteinander in Verbindung. Wenn Bildung zu einem gelungenen Gesundheitsverhalten beitragen soll, müsste es ein Bildungsverständnis geben, das zum einen das eigenständige Lernen beinhaltet, das angstfrei und selbst bestimmt ist und das in sich Potentiale birgt, um konfliktbehaftete Situationen zu bewältigen. Dies liegt ganz im Sinne des bereits beschriebenen Konzepts der Lebenskompetenzförderung, dessen Ziel die gelingende Bewältigung verschiedenster Anforderungen ist, was voraussetzt, dass Kinder über genügend emotionale, soziale und sinnliche Kompetenzen dazu verfügen. Dem Sächsischen Bildungsplan liegt folgendes Bildungsverständnis zugrunde: „Das

Bildungsverständnis (...) erkennt das kindliche Wissen und Können an und misst ihm einen hohen Stellenwert bei. Die Suche nach Erklärungen, bei denen Kinder aus allem schöpfen können, was sie umgibt – einschließlich ihrer eigenen Erfahrungen und subjektiven Modelle - bildet dabei die Grundlage. Wie Kinder Probleme lösen, hängt davon ab, welche Möglichkeiten ihnen dabei zur Verfügung stehen. Diese ergeben sich zu einem großen Teil aus den Erfahrungen, die sie in ihrem sozialen Umfeld und in ihrem Alltag machen. Der Blick hat sich in diesem Zusammenhang weniger auf vermeintliche Defizite oder Mängel zu richten als auf *die Wertschätzung der Vielfalt individueller Lernwege* [Hervorhebung im Original] von Kindern“ (Sächsischer Bildungsplan, Kap. 1.4, S. 11 f.). Die Selbstbildung als Kern zur Aneignung neuer Wissensbestände und Kompetenzen stellt begleitende Erwachsene vor die Frage, welchen Part sie in diesem Prozess übernehmen können und sollen. „Erwachsene werden (...) ihrer Verantwortung nicht enthoben, wenn Bildung als Selbstbildung und aktive Selbsttätigkeit eines Kindes aufgefasst wird. Im Gegenteil: Die Lebenswelt von Mädchen und Jungen und die Erfahrungen, die sie darin machen, sind prägend für das jeweilige Selbstbild. In einer sensiblen Reaktion auf die veränderten Bedingungen des Aufwachsens liegt die besondere Verantwortung von pädagogischen Fachkräften. Wie sich Erzieher/innen verhalten, hat Auswirkungen auf die Kinder, denn sie orientieren sich am Erwachsenen als ‚kompetenten Anderen‘. Das Handeln der Erwachsenen in der Interaktion mit Kindern ist damit unmittelbar bildungswirksam, wobei die Frage, wie Kinder die vorgelebten Handlungsmuster annehmen und reproduzieren, nur individuell beantwortet werden kann“ (Sächsischer Bildungsplan, Kap. 1.4, S. 13).

Auch wenn, wie schon eingangs festgehalten, kein eigenständiges Kapitel zur Gesundheitsförderung enthalten ist, so bietet gerade der Leitbegriff der somatischen Bildung – Wohlbefinden – besondere Hinweise für die Förderung der Lebenskompetenz, die allerdings nur im Einklang mit den anderen Bildungsbereichen zu erreichen ist. „Als Leitorientierung für den Bereich der somatischen Bildung dient der Begriff des Wohlbefindens. Diese Leitorientierung sensibilisiert Jungen und Mädchen dafür, was ihnen gut tut und was nicht, und er sensibilisiert Erzieher/innen für die Bedürfnisse und Befindlichkeiten der Kinder sowie für ihre eigenen Bedürfnisse und Befindlichkeiten. Wohlbefinden ist für Kinder und pädagogische Fachkräfte eine Grundbedingung dafür, dass Bildungsarbeit Spaß macht und erfolgreich sein kann. Die Orientierung am Wohlbefinden schließt die subjektive Sicht der Beteiligten auf ihren eigenen Bildungsprozess und den ihres Gegenübers ein. Sie ermöglicht eine Pädagogik „vom Kinde aus“, die das Kind in seiner Individualität und Einzigartigkeit wahrnimmt und wertschätzt. Wohlbefinden wird dabei im umfassenden Sinn des WHO-Konzepts zur Gesundheitsförderung verstanden: als Wohlfühlen im eigenen Körper, als psychisches Wohlbefinden im Hinblick auf die Anforderungen, die die

Umwelt an das Kind stellt, und als soziales Wohlergehen in sozialen Beziehungen und in Bezug auf die Lebenslage des Kindes. Ein Kind, das heftige Konflikte zwischen den Eltern erlebt hat, das an einer Magenverstimmung leidet oder das infolge des Ablebens seines Haustiers traurig ist, wird wenig offen sein für neue Bildungserfahrungen" (Sächsischer Bildungsplan, Kapitel 2.1.2, S. 2).

Gesundheitsförderung ist im Sächsischen Bildungsplan, dies wird schon in den kurzen Ausschnitten deutlich, als Querschnittsthema aufgefasst, in dem Mädchen und Jungen als (jüngere) Partner und Partnerinnen wahrgenommen werden, deren Bedürfnisse Leitlinie des pädagogischen Handelns sind. Die Gedanken der Selbstbildung sind eine Voraussetzung zur Erreichung von „Sinnhaftigkeit“, denn Lernen muss einen persönlichen und damit biografischen Sinn ergeben und das für alle: für Säuglinge und Kleinkinder bis hin zu Erwachsenen. Zudem müssen in Bildungsprozessen „Handeln, Empfinden, Fühlen, Denken, Werte, sozialer Austausch, subjektiver und objektiver Sinn miteinander in Einklang gebracht werden (...)" (Schäfer 2003, S. 15).

2) *Gesundheitsförderliche Lebenswelten schaffen.*

Wie sieht es mit gesundheitsförderlichen Lebenswelten der Erzieherinnen und Erzieher in ihrem Berufsalltag aus? Dazu soll zunächst eine Aussage aus dem Forschungsprojekt der Projektgruppe des Instituts für Arbeits- und Sozialmedizin der TU Dresden zur beruflichen und gesundheitlichen Situation von Erzieher/innen stehen: „Um wettbewerbsfähig zu bleiben und eine gute Qualität der Arbeit zu sichern, muss ein Betrieb kundenorientiert arbeiten – für den Betrieb Kindertagesstätte bedeutet das ‚Kinderorientierung‘. (...) Im Klein- und Mittelunternehmen Kita wird jedoch der Mitarbeiter oft nicht als die entscheidende Größe für Wettbewerbsfähigkeit und Qualitätssicherung verstanden. Wenn Erzieherpersonal während der Ausübung ihrer Tätigkeit unzufrieden ist und negative Beanspruchungsfolgen wie Stress und Burn-out aufweist, kann es schwer kinderorientiert arbeiten" (Thinschmidt/Gruhne 2006, S. 4). Zur Erläuterung dieses Forschungsergebnisses wird deshalb eine kurze Arbeitsplatzbeschreibung von Erzieherinnen und Erziehern vorgenommen. Sie arbeiten mit etwa 6 Kindern im Krippenbereich zusammen, mit 13 Kindern im Kindergartenbereich und mit etwa 20 Kindern im Hortbereich. Zur „Arbeitsplatzbeschreibung“ gehört darüber hinaus: ein Lärm mit einem Spitzenpegel von 80 db und Nachhallzeiten, die ebenso zu hoch sind. Ein häufiges Sitzen von bis zu vier Stunden am Tag auf Stühlen mit einer Sitzhöhe von 37 cm, also Kinderstühlen und kaum vorhandenen erwachsenengerechten Möbeln oder Arbeitsmitteln. Häufiger Personalmangel und Konflikte mit Eltern führen zu erhöhten Beanspruchungen, die sich in Rückenschmerzen, Nervosität, Kopfschmerzen und Schwierigkeiten, sich zu erholen, äußern. Trotz der psychischen und physischen Anstrengungen zeigen Erzieher/innen keine auffälligen Burn-out-

Symptome. Dies hängt möglicherweise mit den beruflichen Ressourcen zusammen, wie einer engen Bindung an den Beruf, den meist gelingenden internen Kommunikationen und nicht zuletzt der positiv erlebten Zusammenarbeit und der Freude an der Arbeit mit den Kindern (Buch/Frieling 2001; Rudow 2004; Seibt et al 2005). Ein weiterer Teil ihrer Aufgabe besteht darin, sich mit den sozialen Folgen von pluralisierten Lebensformen und zum Teil eben nicht gesicherten Lebensverhältnissen im Sinne der Mädchen und Jungen auseinander zu setzen. Eine Reihe von Studien belegen Nachteile, die Armut für die Sprach- und Intelligenzentwicklung und schulische Leistungsfähigkeit der Kinder mit sich bringen kann. Dies gilt auch, wenn andere mit Armut konfundierte Risikofaktoren, wie familienstrukturelle Charakteristika, kontrolliert werden. Und schließlich bedeutet Armut auch ein erhöhtes Risiko für Fehlernährung und gesundheitliche Belastungen, die für Kinder jedoch bislang nur wenig, am ehesten in Entwicklungsländern berücksichtigt wurden. Mit diesen Auswirkungen muss sich das pädagogische Fachpersonal in Kindertageseinrichtungen auseinandersetzen, was in bestimmten Sozialräumen eine erhebliche Herausforderung ist (vgl. u.a. Buhr 2001, Butterwege 2000, Walper 1997).

Wie sich die Situation der Erzieher/innen darstellt, wurde durch das oben genannte Projekt zur beruflichen und gesundheitlichen Situation der Erzieher/innen im Landkreis Torgau-Oschatz evaluiert und daraus folgende Umsetzungsstrategien gesundheitsfördernder Maßnahmen entworfen. Die Ergebnisse unterscheiden sich nicht von Studien in anderen Bundesländern hinsichtlich der Belastungsstrukturen, wie sie bereits in der „Arbeitsplatzbeschreibung“ deutlich wurden (vgl. Buch 2001; Rudow 2004; Seibt et al 2005). Interessant ist an diesem Projekt der Ansatz, gesundheitsförderliche Maßnahmen zu ergreifen, indem die Träger zu Arbeitssicherheit und betrieblicher Gesundheitsförderung informiert und letztendlich sensibilisiert wurden und Erzieher/innen Seminare zu spezifischen Themen wie Infektionsschutz/Impfen, Stressmanagement, Entspannungstechniken, Ernährungsberatung und Rückenschulungen angeboten wurden. Im Bereich der Kitas wurden Gesundheitszirkel etabliert und durch das Projektteam ausgebildete Multiplikator/innen für die Gesundheitsförderung eingesetzt. Dieses Projekt wird derzeit im städtischen Raum fortgesetzt und Kindergärten in der Stadt Zwickau auf ihre gesundheitsfördernden oder vielleicht auch hemmenden Faktoren untersucht und neben der Evaluierung dann auch wieder Implementierungsstrategien entworfen.

3) Bedingungen für eine gesundheitsförderliche Gesamtpolitik schaffen.

Die vorgestellten Projekte und Überlegungen zur Kompetenzförderung der Mädchen und Jungen und die sie begleitenden Erwachsenen können jedoch immer Gefahr laufen, nicht nachhaltig wirken zu können, wenn sie in einer Singularität ob fehlender struktureller Einbindung verbleiben. Deshalb sol-

len für das Anliegen Gesundheitsförderung auch strukturelle Rahmungen geschaffen und politischer Willen zur Durchsetzung der Gesundheitsförderung erklärt werden. Dies ist in Sachsen durch das Programm „Gesund aufwachsen“ geschehen. Ein Programmziel ist „Gesund aufwachsen – Setting KiTa“. Im Rahmen der Entwicklung dieses Gesundheitsziels übernimmt die Sächsische Landesvereinigung für Gesundheitsförderung (SLfG) die Entwicklung des Teilzieles Strukturentwicklung auf Landes- und kommunaler Ebene durch eine eigens dafür etablierte Koordinierungsstelle „KiTa“ und ist Koordinator und Moderator eines Netzwerkes von Beteiligten aus dem politischen, wissenschaftlichen und sozialen Sektor, stellt Informationsmaterial bereit und vermittelt Angebote der Gesundheitsförderung. Durch den Aufbau und die Nutzung dieses Netzwerkes werden Kompetenzen und Ressourcen genutzt und gesundheitsfördernde Prozesse unterstützt. Zu den Beteiligten zählen dabei vor allem die Träger von Kindertageseinrichtungen, Sozialministerien und Jugend- und Sozialämter, Sozialversicherungen, Berufsgenossenschaften, aber auch Vertreter/innen von Hochschulen sowie regionale Sozial- und Sportvereine. Das Netzwerk wird die Planung und strukturelle Einbindung der Gesundheitsförderung im Setting Kindertageseinrichtung vorantreiben. Vorrang hat dabei vor allem die Beratung der Träger als Verantwortliche für die Gestaltung der Betriebsstrukturen und die Beratung der Erzieher/innen in den Kindertageseinrichtungen in Fragen der eigenen Arbeitshygiene und der Arbeit zur Gesundheitsförderung mit den Mädchen und Jungen in ihrer Einrichtung.

Fazit

Die Gesundheitsförderung ist in den sächsischen Kindertageseinrichtungen für alle Beteiligten als Ziel erkannt worden und reicht über einzelne, sicher oft erfolgreiche, Projekte durch die Etablierung eines landesweiten Netzwerkes hinaus. Dennoch zieht sich die Gesundheitsförderung noch nicht „wie ein roter Faden“ durch die sächsischen Kindertageseinrichtungen. Deshalb sollen abschließend ein paar Überlegungen formuliert werden, was es zur Umsetzung weiterhin bedarf – eine sicherlich nicht vollständige Aufzählung.

Schon in der Erzieherausbildung sollte das Thema Gesundheitsförderung als Querschnittsthema für den Bereich der Kinder- und Jugendhilfe mitgedacht und vermittelt werden, auch wenn es vordergründig zunächst so erscheint, als wäre es für die Altersgruppe noch nicht notwendig. Weiterbildungen müssen dieses Querschnittsthema aufgreifen. Erwachsenenpädagogisch betrachtet, braucht es neben der inhaltlichen Vermittlung dabei den biographischen Bezug für die Erzieher/innen und das Verstehen einer übergreifenden Aufgabe, die nicht nur Kinder betrifft!

Arbeitsstrukturen sind notwendig, die genügend Zeit lassen, Bedürfnisse der Kinder wahrzunehmen, anregende Bewältigungs- und Aneignungspro-

zesse zu initialisieren und nicht zuletzt auch eine gelingende Elternarbeit nicht nur als quasi ehrenamtliche Tätigkeit zu betreiben.

Bleibt die abschließende Frage: Was wäre wichtig, damit Kinder Kompetenzen erwerben können, die sie stärken, Wissen somit schützen kann?

Elementar ist das Unterstützen des lustvollen Entdeckens, die Neugier, die nach Korczak „die größte Freude (...) über eine bewältigte Schwierigkeit“ sein kann. Dazu gehören Erfahrungen, die in ihrer Aneignung Potentiale für kommende – scheinbar auch manchmal unlösbare – Probleme in sich bergen. Ebenso wichtig ist, dass Kinder ihre Bedürfnisse kennen und wahrnehmen können. Sie brauchen Wissen darüber, was ihnen gut tut, oder frei nach dem Sächsischen Bildungsplan: welches Essen sie stärkt oder welches sie auch schlapp macht; was sie alles an Bewegungskunststücken können und wie sie mit Problemen, die sie ja manchmal auch schon haben, umgehen.

Des Weiteren gehört dazu, dass Kinder Gesprächspartner in den Erzieher/innen haben, wenn es um belastende Erfahrungen geht, sei es in der Familie, in der Freundschaft zu anderen Mädchen und Jungen, oder auch bei ersten Verlusterfahrungen.

Die heterogenen Lebenswelten der Kinder müssen wahrgenommen und, wenn möglich, beachtet werden, denn trotz der Etablierung des Gesundheitsangebots gilt weiter aus sozialepidemiologischer Sicht: „Je niedriger die soziale Schicht, desto größer sind die gesundheitlichen Belastungen“ (Zurhorst 2000, S. 49). Betrachtet man die Entwicklung der Armutslagen von Kindern, dann erweitert sich dieser Befund zu einem Konfliktfeld innerhalb der Arbeit mit Kindern, das sich in Kindertagesstätten immer mehr ausweitet.

Die Einbindung der (Groß-)Eltern in diesen Prozess ist nicht zuletzt notwendig, denn sonst verhallen viele wunderbare Projekte zur gesunden Ernährung und Bewegung unerhört, weil das Kind als alleiniger „Überbringer der frohen Botschaft“ eben nicht erhört wird.

Literatur

- Aktion Jugendschutz Sachsen – AJS (Hg.) (2002): Lebenskompetenzförderung unserer Jüngsten.
- Antonovsky, A. (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Deutsche erweiterte Ausgabe von A. Franke. Tübingen
- Bacher, J. (1998): Einkommensarmut von Kindern und subjektives Wohlbefinden. In: Mansel, J./Neubauer, G.: Armut und soziale Ungleichheit bei Kindern. Über die veränderten Bedingungen des Aufwachsens. Opladen, S. 173-189

- Bauch, J./Bartsch, J. (2003): Gesundheitsförderung als Zukunftsaufgabe – Zur Ortsbestimmung von Gesundheitsförderung und Gesundheitserziehung. In: Prävention, 26. Jg., Heft 1, S. 3-6
- Buch, M./Frieling, E. (2001) : Belastungs- und Beanspruchungsoptimierung in Kindertagesstätten. Kassel
- Buhr, P. (2001): Übergangsphase oder Teufelskreis? Dauer und Folgen von Armut bei Kindern. In: Klocke, A./Hurrelmann, K. (Hg.): Kinder und Jugendliche in Armut. Umfang, Auswirkungen und Konsequenzen. Wiesbaden, S. 78-92
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung – BZgA (Hg.) (1998): Gesundheit von Kindern. Epidemiologische Grundlagen. Köln
- Butterwegge, C. (2000): Armutsforschung, Kinderarmut und Familienfundamentalismus. In: ders. (Hg.): Kinderarmut in Deutschland. Ursachen, Erscheinungsformen und Gegenmaßnahmen. Frankfurt a. M./New York
- Franzkowiak, P. (1998): Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit zwischen Public Health und Gesundheitswissenschaft. In: Neue Praxis, 28. Jg., Heft 2, S. 171-179
- Franzkowiak, P. (2002): Leitfragen, Empfehlungen und Perspektiven zur Gesundheitsförderung im Kindergarten. In: BZgA (Hg.): „Früh übt sich...“ – Gesundheitsförderung im Kindergarten. Impulse, Aspekte und Handlungsmodelle. Köln, S. 189-194
- Homfeldt, G./Hünersdorf, B. (Hg.) (1997): Soziale Arbeit und Gesundheit. Neuwied, Kriftel, Berlin
- Hurrelmann, K. (1994): Sozialisation und Gesundheit. Somatische, psychische und soziale Risikofaktoren im Lebenslauf. Weinheim, München
- Hurrelmann, K./Laaser, U. (Hg.) (1998): Handbuch Gesundheitswissenschaften. Weinheim, München
- Kolip, P./Hurrelmann, K./Schnabel, P. E. (Hg.) (1995): Gesundheitliche Lage und Präventionsfelder im Kindes- und Jugendalter. In: Dies.: Jugend und Gesundheit. Weinheim, München, S. 7-21
- Korczak, J. (1940): Wie man ein Kind liebt. Berlin
- Laaser, U./Hurrelmann, K./Wolters, P. (1993): Prävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitserziehung. In: Hurrelmann, K./Laaser, U. (Hg.): Gesundheitswissenschaften. Handbuch für Lehr, Forschung und Praxis. Weinheim/Basel, S. 176-206
- Mersmann, H. (1998): Gesundheit von Schulanfängern – Auswirkungen sozialer Benachteiligungen. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung – BZgA (Hg.): Gesundheit von Kindern. Epidemiologische Grundlagen. Köln, S. 60-78
- Nestmann, F. (2000): Gesundheitsförderung durch informelle Hilfen und Unterstützung in sozialen Netzwerken. In: Sting, S./Zurhorst, G. (Hg.): Gesundheit und Soziale Arbeit. Weinheim, München, S. 128-146
- Palentien, C./Settertobulte, W./Hurrelmann, K. (1998): Gesundheitsstatus und Gesundheitsverhalten von Kindern als Grundlage der Prävention. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung – BZgA (Hg.): Gesundheit von Kindern. Epidemiologische Grundlagen. Köln, S. 79-86
- Rudow, B. (2004): Arbeitsbedingungen für Erzieher/innen. Hohe psychische Belastung. Bildung und Wissenschaft. 2. Jg., Heft 6, S. 6-11
- Sächsisches Landesjugendamt (Hg.) (2004): Familienbildung in Kooperation mit Kindertageseinrichtungen. Dresden

- Sächsisches Staatsministerium für Soziales (Hg.) (2006): Der Sächsische Bildungsplan. Weimar, Berlin
- Schäfer, Gerd. E. (Hg.) (2003): Bildung beginnt mit der Geburt. Förderung von Bildungsprozessen in den ersten sechs Lebensjahren. Weinheim, Basel, Berlin
- Schlack, H. G. (1998): Lebenswelten von Kindern als Determinanten von Gesundheit und Entwicklung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung – BZgA (Hg.): Gesundheit von Kindern. Epidemiologische Grundlagen. Köln, S. 49-59
- Seibt, R./Khan, A./Thinschmidt, M./Dutschke, D./Weidhaas, J. (2005): Gesundheitsförderung und Arbeitsfähigkeit in Kindertagesstätten. Bremerhaven
- Sting, S. (2000): Gesundheit als Aufgabenfeld sozialer Bildung. In: Sting, S./Zurhorst, G. (Hg.): Gesundheit und Soziale Arbeit. Weinheim, München, S. 55-68
- Sting, S./Zurhorst, G. (Hg.) (2000): Gesundheit und Soziale Arbeit. Weinheim, München
- Thinschmidt, M./Gruhne, B. (2006): 1. Bericht zur beruflichen und gesundheitlichen Situation von Kita-Personal im Landkreis Torgau-Oschatz. Ein Beitrag zur kommunalen Gesundheitsberichterstattung. Dresden
- Walper, S. (1997): Wenn Kinder arm sind – Familienarmut und ihre Betroffenen. In: Böhnisch, L./Lenz, K.: Familien. Eine interdisziplinäre Einführung, Weinheim und München, S. 265-282
- Zurhorst, G. (2000): Armut, soziale Benachteiligung und Gesundheit. In: Sting, S./Zurhorst, G. (Hg.): Gesundheit und Soziale Arbeit. Weinheim, München, S. 41-54

Bewegungsförderung im Kindergarten

Die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen

Menschen entwickeln sich zu keinem Zeitpunkt rasanter als in der frühen Kindheit. Hier werden die Grundlagen für alle künftige Entwicklung gelegt! Das betrifft insbesondere alle Funktionen, die eng mit dem Nervensystem zusammenhängen, wie Wahrnehmung, Kognition, Bewegungskoordination, soziale Bindung und Psyche. Die später oft lebenslang Persönlichkeit prägend wirkenden, grundlegenden Einstellungen (etwa zur Bewegung, zu Fremden, zur Leistung etc.) und Gewohnheiten (z.B. Sozial- und Hygiene-techniken) werden gerade in dieser Zeit begründet. Für diese Reifungsprozesse steht nur ein begrenzter Zeitrahmen zur Verfügung, d.h. Versäumnisse sind später nicht mehr in gleicher Qualität auszugleichen. Aus diesem Grund fällt dem Elementarbereich in Krippe und Kindergarten (zusammen mit dem Grundschulalter) allerhöchste Bedeutung zu.

Auch vom Kosten-Nutzen-Aspekt gesehen, kann man davon ausgehen, dass sich pädagogische Investitionen im frühen Kindesalter später in vielfachem Nutzen auszahlen werden, ohne dass sich dies heute betriebs- oder volkswirtschaftlich vollständig darstellen ließe.

Die Folgen der seit Anfang der 90er Jahre spürbaren, gesellschaftlichen Veränderungen zeichnen sich bereits jetzt messbar ab. Die täglichen Zeiten, die Kinder vor bzw. an Medien verbringen steigen (Kretzschmer 2003). Der Anteil übergewichtiger Kinder hat sich in den letzten 20 Jahren verdoppelt (Nething et al. 2006; Wabitsch et al. 2005; Kolbe/Weyrether 2003; Zirolli/Döring 2003; Graf et al. 2006). Bei eigenen Untersuchungen an ca. 800 Kindern der 4. Klasse in Brandenburg waren 13,7 % der Kinder dem Augenschein nach deutlich übergewichtig. Diese Zahl stimmt mit den im Rahmen des vom Robert-Koch-Instituts durchgeführten Deutschen Kinder- und Jugend-Survey aktuell vorgelegten Zahlen überein. Die zu erwartenden Folgen, wie Bluthochdruck, erhöhte Blutfette, Diabetes Typ II, psychosoziale Auswirkungen, beeinträchtigte Lebensqualität, meist auch Übergewicht im Erwachsenenalter mit seinen gesundheitlichen Folgen bedeuten immensen volkswirtschaftlichen Schaden, da es sich hierbei um sehr schwer oder nicht umkehrbare chronische Entwicklungen handelt. Dass diese Veränderungen bereits jetzt das Erwachsenenalter erreicht haben, zeigt die Tatsache, dass die deutschen Bundesministerien für Ernährung und für Gesund-

heit im Mai 2007 einen Nationalen Aktionsplan zur Bekämpfung der Übergewichtigkeit bei den Deutschen als der „schwersten“ Nation Europas entwickelten und bis 2020 eine deutliche Gewichtsreduktion erreichen wollen. In diesem Plan spielt das Kindesalter eine wesentliche Rolle. (stern.de)

Die vielfach beobachtete Verminderung der körperlichen Leistungsfähigkeit bei unseren Kindern kann durchaus bereits als Vorbote dessen interpretiert werden. Dass es sich hierbei offenbar nicht um einen zufälligen Trend handelt, legen zahlreiche Studien der letzten Zeit nahe. Autoren wie Eggert/Ratschinski (2000), Dordel (2003) und große Studien wie die WIAD-Studie (2001) oder die WIAD-AOK-DSB-Studie II (2003) zeigen, dass im Vergleich mit früheren Untersuchungen aktuell geringere motorische Leistungen erbracht werden. Raczek (2002) kommt dabei zu dem Ergebnis, dass die Defizite im Vorschulalter eher gering sind, sich dann mit steigendem Schulalter allerdings deutlich aufbauen. In seiner Metaanalyse wertete Bös (2003) 54 Untersuchungen (9 verschiedene Tests) von 43 Autoren aus über 20 Ländern aus dem Zeitraum von 1965 bis 2002 mit insgesamt mehreren hunderttausend Testpersonen im Alter von 6 bis 17 Jahren aus. Sie kamen zum Fazit, dass – insgesamt gesehen – die körperliche Leistungsfähigkeit zwischen 1975 und 2000 um rund 10 % abgenommen hat. Die deutlichsten Defizite zeigten sich in der besonders gesundheitsrelevanten Ausdauer.

Schließlich sind neben den körperlichen Aspekten auch bedenkliche Entwicklungen im Verhaltens- und kognitiven Bereich zu verzeichnen. So wird eine steigende Zahl hyperaktiver Kinder mit Aufmerksamkeitsdefiziten registriert. Auch weisen Sonderpädagogen auf einen steigenden Anteil von Kindern mit sonderpädagogischem Förderbedarf hin. Und die bekannten PISA-Ergebnisse zeigen Defizite im Bildungsniveau der Kinder.

Die Bedeutung von Bewegung für die kindliche Entwicklung aus biologischer Sicht

Jetztzeitmenschen sind das Produkt von vielen Millionen Jahren Entwicklungsgeschichte. Fast die komplette Zeitspanne dieser Entwicklung mussten unsere Vorfahren körperlich sehr aktiv sein, um ihren Lebensunterhalt zu bestreiten. Jagen, Sammeln, Landwirtschaft, Industrie- und Hausarbeit erforderten physischen Einsatz. Alle Organsysteme waren daher – und sie sind es noch heute – auf Bewegung ausgerichtet und brauchen nach wie vor die dynamische körperliche Beanspruchung als Entwicklungsreiz. Um intakt zu bleiben benötigen Knochen stauchende Biegebelastungen, Muskeln wiederholte Kontraktionen, Gelenke, Bänder und Sehnen das ständige Durchbewegen, der Stoffwechsel den erhöhten Energieumsatz und auch das Herz-Kreislauf-System die regelmäßige Beanspruchung. Fehlt dies für nur wenige Wochen kommt es sehr schnell zu Leistungsabfall und Abbau der Struktur. Der komplette menschliche Organismus ist genetisch nach wie vor

biologisch auf Bewegung ausgerichtet, körperliche Aktivität urgeschichtlich seine Daseinsform.

Die Immobilisation des Menschen, die wir in Folge der wissenschaftlich-technischen Revolution und insbesondere während des gegenwärtigen Informationszeitalters im Alltag erleben, findet - entwicklungsgeschichtlich gesehen - vergleichsweise so blitzartig statt, dass die Spezies Mensch keine Chance haben wird, sich biologisch (genetisch) an diese veränderte Lebensweise anzupassen. Die einzige Option besteht darin, Bewegung in den Alltag hinein zu organisieren. Die Grundlagen für eine lebenslange Bewegungsaktivität müssen dabei im Kindesalter gelegt werden.

Entwicklung im Kindesalter bedeutet nicht nur Wachstum, sondern insbesondere Reifung. Während Wachstum die bloße Vergrößerung des Vorhandenen ist, heißt Reifung qualitativer Umbau. Dabei gibt es für jedes Organsystem spezielle Zeiträume innerhalb derer sich Reifung vollzieht.

- Das Immunsystem erhält in den ersten Monaten seine grundsätzliche Prägung, reift aber im frühen Kindesalter – mit jedem Erregerkontakt - intensiv weiter.
- Die Knochenreifung vollzieht sich über mehr als 20 Jahre mit einer sehr stürmischen Dynamik im frühen Kindesalter.
- Das Hormonsystem ist von Geburt an voll funktionsfähig, erfährt aber im Jugendalter einen tief greifenden Reifungsschub (Pubertät, sexuelle Reifung).
- Im Zusammenhang damit bekommt die Muskulatur vor allem in der zweiten puberalen Phase einen heftigen Impuls zur Entwicklung.
- Das Nervensystem kommt innerhalb der ersten 10 bis 12 Lebensjahre zur vollen Ausreifung.

Diese sensitiven Phasen sind Zeitfenster, innerhalb derer der Organismus besonders empfänglich für entwicklungsfördernde Reize ist. Es kommt also darauf an, zur richtigen Zeit die richtigen Reize zu setzen!¹

Damit steht im Kindergartenalter die Reifung des Knochensystems (und der anderen Bindegewebe), des Immunsystems und vor allem des Nervensystems im Vordergrund.

Die *Reifung des menschlichen Skeletts* vollzieht sich ca. bis zum 22. Lebensjahr. Beim Neugeborenen besteht nur der geringste Teil des Skeletts aus Knochengewebe (Teile der Schädel- und Beckenknochen, des Schulter-

¹ Im Gegensatz hierzu finden wir beim Herz-Kreislauf-System und Stoffwechsel keine speziellen Reifungsphasen. Diese Funktionen sind grundsätzlich in jedem Lebensalter gut trainierbar, das heißt, Versäumnisse können später noch – in gewissem Rahmen - kompensiert werden.

blatts). Die Struktur der Skelettbestandteile ist zunächst knorpelig vorgeformt und wird im Laufe der Kindheit bis zum Ende der 1. puberalen Phase durch die Tätigkeit von knochenbildenden Osteoblasten und die Einlagerung anorganischer Calciumsalze zu Knochengewebe umgebaut. Die Qualität des gebildeten Knochens (Festigkeit, Elastizität, Länge und Dicke) hängt von drei Faktoren ab: Ernährung, hormoneller Regulation und Bewegung (vgl. Martin 1988, S. 24; Weineck 2003). Optimale Bewegungsreize zur Stimulation der Knochenreifung bestehen in dynamischen Kraftstößen auf das Knochengewebe, welche im Knochen geringfügige Verbiegungen erzeugen, die wiederum piezoelektrische Ströme generieren. Diese elektrischen Phänomene stimulieren die Knochenbildung. Ein Kindergartenkind erzeugt diese Reize, indem es läuft, hüpfet und springt! Durch seinen natürlichen Bewegungsdrang tut es instinktiv das Richtige. Toben, Laufen, Springen, Hüpfen im Kindergarten setzen in der Phase intensivsten Knochenwachstums die erforderlichen Bewegungsreize, um in der Mitte des dritten Lebensjahrzehnts ausreichende Knochenstabilität als Basis für lebenslange Skelettgesundheit zu erreichen. Versäumnisse gerade zu dieser Zeit müssen sich im fortgeschrittenen Alter negativ auswirken. Bewegung sollte dabei nach Möglichkeit im Freien stattfinden, da das UV-Licht der Sonne benötigt wird, um in der Haut Vitamin D entstehen zu lassen, das für die Knochenbildung benötigt wird.

Im Laufe der ersten Lebensjahre bilden sich *Körperhaltung und Muskulatur* über die Bewegung nach einem genetisch vorgegebenen Reifungsplan aus und entwickeln nach und nach ihre volle Funktion. Ein Säugling entwickelt zuerst seine Greifmuskulatur, und die Nacken- und Rückenmuskulatur zum Kopfheben und später Krabbeln. Auch im Kindergartenalter sind – alterstypisch – noch nicht alle Muskeln voll funktionsfähig. Beispielsweise können sich Vierjährige nicht aus der Rückenlage aufrichten, ohne die Arme zu Hilfe zu nehmen, weil die noch schwache Bauchmuskulatur dies nicht erlaubt. Die typische Kindergartenkindehaltung mit vor gekipptem Becken, unvollständiger Hüftstreckung und lang gezogenem Hohlkreuz sollte im Zuge des ersten Gestaltwandels mit dem Schuleintritt in die harmonischere Schulkindform übergehen. Hierzu müssen insbesondere Bauch- und Gesäßmuskeln ihre volle Funktion erlangen, was nur durch körperliche Aktivität erreicht werden kann (vgl. Bittmann 1995, S. 32-34).

Das kindliche *Immunsystem* ist bei Geburt noch nicht voll einsatzfähig, da es seine spezifischen Kompetenzen durch die Auseinandersetzung mit der Umwelt erst noch erlangen muss. Im Kindergartenalter muss das Immunsystem Höchstleistung erbringen, sind doch gerade Kinder dieses Alters täglich massiv verschiedenen Keimen ausgesetzt. Kinderkrankheiten werden durchgemacht und Infekte sind an der Tagesordnung. Dass Kinder in dieser Zeit vergleichsweise schnell erkranken und fiebern gehört zwar zum natürlichen Trainingsprogramm; durch Abhärtung kann das Immunsystem jedoch so unterstützt werden, dass Dauer und Häufigkeit deutlich reduziert

werden. Angesichts vieler dauererkälteter Kinder und eines seit 15 Jahren stetig steigenden Anteils von Kindern mit allergischen Erkrankungen (Landesgesundheitsamt Brandenburg) sollte daher gesichert werden, dass im Kindergarten durch viel Bewegung, Kälte- und Wärme- und Lichtreize an frischer Luft eine intensive Abhärtung stattfinden kann.

Das *Nervensystem* eines Menschen verfügt zu keinem Zeitpunkt über mehr Nervenzellen als im ersten Lebensjahr. Mit ca. einhundert Milliarden Neuronen bringt das Gehirn eines Säuglings das komplette Potenzial für spätere geistige Höchstleistung mit. Inwieweit dieses ausgeschöpft wird, hängt davon ab, wie es gefordert wird. Hirnreifung erfolgt biologisch durch die Bildung von Nervenfasern, die aktive Zellen und Zentren miteinander verbinden. Erst durch die ständige Auseinandersetzung mit der Umwelt kommt es vor allem in den ersten Lebensjahren zu einer rasanten Ausbildung von Nervenzellausläufern (Dendriten), welche synaptische Verbindungen zu benachbarten Nervenzellen herstellen.

Die Leistungsfähigkeit des Nervensystems hängt also letztlich weniger davon ab, wie viele Nervenzellen vorhanden sind, sondern wie komplex diese miteinander verschaltet werden. Der Prozess des Aufbaus von Nervenfasern findet im Säuglings- und frühen Kindesalter besonders stürmisch statt und kommt gegen Ende der Grundschulzeit zu einem relativen Abschluss. Mit 10 bis 12 Jahren kann das Nervensystem als ausgereift gelten. Dies bedeutet nicht, dass danach keine Plastizität des Nervensystems mehr gegeben ist, doch ist die grundsätzliche Architektur des Gehirns fertig gestellt. Grundlegende Prägungen sind jetzt nicht mehr in gleicher Qualität möglich. Die Grundlagen für spätere geistige Leistungsfähigkeit sind gelegt. Anschaulich ist dies im motorischen Bereich: Ein Kind muss von 3 bis 4 Jahren an regelmäßig auf Kufen gestanden haben, um im Eislauf später Spitzenleistungen zu erzielen. Wer Pianist werden will, sollte spätestens mit 6 Jahren beginnen. Die durch Leistungsfähigkeit des Nervensystems bedingten koordinativen Leistungen müssen gebahnt werden, solange die motorischen Zentren noch grundlegend formbar sind.

Damit hängt die Qualität späterer Leistungen des Nervensystems sehr von der elementaren Bildung in Kindergarten und Grundschule ab. Der Komplexität des Nervensystems entsprechend betrifft dies viele verschiedene Bereiche wie:

- Perzeption (Ausbildung der Sinne),
- Kognitive Leistungen,
- Lerntechniken (Lesen, Schreiben),
- Bewegungssteuerung (Koordination),
- Psyche (Einstellungen, Gewohnheiten),

- Verhalten (Leistung, Ausdauer, Sozialkompetenz).

All diese Ebenen des elementaren Lernens sind im Kindergartenalter untrennbar mit Bewegung verbunden.

Um zu sichern, dass die so wichtigen Bewegungsreize im Kindergartenalter auch zustande kommen, ist für diese Zeit der „Zappelphilipp“ im *genetischen Reifungsprogramm* „eingebaut“. Dordel und Welsch betonen: „Typisch für das Vorschulalter ist ein hohes Bewegungsbedürfnis, das – generell im Kindesalter – biologisch begründet ist durch ein Überwiegen von Erregungsprozessen im Zentralnervensystem. Dieses sichert ein Fortschreiten der körperlichen und motorischen Entwicklung, indem insbesondere dem Bewegungsapparat die für seine Entwicklung notwendigen Reize zukommen.“ Im Vorschulalter sind die Bewegungshemmungen noch nicht so stark entwickelt, die nervalen Erregungen als Bewegungsantriebe überwiegen. Dies sorgt für den hohen Bewegungsdrang von Kindern, welcher ausgelebt werden muss, um als Entwicklungsreiz wirksam werden zu können.

Die Bedeutung von Bewegung für die kindliche Entwicklung aus psychosozialer Sicht

Demeter bezeichnet die Kindergartenzeit als das „goldene Alter“ mit essentieller Bedeutung für die künftige Persönlichkeitsentwicklung. Das Brandenburgische Ministerium für Bildung, Jugend und Sport stellt motorische Förderung im Kindergartenalter an die erste Stelle und begründet dies: „Die motorische Entwicklung von Kindern ist eine wesentliche Voraussetzung für die intellektuellen, sozialen und sprachlichen Entwicklungsschritte.“ (S. 3)

Neben der Wahrnehmung spielt die Bewegung in den ersten Lebensjahren die entscheidende Rolle für die kognitive Entwicklung (vgl. Piaget 1978). Die ständige Wechselbeziehung von sensorischer Informationsaufnahme, kognitiver Informationsverarbeitung und motorischer Informationsabgabe mittels Bewegungshandlungen führt zum Aufbau wichtiger Nervenverbindungen, welche die Grundlagen für abstrakte und symbolische Denkprozesse bilden (vgl. Buchner 1997). Nach Piaget muss man im Elementarbereich Dinge „körperlich erfahren haben, bevor man sich einen Begriff davon machen kann“. Danach beginnt Denken mit dem äußerlichen Begreifen, das erst allmählich in interne Intelligenz überführt wird. Erst durch Bewegung können wichtige sinnliche Erfahrungen gemacht werden, die später als abstrakte Symbole im Gehirn abgespeichert werden (vgl. Piaget 1975). Die Eigenschaften eines Balles (rund, er rollt) begreift ein Kind erst, wenn es ihn anfasst und ihn durch den Raum bewegt. Ein Kind begreift die Welt damit im wahrsten Wortsinne.

Der erprobende und experimentierende Umgang mit Materialien und Gegenständen fördert daher das Verstehen der Umwelt, der Eigenschaften und Gesetzmäßigkeiten ihrer Handlungsobjekte. Das Erleben des eigenen Körpers im Raum und das Erfassen seiner Umwelt vermittelt den Kindern auf spielerische Art eine Vorstellung von Größen, Mengen, Raumrichtungen und ermöglicht ihnen eine Raumorientierung. Im Umgang mit Materialien lernt es physikalische Gesetzmäßigkeiten, wie die Schwerkraft, Beschleunigung, Hebelgesetze und Fliehkraft kennen. Umfangreiche Wahrnehmungs- und Bewegungsreize tragen damit zu einer komplexen Vernetzung von Nervenzellen bei, was die optimale Entwicklung des Zentralen Nervensystems begünstigt (vgl. Dordel 2003, Schädle-Schaard 2000).

Wie eng Motorik und Kognition zusammenhängen, belegen zahlreiche Quellen (Kohen-Raz; Donczik; Hendry/Cerr; Haffelder (zit. nach Leyh); Reynolds). In einer eigenen Studie fanden wir hochsignifikante Zusammenhänge zwischen Balanceleistung und Schulerfolg bei 10-Jährigen (Bittmann et al.). Dies zeigte sich insbesondere darin, dass sehr gute Schüler beim Stand auf einem Bein wesentlich häufiger stabile Phasen erreichten als schlechte Schüler.

Zwar wird die Funktionsweise und Entwicklung des Gehirns zeitlebens durch körperliche Aktivität beeinflusst, die besten Effekte werden jedoch in der Kindheit erzielt (vgl. Spitzer 2002, Eliot 2002). Hirnreifung optimal zu unterstützen erfordert dabei, zum selben Zeitpunkt möglichst viele Sinnesindrücke (über Auge, Ohr, Geschmack und Geruchssinn, Hand und Körper) zu aktivieren sowie motorische Aktivität abzufordern. In einem eigenen Brandenburger Landesmodellprojekt „Pffiffikus durch Bewegungsfluss“ entwickelten wir pädagogische Methoden zur Umsetzung im Kita-Alltag.² Bewegung ist damit – gemeinsam mit den vielfältigen Sinnesreizen – wichtigster Impuls für die Reifung des Nervensystems.

Auch die emotionale Entwicklung ist eng an Bewegung gekoppelt. Motorik ist der einzige Weg, über den sich Menschen ausdrücken können. Noch bevor ein Kind sich über Sprache artikulieren kann, drückt es seine Gefühle über die körperliche Bewegung aus. Bewegung bildet in diesem Sinne ein wichtiges Ventil für den emotionalen Ausdruck. (vgl. Zimmer 2003, S. 23) Gleichzeitig werden innere emotionale Spannungen über Bewegung abgebaut, indem hormonelle und immunologische Prozesse beeinflusst werden, die zu einer Steigerung des psychischen und mentalen Wohlbefindens führen (vgl. Hollmann/Löllgen 2002; Fischer et al. 1998).

Parallel zu den Bewegungen werden immer auch die begleitenden Emotionen mitgelernt, die hemmen oder fördern. (Spitzer 2004, S.165). Das bedeutet, dass in den ersten Lebensjahren, die grundlegende Einstellung zur

² <http://www.pffiffikusdurchbewegungsfluss.de>

Bewegung geprägt wird. Beispielsweise erhöhen positive Gefühle beim Erlernen einer Bewegung die Motivation, dass diese wiederholt und gefestigt wird. Löst eine Bewegung dagegen bei einem Kind negativen Stress aus, wird die Neubildung von Nervenzellen gehemmt, da diese empfindlich auf Stresshormone reagieren. Nur freiwillige und intensive körperliche Aktivität fördert die Neubildung von Nervenzellen und dadurch Lern- und Gedächtnisprozesse (vgl. Kubesch 2002).

Aus verhaltenspsychologischer Sicht ist bedeutend, dass grundlegende Einstellungen und Gewohnheiten häufig im frühen Kindesalter vorgeprägt werden. Insbesondere das emotional positive persönliche Erleben ist maßgeblich an der Herausbildung von Überzeugungen und Einstellungen (z.B. gegenüber der Bewegung) beteiligt, die letztlich in Intention und Verhalten münden (Schwarzer).

Spaß und Freude an und mit der Bewegung – alleine und in der Gruppe – aber auch das pädagogisch begleitete Erlebnis der eigenen Anstrengung, auch des Gewinnens und Verlierens prägt zu einem frühen Zeitpunkt späteres Sozial-, Leistungs- und Gesundheitsverhalten mit. Das Zeitfenster „Kindergartenalter“ muss hierfür genutzt werden. Korrekturen im Jugendalter sind ungleich aufwändiger.

Auch die Entwicklung des Selbstbildes wird stark über Bewegungshandlungen beeinflusst. Bös (2003, S 106): „Wir müssen unseren Kindern bereits frühzeitig Bewegungsaktivitäten und lustvolles Spielen und Toben wieder näher bringen. Dabei ist es nicht allein der beklagenswerte Verlust an motorischer Leistungsfähigkeit, es sind auch die fehlenden Intensitäts- und Könnenserfahrungen, die einen späteren Einstieg in ein lebenslanges Bewegungskonzept erschweren.“

Körper- und Bewegungserfahrungen sind hervorragende Mittel für das Selbstständigwerden von Kindern. Körperliche Fähigkeiten und Leistungen, etwas zu können und etwas zu dürfen sind Symbole des Größerwerdens. Über seinen Körper und seine Bewegung wird das Kind zunehmend unabhängiger vom Erwachsenen. Diese Selbsttätigkeit bildet eine wesentliche Voraussetzung für die kindliche Entwicklung. Durch aktives Tun erfährt ein Kind die Wirksamkeit seines Handelns, es erlebt sich als Verursacher von Effekten. Beim Bewegen und im Spiel gibt es viele Situationen, in denen Kinder Eigenaktivität, Selbsttätigkeit und selbstständiges Handeln einüben können, um so die Voraussetzungen für Selbstvertrauen und Ich-Stärke zu erwerben (Zimmer, 2003). Diese Erfahrungen, Kenntnisse und Informationen münden ein in Einstellungen und Überzeugungen zur eigenen Person, die sich unter dem Begriff des Selbstkonzepts fassen lassen (vgl. Zinnecker/Silbereisen 1996, S. 291).

Bewegung hat damit wesentlichen Einfluss auf die soziale Entwicklung. Im Rahmen des psychosozial begründeten Salutogenesemodells kommt Selbstwertgefühl eine lebenslange gesundheitliche Schutzfunktion zu.

Ableitung von Anforderungen an das Setting Kindergarten

Auf Grund des oben Gesagten müssen Kindertagesstätten zwingend Bewegung als pädagogisches Prinzip in alle Bildungsbereiche integrieren. Um dies zu realisieren reicht es nicht aus, wenn nur zusätzliche Bewegungsangebote auf einen ansonsten unveränderten pädagogischen Betrieb aufgefropft werden. Die Ausrichtung auf ein Optimum an Bewegungsaktivität muss sich in allen Bereichen des Kindergartens widerspiegeln. Dies erfordert Anpassungen auf mehreren Ebenen:

- Ein bewegungsfreundliches pädagogisches Leitbild

Die in Brandenburg inzwischen verbindlich geltenden Grundsätze elementarer Bildung in Einrichtungen der Kindertagesbetreuung nach Ludger Pesch (MBS Brandenburg) sehen 6 Bildungsbereiche vor. Hierbei wird nicht ohne Grund der Bereich „Körper, Bewegung, Gesundheit“ an die erste Stelle gesetzt, gefolgt von sprachlicher, musischer, mathematisch-naturwissenschaftlicher und sozialer Elementarbildung. Es obliegt den Kindertagesstätten, im Rahmen der damit eröffneten Möglichkeiten eigene profilprägende, pädagogische Grundkonzepte zu entwickeln.

Den Körper-, Bewegungs- und Gesundheitsbezogenen Schwerpunkt umzusetzen, setzt voraus, dass bestimmte Anforderungen an pädagogisches Konzept, personale Qualifikation, räumliche und zeitliche Organisation sowie Ausstattung erfüllt werden. Vor allem aber erfordert es, dass Pädagogen bereit sind, aus ihren Gewohnheiten auszubrechen und neue Wege zu gehen. Für Kitas kann dies die Umstellung auf ein offenes Raum- und Arbeitskonzept bedeuten. Dies sind einschneidende Umstrukturierungen, die immer Widerstände zu überwinden haben.

- die personalen Voraussetzungen

Entscheidender Faktor für Bildungs- und Erziehungseffekte ist generell die Erzieherin. Nur wenn ihre eigene Grundeinstellung zu Bewegung und zum eigenen Körper positiv ist, wird sie in der Lage sein, Kinder erfolgreich zu motivieren. Hier ist bereits bei der Ausbildung der Erzieherin anzusetzen. Hier muss die Bewegungserziehung durchgängig obligatorisch sein.

Die Erzieherin steuert den pädagogischen Prozess, ist Bezugsperson, Vorbild und moralische Instanz. Ihre pädagogische Grundhaltung entscheidet über die Wirksamkeit von Anreizen mit.

Sieht sich die Erzieherin dagegen eher als im Hintergrund beobachtende Begleiterin und Partnerin des Kindes, das sich die Umwelt selbstständig erobert, wird das Kind selbst zur bestimmenden Instanz des spielerischen Lernprozesses. Die Erzieherin macht nur bei Bedarf Hilfsangebote, gibt Anregungen, Impulse oder motiviert durch lösbare Problemstellungen. Ansonsten überlässt sie dem Kind das Feld zur freien Erkundung und hält sich mit vorschnellen Hilfeleistungen zurück. Stattdessen gibt sie durch Reflexion und Fragen wichtige Impulse zur Lösung von Problemen, die das Kind dann selbst findet. Dies stärkt das Selbstkonzept des Kindes in allen Bereichen. Die Effekte dessen zeigten sich eindrucklich in einer eigenen Studie: Bei einem altersgerechten Entwicklungstest verweigerten bis zu 30 % der Kinder aus Kitas mit traditionellen Konzepten, während es bei den gleichaltrigen Kindern einer Montessori-Kita keinen einzigen Verweigerer gab. Die Kinder hatten keine Hemmungen, etwas Neues zu probieren, trauten sich mehr zu.

- bewegungsförderliche pädagogische Inhalte und Methoden

Obwohl die in fast allen Kinderbildungseinrichtungen stattfindenden Sport- und Bewegungsstunden wichtige Impulse setzen, können diese keinesfalls die spontane Bewegungsaktivität des Alltags ersetzen.

Es hat sich daher bewährt, wiederkehrende Bewegungsrituale in den Alltag zu integrieren. Sinn dieser Rituale ist es, bei den Kindern Bewegungsgewohnheiten fest zu verankern und diese emotional positiv zu besetzen. Die Erzieherin kann durch eine sinnvolle Auswahl besonders wertvoller Übungen oder Bewegungsangebote den entwicklungsfördernden biologischen Effekt erhöhen. Als geeignete Zeitpunkte im Tagesablauf erwiesen sich z.B. der Morgenkreis, der Mittagkreis und die Zeit vor dem Mittagsschlaf. Auch während der täglichen Beschäftigung (Malen, Basteln, ...) können Bewegungsangebote gemacht werden. Unabdingbar ist die tägliche Zeit für Spielen und Toben im Freien!

Für die Entwicklung des Kindes sind – neben den natürlichen Bewegungsabläufen wie Laufen, Springen, Hüpfen etc. - folgende Bewegungsformen für die Entwicklung des Kindes besonders wertvoll:

- Gleichgewicht: Balancieren mit dem eigenen Körper und mit Gegenständen
- Fingermotorik in allen Varianten
- Körpermitte überschreitende Bewegungen
- Augenbewegungen nach allen Richtungen
- Bilaterale Bewegungen, z.B. Malen mit beiden Händen gleichzeitig
- Training der Mimik

Anregungen für geeignete Bewegungsformen kann man zahlreich in der Literatur und vermehrt im Internet finden (z.B. unter <http://www.pfiffikusdurchbewegungsfluss.de>). Diese Elemente können einerseits als Übung – z.B. beim gemeinsamen Turnen im Morgenkreis – angeboten werden. Wertvoller jedoch ist das eigenständige Ausprobieren durch das Kind selbst – etwa in vorbereiteten Umgebungen. Der Effekt wird zudem erhöht, wenn es gelingt, dieses freie oder angeleitete Bewegen zu koppeln mit Wahrnehmung und weiteren musischen Anforderungen wie Musik oder bildender Kunst.

Die methodische Umsetzung entscheidet also über die Wirksamkeit von Inhalten. Nach bisheriger Erfahrung dominiert hierbei die darbietende Form als Methode in den Kitas. Viele Erzieherinnen haben Mühe, das Kind bei der Methode des Erkundens und Erprobens als Agierenden frei zum Zuge kommen zu lassen. Vielmehr herrscht eine pädagogische Grundhaltung vor, die gerade den jüngeren Kindern (3-4 Jährige) nur wenig zutraut. So wird in der Regel ungeduldig und sehr früh eingegriffen, bevor ein Kind eine Aufgabe zu Ende bringt. Eine Erzieherin die Kinder als unselbstständig und hilfsbedürftig ansieht, neigt eher dazu, diese in ihrem Bewegungsdrang zu bremsen. Mit Verboten oder vorschnellem (beschützendem) Eingreifen wird sehr häufig das Sammeln von wichtigen Bewegungserfahrungen unterbunden werden. Dies schwächt das Vertrauen in die eigene Bewegungskompetenz. Hierdurch wird oft die Chance vergeben, die Selbstständigkeit und das Selbstbewusstsein der Kinder zu fördern.

Das Selbstverständnis der Erzieherin, den Spiel- und Lernprozess nicht im Detail zu bestimmen, sondern das aktiv erkundende Kind in einer vorher gestalteten Umgebung – aus dem Hintergrund heraus – zu beobachten, zu begleiten und nur bei Bedarf Hilfestellung für die Eigenerkenntnis des Kindes zu geben, ist nur wenig ausgeprägt. Sieht sich die Erzieherin dagegen eher als im Hintergrund beobachtende Begleiterin und Partnerin des Kindes, das sich die Umwelt selbstständig erobert, wird dieses selbst zur bestimmenden Instanz des spielerischen Lernprozesses. Die Erzieherin macht nur bei Bedarf Hilfsangebote, gibt Anregungen, Impulse oder motiviert durch lösbar Problemstellungen. Ansonsten überlässt sie dem Kind das Feld zur freien Erkundung und hält sich mit vorschnellen Hilfeleistungen zurück. Sie gibt durch Reflexion und Fragen wichtige Impulse zur Lösung von Problemen, die das Kind dann selbst findet. Dies stärkt das Selbstkonzept des Kindes in allen Bereichen. Als ganz besonders wirksam und wertvoll hat sich das Konzept der Zirkuspädagogik erwiesen! Wesentlich dabei ist, dass hier keine circensischen Höchstleistungen abverlangt werden (wenngleich sich die Kinder später zu teilweise erstaunlichen Leistungen steigern können), sondern die pädagogische Seite im Vordergrund steht. Das bedeutet, dass die Anforderungen der aktuellen Leistungsfähigkeit entsprechend differenziert angepasst werden. Dies geschieht ohnehin durch das immanente Konzept, nach dem sich jedes Kind an den verschiedenen

Zirkuskünsten selbst ausprobiert und so den für sich geeigneten Schwierigkeitsgrad selbst findet. Zirkuspädagogik bringt zudem die wichtigste Voraussetzung für einen nachhaltigen Effekt mit: Erlebnis und Spaß.

- Organisationsformen und -mittel

Bewegung muss pädagogisch kindgerecht aufbereitet und vor allem organisiert werden. Für die organische Implementation von Bewegungsreizen haben sich unterschiedliche Organisationsformen in der Praxis bewährt, wie z.B.:

- die wöchentliche Bewegungsstunde
- das tägliche Ritual (Morgenkreis, Einbeinstand beim Zähneputzen, ...)
- das Tagesmotto (ein ganzer Tag unter einem Bewegungsmotto; z.B. immer alles rückwärts machen am „Rückwärtstag“)
- das Projekt (z.B. Entwickeln, Einüben und Aufführen einer Theater- oder Zirkusvorstellung etc.)
- freies Angebot von Bewegungsbaustellen im offenen Konzept
- freies Spielen im Freien u.a.m.

Wie die pädagogische Arbeit generell bedarf auch der zielgerichtete Einsatz solcher Formen eines planvollen Vorgehens. Hierzu gehört auch eine systematische Feinplanung der Gruppenarbeit. Dabei sind nicht nur Bewegungsstunden zu planen, sondern auch die freien Bewegungsangebote sowie genügend Freiraum für situative Bedürfnisse. Zyklen-, Wochen- und Tagesplanung sollten daher zum Standard gehören, was in der Realität leider häufig nicht der Fall ist.

- die materielle Ausstattung

Neben der Gestaltung der Räume regen vor allem Geräte und Materialien zur Bewegung und zum Spiel an. Dabei ist der Grundsatz zu beachten, dass „weniger mehr ist“. Ein zuviel an Materialien führt häufig dazu, dass Kinder schnell abgelenkt sind. Ausdauer, Konzentration und Zielstrebigkeit leiden. Deshalb ist zu empfehlen, ein begrenztes Geräte- und Materialangebot je nach erwünschtem Effekt zielgerichtet zusammenzustellen und dieses in regelmäßigen Abständen auszutauschen, um neue Anreize für die Kinder zu bieten. Kinder brauchen in erster Linie Materialien, die ein selbstständiges kreatives Experimentieren zulassen, die Sinne ansprechen und die psychomotorischen Fähigkeiten fördern. Insbesondere sollte ein Kindergarten über folgende Materialien verfügen:

- Großgeräte (Kästen, Matten, Bänke, Kombinationsgeräte zum Klettern und Balancieren), die auch miteinander kombiniert und in Gerätlandschaften eingebunden werden können

- Kleingeräte (Reifen, Bälle, in verschiedenen Größen und aus unterschiedlichem Material, Seile, Stäbe, Tücher, Sandsäckchen und Schaumstoffteile)
- Psychomotorische Geräte (Rollbretter, Pedalos, Halbkugeln, Schwungtuch), die besondere Herausforderungen an das Gleichgewicht und die Koordination stellen
- Alltagsmaterialien (z.B. Zeitungen, Wolldecken, Kartons, Bierdeckel, Joghurtbecher, Bettlaken, Papprollen), die ihrem ursprünglichen Zweck entfremdet die Fantasie der Kinder besonders anregen
- Roll und Fahrgeräte(z.B. Rollschuhe, Roller, Laufräder und Fahrräder), die vor allem das Außenspielgelände beleben und das Bewegungsrepertoire der Kinder erweitern
- Bauelemente, die aus ausrangierten Gebrauchsmaterialien (z.B. Brettern, Autoreifen, Getränkeboxen, Dränagerohre) bestehen und drinnen wie draußen zum selbstständigen Bauen und Sich-Bewegen genutzt werden können. Sie erhalten in der jeweiligen Spielsituation angepasste Bedeutung und sind in ihren Verwendungsmöglichkeiten unerschöpflich (vgl. Zimmer 2001, S.49).

Alle Geräte und Materialien sollten einen festen Platz erhalten, für die Kinder aber frei zugänglich sein.

- die räumliche Ausstattung und das Raumnutzungskonzept

Wie oben gezeigt wurde, erfolgt kindliches Lernen über die Interaktion mit der Umwelt auf sensomotorischer Ebene. Hierbei ist zu beachten, dass Heranwachsende zum Aufbau ihrer Gesundheit mehr Bewegung als Erwachsene zum Erhalt ihrer Gesundheit benötigen (Breithecker 2002, S. 3). Dies erfordert vor allem eines: Platz!

Obwohl der Bewegungsraum nicht nur von der baulichen Größe der Kita abhängt, ist daher eine großzügige Bemessung des Platzbedarfs pro Kind dringend zu empfehlen. Große Räume laden eher zum Bewegen ein, wogegen kleine Räume mehr Ruhe vermitteln und zur konzentrierten Beschäftigung animieren. Im Konzept sollte also der größte Raum als Bewegungs-, Turn- oder Tobe-Raum eingesetzt werden. Doppel-Kitas können auch – um Ressourcen zu gewinnen – einen solchen speziellen Themenraum für Bewegung gemeinsam nutzen. Die dadurch frei werdende Kapazität kann dann wiederum Bewegung stimulierend genutzt werden. Es ist zu prüfen, inwiefern nicht Keller- oder z.B. für den „Fuhrpark“ genutzte Lagerräume umfunktioniert werden können. Und natürlich spielt die Freifläche eine Rolle!

Daneben bedarf es neben dem reinen Platzangebot auch eines klugen pädagogischen Raumnutzungskonzepts. In Kindergärten mit geschlossenem

Konzept findet ein Großteil des Tages im Gruppenraum statt. Bei den meist zu kleinen Gruppenräumen ist im geschlossenen Konzept eine bewegungsfreundliche Pädagogik meist nur unzureichend umsetzbar. Gerade in solchen Kindergärten mit kleinen Gruppenräumen wäre es deshalb besonders wichtig, das pädagogische Konzept so zu gestalten, dass für Bewegungsförderung außerhalb der Gruppenräume viel Zeit zur Verfügung steht. Neben den Freiflächen können hier auch „brachliegende“ Flächen, wie z.B. Flure oder die Treppen, genutzt werden.

Die beste Möglichkeit zur effektiven Nutzung des zur Verfügung stehenden Bewegungsraums besteht jedoch in einer inneren Öffnung der Kita. Die zumindest zeitweise Verteilung der Kinder auf mehrere Gruppen- oder Funktionsräume, schafft eine gelöste und bewegte Atmosphäre für Kinder und Erzieherinnen. Dabei ist gleichzeitig die Anforderung an die Kinder, Regeln einzuhalten (z.B. Abmelden, maximale Personenzahl in einem Raum, Umgang mit den Materialien) sowie deren größere Selbständigkeit erzieherisch von großem Wert. Auch in Bezug auf das Einsatzkonzept der Erzieherinnen und die Abstimmung unter ihnen gelten andere Anforderungen (inhaltliche Gestaltung, pädagogische Betreuung, Aufsichtspflicht, Unfallsicherheit). Letztlich bewirkt diese funktionale Entflechtung mehr Bewegungsraum und weniger Reizüberflutung. Offene Türen und auf das Wesentliche reduzierte sowie für die Kinder stets zugängliche Materialien schaffen ein bewegungsfreundliches Klima.

Bewegung im Freien – bei nahezu jedem Wetter – sollte täglich erfolgen. Einige Kindergartenkonzepte (z.B. Regenkindergarten) setzen hier ihren Schwerpunkt. Dies ist die günstigste Möglichkeit, möglicherweise baulich bedingte Defizite an Bewegungsfläche zu kompensieren. Diese Empfehlung darf jedoch nicht Argument für eine eingeschränkte bauliche Ausstattung im Innern sein.

Letztlich bietet die Gestaltung der vorhandenen Räumlichkeiten wichtige Reserven. Eingangsbereiche können durch entsprechende Wandgestaltung zur Wahrnehmungs- und Sinnesförderung einladen. Der Flurbereich sollte den Kindern als offener Bewegungsraum ganztägig zur Verfügung stehen. Durch das Aufkleben von Balancierlinien und die Bereitstellung von verschiedenen Materialien (Bänke, Kegel, Bälle u. a.) kann der Flur in eine wahre Bewegungslandschaft verwandelt werden, ohne dass dies mit Bestimmungen des Unfall- und Brandschutzes kollidieren muss. Zimmer empfiehlt, weniger genutzte Nebenräume unter ein bestimmtes Thema zu stellen, das Bewegungs- und Wahrnehmungsanreize gibt. Beispielweise können sie zum Sinnesraum mit Tastwand, Fußstraße und Klanginstrumenten oder als Tobe-Raum mit Schaumstoffteilen, Kissen und Decken umgestaltet werden (vgl. Zimmer 2003, S.48).

Sind Räume voll gestopft mit Material, bergen sie ein Potential an Ablenkung und Gefahrenmomenten. Regelmäßig sollten daher die Räume von

Material, welches von den Kindern nicht oder nur selten genutzt wird, befreit werden. Übersichtliche Räume mit einer dosierten Auswahl an Materialien verführen zur phantasievollen Entwicklung und Ausgestaltung von Spielgeschichten. Der Raum muss, bei möglichst hoher Dämpfung der visuellen und akustischen Überreizung, klare Hinweiszeichen auf Tätigkeiten bieten, denen sich die Kinder in aller Ruhe und ohne Störung widmen können. Deshalb sollen bei der Ausgestaltung Materialien verwendet werden, die zur aktiven Gestaltung herausfordern, deren Farb- und Formgebung jedoch Ruhe, Wärme und Konzentration ausstrahlen: also Holz, Naturmaterialien, Stoffe und warme Farben (vgl. Zimmer 2001).

Es ist zu überprüfen, ob ein Teil der Möbel ausgelagert werden kann, z.B. durch die Einrichtung eines zentralen Essenraumes. Sofern auf Sitzmöbel nicht verzichtet werden kann, sollten alternative Möglichkeiten wie Pezzi-Bälle oder Schaumstoffwürfel verwendet werden. Weiterhin sollte eine Ruhe- oder Tobe-Ecke mit Matten, Matratzen, Kissen und Schaumstoffelementen eingerichtet werden (vgl. Zimmer 2003).

Literatur

- Bittmann, F. (Hg.) (1995): Körperschule. Reinbek bei Hamburg
- Bittmann, F./Gutschow, S./Luther, S./Wessel, N./Kurths, J. (2005): Über den funktionellen Zusammenhang zwischen posturaler Balanceregulierung und schulischen Leistungen. In: Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin. 56. Jg., S. 348-352
- Bös, K. (2003): Motorische Leistungsfähigkeit von Kindern und Jugendlichen – Erster Deutscher Kinder- und Jugendsportbericht. Hoffmann Schorndorf
- Breithecker, D. (2002): Bewegung braucht das Kind...damit es sich gesund entwickeln und wohlfühlen kann. Wehrfritz, Wissenschaftlicher Dienst. Ausgabe 76
- Buchner, C. (1997): Kluge Kinder fallen nicht vom Himmel. Freiburg
- Demeter, A. (1981): Sport im Wachstums- und Entwicklungsalter - Anatomische, physiologische und psychologische Aspekte. Leipzig
- Donczik, J. (1996): Empirische Untersuchungen zur Wirkung von Brain-Gym-Übungen. In: Meyenburg, C. (Hg.): Achter, X und über Kreuz. Edukinestetik. Freiburg
- Dordel, S. (2003): Bewegungsförderung in der Schule. Handbuch des Sportförderunterrichts. Dortmund
- Dordel, S./Welsch, M. (2000): Zur motorischen Förderung im Vorschul- und Einschulungsalter. In: Praxis der Psychomotorik, 25. Jg., S. 196 - 211
- Eggert, D./Ratschinski, G. (2000): DMB. Diagnostisches Inventar motorischer Basiskompetenzen bei lern- und entwicklungsauffälligen Kindern im Grundschulalter. Borgmann
- Fischer, B./Dickreiter, B./Mosmann, H. (1998): Bewegung und geistige Leistungsfähigkeit! Was ist gesichert? In: Illi, U./Breithecker, D./Mundigler, S. (Hg.): Bewegte Schule - Gesunde Schule. Wäldi (CH), S. 131-136

- Graf, C./Dordel, S./Koch, B./Predel, H.-G. (2006): Bewegungsmangel und Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen. In: Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin. 57. Jg., S. 220-225
- Hollmann, W./Löllgen, H. (1986): Bedeutung der körperlichen Aktivität für die kardiale und zerebrale Funktion. In: Deutsches Ärzteblatt. 99. Jg., S. 1379-1381
- Kohen-Raz, R. (1986): Learning disabilities and postural control. London
- Kolbe, H./Weyrether, H. (2003): Mein Kind hat Übergewicht. Midena
- Kretschmer, J. (2003): Beweismangel für Bewegungsmangel. Die motorische Leistungsfähigkeit von Grundschulern und Probleme ihrer Erforschung. In: Sportpädagogik. Heft 5 und 6.
- Kubesch, S. (2000): Sportunterricht: Training für Körper und Geist. In: Nervenheilkunde 9. Jg., S. 487- 490.
- Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen Brandenburg. (Hg.) (2002): Soziale Lage und Gesundheit von jungen Menschen im Land Brandenburg 2001. Potsdam
- Leyh, A. (1999): Nur in Deinem Kopf – Das Update für Geist und Gehirn.
- Ministerium für Bildung, Jugend und Sport des Landes Brandenburg (Hg.) (2004): Grundsätze elementarer Bildung in Einrichtungen der Kindertagesbetreuung im Land Brandenburg. Potsdam
- Nething, K./Stroth, S./Wabitsch, M./Galm C./Rapp, K./Brandstetter, S./Berg, S./Kresz, A./ Wartha, O./Steinacker, J.M. (2006): Primärprävention von Folgeerkrankungen des Übergewichts bei Kindern und Jugendlichen. In: Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin. 57. Jg., S. 42-45
- Piaget, J. (1975): Das Erwachen der Intelligenz beim Kinde. Stuttgart
- Piaget, J. (1978): Das Weltbild des Kindes. Stuttgart. S. 15
- Raczek, J. (2002): Entwicklungsveränderungen der motorischen Leistungsfähigkeit der Schuljugend in drei Jahrzehnten. In: Sportwissenschaft. 32. Jg., S. 201-216.
- Schädle-Schaard, W. (2002): Experimentelle Erfahrungen zum bewegten Lernen und Denken. In: Laging, R./Schillack, G. (Hg.): Die Schule kommt in Bewegung. Hohengehren
- Spitzer, M. (2002): Lernen. Gehirnforschung und die Schule des Lebens. Heidelberg
- Schwarzer, R. (1996): Psychologie des Gesundheitsverhaltens. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle
- Wabitsch, M./Hebebrand, J./Kies, W./Zwiauer, K. (2005): Adipositas bei Kindern und Jugendlichen. Grundlagen und Klinik.
- Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands (Hg.) (2001): WIAD-Studie. Bewegungsstatus von Kindern und Jugendlichen in Deutschland
- Zimmer, R. (2001): Alles über den Bewegungskindergarten. Freiburg i. B.
- Zimmer, R. (2003): Kreative Bewegungsspiele. Freiburg i. B., S. 18 ff.
- Zinnecker, J./Silbereisen, R. (1996): Kindheit in Deutschland. München
- Zirolì, S./Döring, W. (2003): Adipositas - kein Thema an Grundschulen mit Sportprofil? Gewichtsstatus von Schülerinnen und Schülern an Grundschulen mit täglichem Sportunterricht. In: Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin. 54. Jg., S. 248-253

Internetquellen:

Stern.de: <http://www.stern.de/wissenschaft/ernaehrung/Nationaler-Aktionsplan-%DCbergewicht-Seehofers-Fettschmelze/588383.html> (11.05.2007)
Pfiffikus durch Bewegungsfluss: <http://www.pfiffikusdurchbewegungsfluss.de>
(11.05.2007)

Einführung zum Setting Soziale Arbeit und ihre Institutionen

Natürlich stellt Sozialpädagogik kein eigenes Setting dar. Weder ist von der WHO ein solches benannt worden, noch würde es von der Strukturlogik des Setting-Begriffs Sinn machen. Dennoch hat Soziale Arbeit auf unterschiedlichen Ebenen mit dem Setting-Ansatz zu tun. Drei Perspektiven sollen hier genannt sein. (1) Soziale Arbeit ist eine Profession, die zentral in Organisationen modernerer personenbezogener Dienstleistungseinrichtungen agiert. Das Setting Schule, Universität, Krankenhaus, Gefängnis und auch der „Betrieb“ gehören entweder zu den klassischen „Orten“ der Sozialen Arbeit oder werden aktuell als notwendige Orte sozialpädagogischer Tätigkeiten diskutiert, wie z.B. im Kontext der Schulsozialarbeit. (2) Darüber hinaus gehört Sozialpädagogik ebenfalls zu einer der Professionen, die ganz wesentlich im Kontext des Settings „Healthy Cities“ mitwirkt. Es ist ihre Kompetenz in der Sozialraumorientierung, die hier eine wichtige Bedeutung einnimmt. (3) Und wie schon an anderer Stelle formuliert hat Soziale Arbeit historisch und gegenwärtig eine bedeutsame Bezugnahme zum Thema Gesundheit und zum medizinisch-rehabilitativen Feld. Soziale Arbeit kann in diesem Sinne als eine der wenigen Professionen beschrieben werden, die in allen Settings produktiv agiert. Dies hat auch wesentlich damit zu tun, dass Soziale Arbeit nicht in erster Linie für einen besonderen gesellschaftlichen oder professionellen Ort steht, sondern eine Querschnittsperspektive leistet, die andere Disziplinen oder Professionen aufgrund ihrer Spezialisierungen oftmals nicht leisten können.

Pointiert formuliert steht Sozialpädagogik mit ihren Traditionen in einer sehr engen Verbindung mit den Konzepten der Gesundheitsförderung. Gesundheitswissenschaftler weisen sogar explizit darauf hin, dass sie oftmals als „ahnungslose Leihmutter“ für die Gesundheitsförderung zur Verfügung gestanden hat. Sozialpädagogik hat es traditionell nicht nur mit klassischen sozialen Versorgungsaufgaben und sozialstaatlicher Kontrolle zu tun, sondern beschäftigt sich immer wieder mit drei wichtigen Perspektiven: des Empowerments (der Befähigung), der Netzwerkarbeit und der Sozialraum- bzw. Lebensweltorientierung. Konzepte die wesentliche Bestandteile der Gesundheitsförderungsprogramme der Setting-Ansätze bilden. Von hier ist die Bedeutung der Sozialen Arbeit zum Setting-Konzept zu verstehen. Die folgenden Beiträge dieses Abschnitts sind aus der Tradition der Thematisierung dieser Querschnittsperspektiven entwickelt.

In dem ersten Beitrag von *Stephans Sting* „*Gesundheit als Herausforderung für soziale Dienste*“ wird der Blick von den Ergebnissen einer sozial orientierten Gesundheitsforschung auf die Relevanz sozialer Dienste fokussiert. Die Themen der gesundheitlichen Ungleichheit und die Bedeutung der Gesundheit als Entwicklungsthema im Kindes- und Jugendalter bilden die zentralen Bereiche, in dem der Verfasser die Bedeutsamkeit einer sozialen Perspektive und damit der Notwendigkeit sozialer Dienste im Gesundheitsbereich herausarbeitet. Dabei werden zwei zentrale Fokussierungen angelegt: eine sozialpolitische und eine bildungspolitische Konzeption von Gesundheitsarbeit in den sozialen Diensten. Der zweite Beitrag von *Hans Günther Homfeldt* „*Soziale Arbeit im Gesundheitswesen*“ greift die umgekehrte Perspektive auf: Welche konkrete „Gesundheitsarbeit“ leistet Soziale Arbeit gegenwärtig im gesundheitlichen Feld? Der Beitrag versucht dabei weniger eine Gesamtsicht als vielmehr zentrale Aspekte einer „klinischen Sozialarbeit“ insbesondere unter international geführten Debatten aufzugreifen. Themenbereiche sind hier das Spannungsfeld zwischen gesundheitlicher Ungleichheit und Biographie, das Thema des § 20 SGB V und seine Folgen, die Relevanz ethischer Standards und die Notwendigkeit einer evidenzbasierten Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen sowie die Frage nach Konturierung von Tätigkeitsprofilen und Forschungsaufgaben. Der dritte Beitrag dieses Schwerpunktes von *Gerd Stecklina* „*Gesundheits- und Körperbewusstsein von Männern*“ verfolgt eine andere Perspektive. Es ist weniger der Fokus auf professionelle Bereiche gelegt, sondern ein alltagsweltliches, sozialisatorisches Phänomen, nämlich ein Aspekt sozialer Differenz wird erörtert: das Thema der Geschlechterkonstruktion. Dabei interessiert hier insbesondere das bisher wenig aber gegenwärtig immer stärker in den Blickpunkt rückende Thema Gesundheit und Geschlecht – und wie es der Titel schon deutlich macht – geht es um die Frage des Verhältnisses von Männern gegenüber ihrem Körper und ihrer Gesundheit. Anhand von Forschungsergebnissen und Diskursanalyse werden neue Perspektiven entwickelt.

Stephan Sting

Gesundheit als Herausforderung für soziale Dienste

Zum Stellenwert der Sozialen Arbeit in der Gesundheitsförderung

Die Betrachtung von Möglichkeiten der Gesundheitsförderung in den sozialen Diensten führt weniger zur Etablierung neuer gesundheitsbezogener Berufsfelder als zu der Frage, welche Bedeutung der Sozialen Arbeit in ihren bereits etablierten Formen und Ausprägungen für die Gesundheitsförderung zukommt. Soziale Arbeit kann durch die Wahrnehmung ihrer Gesundheitsbezüge ihr Profil schärfen und ihre gesellschaftliche Position stärken. Dabei gehe ich davon aus, dass Soziale Arbeit selbst schon zu einem nicht unerheblichen Teil „Gesundheitsförderung“ ist – dass sie also durch die Bearbeitung der ihr übertragenen Aufgaben zur Förderung der Gesundheit ihrer Adressaten beiträgt.

In diesem Sinn hat der Gesundheitswissenschaftler Rosenbrock schon vor einigen Jahren in einer Analyse der Umsetzungsdefizite der Gesundheitsförderung darauf hingewiesen, „dass die gesundheitlich vor allem in Problemgruppen wirksamsten Maßnahmen immer noch von Sozialarbeit und Sozialpädagogik geleistet werden, oft, wenn nicht meist ohne expliziten Gesundheitsbezug“ (Rosenbrock 1998, 207). Bei genauem Hinsehen kann man erkennen, dass zwischen dem von der WHO propagierten Konzept einer positiven und umfassenden „Gesundheitsförderung“ und der Entwicklung einer ressourcenorientierten Sozialen Arbeit eine Reihe von Berührungspunkten und Überschneidungen bestehen. Franzkowiak und Wenzel haben die Soziale Arbeit sogar als verdeckte und ahnungslose „Leihmutter“ für das Konzept der Gesundheitsförderung betrachtet (vgl. Franzkowiak/Wenzel 2001, 720). Gesundheitsförderung soll ebenso wie die Soziale Arbeit sowohl am Individuum als auch an sozialen Gruppen, Gemeinden, Institutionen und der Gesellschaft insgesamt ansetzen. Sie stellt eine sozialpolitische Strategie der Aktivierung, der Erschließung von sozialen Ressourcen und Partizipationschancen und der Entfaltung von individuellen Kompetenzen und Handlungsmöglichkeiten dar. Sie soll nicht erst beim Auftreten von Krankheiten, sondern unabhängig davon zum Einsatz kommen. Damit deckt sie sich mit dem Anspruch der Sozialen Arbeit, nicht nur

Problembearbeitung zu betreiben, sondern bereits im Vorfeld möglicher Problemlagen „präventiv“ zu arbeiten (vgl. Böllert 1995).

Diese Nähe von Gesundheitsförderung und Sozialer Arbeit macht es plausibel, dass die Soziale Arbeit enorme gesundheitliche Potentiale enthält. Dem steht jedoch entgegen, dass in der Sozialen Arbeit nach wie vor ein Vergessen des Gesundheitsthemas vorherrscht. Zwar haben sich inzwischen Ausbildungsprofile und Professionalisierungsbestrebungen für neue gesundheitsbezogene Sozialberufe wie z.B. klinische Sozialarbeit oder Gesundheitsmanagement etablieren können, doch in Bereichen wie der Kinder- und Jugendhilfe, der Beschäftigungsförderung oder der Stadtteilarbeit dominiert nach wie vor eine weitgehende Ignoranz gegenüber dem Gesundheitsthema. Dies führt dazu, dass es der Sozialen Arbeit droht, eigene Entwicklungsmöglichkeiten zu verspielen, die sich ihr aus Akzentverschiebungen im Gesundheitsbereich anbieten. Beispielsweise wurde mit der Neufassung des §20, SGB V im Jahr 2000 die „Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen“ als Ziel von Prävention und Gesundheitsförderung und Aufgabe der gesetzlichen Krankenkassen festgeschrieben. Für die Soziale Arbeit böten sich hier vielfältige Anknüpfungspunkte. Doch eine niedersächsische Studie von Altgeld u.a. hat gezeigt, dass der Sozialbereich Entwicklungen im Gesundheitssektor nach wie vor wenig zur Kenntnis nimmt. Die geringe Zahl bisher etablierter Projekte der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit ist Ausdruck massiver Informationsdefizite sowie eines zu engen Gesundheitsverständnisses, das sich zwar programmatisch auf umfassende Perspektiven im Sinne der Ottawa-Charta bezieht, das allerdings die gesundheitsrelevanten Handlungsspielräume im eigenen Arbeitsfeld nicht erkennt (vgl. Altgeld u.a. 2003).

Für die sozialen Dienste erscheint es daher notwendig, die Gesundheitsrelevanz der eigenen Aktivitäten stärker zu beachten und diejenigen Aufgaben ins Blickfeld zu rücken, die Waller „Gesundheitsarbeit im Sozialwesen“ nennt (Waller 2001, 303). Es geht dabei nicht darum, ein neues sozialpädagogisches „Expertentum für die Gesundheit“ auszubilden; vielmehr geht es um den Versuch, für gesundheitliche Belange in den bestehenden Arbeitsfeldern und Arbeitsweisen der Sozialen Arbeit zu sensibilisieren (vgl. Brieskorn-Zinke/Köhler-Offierski 1997, 10). Ich möchte mich zu dem Zweck im Folgenden mit drei Aspekten befassen, die die Gesundheitsrelevanz der Sozialen Arbeit verdeutlichen: Zunächst wird am Beispiel der „gesundheitlichen Ungleichheit“ der enge Zusammenhang von sozialen und gesundheitlichen Problemen aufgezeigt. Dann wird die Bedeutung der Gesundheit als Entwicklungsthema im Kindes- und Jugendalter skizziert. Und schließlich werden Ansätze und Beispiele einer „Gesundheitsarbeit“ in den sozialen Diensten angeführt, die sowohl sozialpolitische als auch eher sozialpädagogisch ausgerichtete Zugänge umfassen.

Gesundheitliche Ungleichheit

Der Zusammenhang von sozialen und gesundheitlichen Problemen ist in der Sozialen Arbeit schon seit ihren historischen Anfängen evident. Dies hat dazu geführt, dass soziale Missstände oft an gesundheitlichen Problemen festgemacht wurden, die diese körperlich sichtbar und damit in ihren Konsequenzen wahrnehmbar und erfahrbar machten. So diente z.B. Pestalozzi in seinem Stanser Brief die Beschreibung des körperlichen Zustands seiner Kinder als Symptom für ihre Hilfsbedürftigkeit (vgl. Pestalozzi 1799, 9). In ähnlicher Weise wurden die Cholera-Epidemien, die sich in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts in verschiedenen europäischen Ländern ausbreiteten und die vor allem in Arbeiter- und Armenvierteln wüteten, zum Signal für die oft miserablen Lebensbedingungen der städtischen Unterschichten in der Frühphase der Industrialisierung (vgl. Labisch 1992, 114ff.).

Die Beziehung von sozialen und gesundheitlichen Problemen verweist auf die „Gesellschaftlichkeit von Gesundheit“ (Müller 1995). Die Wahrnehmung von Gesundheit ist auf der einen Seite Ergebnis eines sozialen Konstruktionsprozesses, in dem Aufmerksamkeiten auf und Bedeutungen von gesundheitlichen Problemen festgelegt werden und ein wissenschaftliches sowie alltägliches Wissen über Gesundheit hervorgebracht wird. Auf der anderen Seite zeigt sich eine enge Beziehung von sozialen Lebenslagen und Gesundheitszustand, von biographischen Lebenssituationen und gesundheitsbezogenen Anforderungen, die bis heute eine lineare Verknüpfung von sozialen Lebenschancen und gesundheitlichen Ressourcen mit sich bringt. Gesundheit ist damit immer „soziale Gesundheit“ – d.h. sozial wahrgenommene und von den sozialen Lebenschancen abhängige Gesundheit. Deshalb ist das Gerechtigkeitspostulat der Sozialen Arbeit auch für gesundheitliche Fragen relevant.

Neuere sozialepidemiologische Studien bestätigen diesen Zusammenhang. Sie belegen, dass es auch in entwickelten Ländern mit einem breit ausgebauten System der gesundheitlichen Versorgung, das prinzipiell allen Mitgliedern der Gesellschaft zur Verfügung steht, einen markanten Zusammenhang zwischen sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit gibt (vgl. Hanesch 1995; Mielck 2000; Siegrist 1995; Wilkinson 2001). Soziale Benachteiligungen gehen demnach mit einem erhöhten Ausmaß an gesundheitlichen Belastungen und Beeinträchtigungen einher. Zugleich wird die Gesundheitsrelevanz von sozialen Differenzen wie Geschlecht, Alter oder Nationalität sichtbar, was generalistische Strategien der Gesundheitsarbeit in Frage stellt.

Eine aussagekräftige Gesundheitsberichterstattung zum Zusammenhang von sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit ist in Deutschland erst in jüngerer Zeit aufgebaut worden. Bisher liegen überwiegend partielle Ein-

zelstudien vor, und man hat sich zunächst mit regionalen Vergleichen zwischen Stadtteilen mit besserer und Stadtteilen mit schlechterer Sozialstruktur beholfen. So wurde z.B. in Bremen Anfang der 1990er Jahre ein regionaler Vergleich zwischen verschiedenen Stadtteilen hinsichtlich der Mortalität der Bevölkerung unternommen. Bei vorzeitigen Todesfällen durch Krebs oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen kam eine markante Differenz zwischen Stadtteilen mit geringstem und Stadtteilen mit höchstem sozioökonomischem Status zum Vorschein. Die „soziale Polarisierung“ der Lebenserwartung hat sich in Bremen seither nicht verringert, sondern weiter vergrößert (vgl. Gesundheitsamt Bremen 2006). Eine Auswertung des Sozioökonomischen Panels verwies im Jahr 1996 auf den Einfluss der Schulbildung auf die Lebenserwartung. Demnach weisen Männer ohne Abitur eine um 3,3 Jahre kürzere Lebenserwartung auf als Männer mit Abitur, während der Unterschied bei Frauen sogar 3,9 Jahre beträgt (Mielck 2002, 49f.). Die Analyse von Daten der Allgemeinen Ortskrankenkasse (AOK Mettmann) aus den Jahren 1987 bis 1996 lässt Rückschlüsse auf den Zusammenhang von beruflichem Status und Mortalität zu. Der Anteil der Todesfälle nimmt mit zunehmendem beruflichem Status stufenweise ab, bei Männern wie bei Frauen. In der untersten Berufsgruppe der „Un- und Angelernten“ ergibt sich ein viermal so großes Sterblichkeitsrisiko wie in der höchsten Statusgruppe der Erwerbstätigen in „höheren Positionen“ (Mielck 2002, 50f.).

Ähnlich gravierende Auswirkungen zeichnen sich ab, wenn sozioökonomische Benachteiligung mit Arbeitslosigkeit einhergeht. Eine Studie unter Mitgliedern der Gmünder Ersatzkasse (GEK) zur Sterblichkeit im Zeitraum von drei Jahren zwischen 1998 und 2000 zeigt, dass sich bei den 20- bis 50-jährigen Mitgliedern das Risiko der Sterblichkeit in Abhängigkeit von der vorausgehenden Arbeitslosigkeitsdauer kontinuierlich erhöht. „Bei Versicherten mit 1 bis 2 Jahren Arbeitslosigkeit zeigt sich im Vergleich zu den durchgängig Berufstätigen eine 1,6fach erhöhte Mortalität, bei Personen mit mindestens 2 Jahren Arbeitslosigkeit in den vorangegangenen 3 Jahren ist im Folgezeitraum das Mortalitätsrisiko 3,4fach erhöht“ (Grobe/Schwartz 2003, 16). Ebenso werden bei Arbeitslosen z.B. mehr Krankenhaustage als bei Berufstätigen registriert, wobei das Verhältnis bei Männern (2,3:1) stärker ausgeprägt ist als bei Frauen (1,7:1) (Grobe/Schwartz 2003, 11f.).

Die Suche nach Erklärungen für den Zusammenhang von sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit verweist in zwei verschiedene Richtungen (vgl. Homfeldt/Sting 2006, 103ff.). Zunächst scheinen sozialstrukturelle Faktoren in einem erheblichen Maß für gesundheitliche Benachteiligungen verantwortlich zu sein. Armut- und Unterversorgungslagen, die durch einen Mangel an Einkommen, Bildung, Partizipationschancen, sozialer Anerkennung und sozialen Ressourcen gekennzeichnet sind, erzeugen nicht nur soziale, sondern auch gesundheitliche Effekte (vgl. Mielck 2002, 54). Interessant ist dabei, dass in entwickelten Ländern wie Deutschland und Öster-

reich nicht die absolute, sondern die relative Armut für gesundheitliche Benachteiligungen entscheidend ist. Wilkinson weist in einer makroökonomischen Vergleichsstudie nach, dass in reicheren Ländern Wirtschaftswachstum und Verbesserungen des Lebensstandards im internationalen Vergleich wenig Auswirkungen auf die Gesundheit der Bevölkerung haben, während innerhalb dieser Gesellschaften nach wie vor ein enger Zusammenhang zwischen Lebensstandard und Gesundheit besteht. Ab einem gewissen Maß an Wohlstand entscheidet offensichtlich weniger das faktische Ausmaß an materiellen Möglichkeiten als die „sozialen Konnotationen unterschiedlicher Einkommens- und Konsumniveaus“, das mit dem Einkommen verbundene soziale Prestige und das Ausmaß an sozialer Anerkennung und an Status. Dementsprechend weisen nicht die reichsten, sondern die sozial ausgewogensten Länder die beste Gesundheit auf (Wilkinson 2001, 3ff, 129ff).

Wilkinsons Analyse macht deutlich, dass sozioökonomische Faktoren den Gesundheitsstatus nicht nur direkt beeinflussen, sondern auch indirekt – vermittelt über die innerpsychische Konstitution von Menschen und Gruppen und den daraus ableitbaren Handlungsmotivationen und Handlungsperspektiven. Der aus dem sozialen Vergleich entspringende Mangel an sozialer Anerkennung und Chancen auf den Erwerb von sozialem Prestige führt zu einer Schwächung des Kohärenzgefühls bis hin zu der aus der Sozialpsychologie bekannten Grundeinstellung der „Demoralisierung“, die durch ein geringes Selbstwertgefühl, durch unbestimmte Zukunftsängste und durch Gefühle der Macht- und Sinnlosigkeit sowie der Hoffnungslosigkeit und Ungerechtigkeit beschrieben worden ist (vgl. Keupp 2000, 23f.). Die innere Konstitution und das gesundheitsbezogene Verhalten bilden sich in Abhängigkeit von sozialstrukturellen Voraussetzungen und sozialer Gerechtigkeit, lösen sich aber von den objektiven Gegebenheiten ab und verselbständigen sich zu je spezifischen Haltungen und Handlungsdispositionen. Diese bilden einen zweiten, relativ eigenständigen Komplex von Einflussfaktoren auf die Gesundheit. So ist z.B. in unteren Schichten ein geringer ausgeprägtes Gesundheitsbewusstsein vorzufinden, was zu einer überdurchschnittlichen Ausprägung von gesundheitsriskantem Verhalten wie z.B. Rauchen oder fetter Ernährung führt (vgl. z.B. WHO 2007, 121f.; Kolip 2004). Ebenso ist die Nutzung der Angebote der gesundheitlichen Versorgung und Vorsorge ungleich verteilt, was allerdings neben der Handlungsmotivation und Einstellung der Nutzer auch mit dem mittelschichtorientierten Zuschnitt vieler Angebote der Prävention und Gesundheitsförderung zusammenhängt.

Gesundheitsarbeit in den sozialen Diensten hat dementsprechend an zwei Ebenen anzusetzen: Sie müsste struktur- und personenbezogene Maßnahmen verknüpfen, indem einerseits soziale Zugangschancen eröffnet und Ressourcen zur Verbesserung der Lebenssituation bereitgestellt werden und indem andererseits gesundheitsbezogene Themen in den Handlungsfeldern

der Sozialen Arbeit bearbeitet werden. Von zentraler Bedeutung ist dabei die Entwicklung zielgruppenorientierter, nicht-stigmatisierender Arbeitsweisen, die den Respekt vor der Lebensform und den Bewältigungsleistungen der Adressaten bewahren.

Gesundheit als Entwicklungsthema im Kindes- und Jugendalter

Trotz der Pluralisierung und Ausdifferenzierung der sozialen Dienste stellt die Kinder- und Jugendhilfe nach wie vor das Hauptarbeitsfeld der Sozialen Arbeit dar. Entwicklungsbezogene Anforderungen und Probleme sind damit ein wichtiger Aufgabenbereich, wobei gesundheits- und körperbezogene Themen wie Sucht, Gewalt oder Essstörungen zunehmende Aufmerksamkeit erlangen. Darüber hinaus gelten Kinder und Jugendliche in der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit insgesamt als eine besonders interessante Gruppe: Erstens reagieren sie besonders sensibel auf Veränderungen in der Gesellschaft, so dass sie als „Seismographen“ für den Gesundheitszustand der Gesellschaft insgesamt betrachtet worden sind (vgl. Kolip/Hurrelmann/Schnabel 1995, 16). Zweitens haben Gesundheitsprobleme im frühen Lebensalter Einfluss auf den weiteren Lebensverlauf, so dass sie Aussagen über die für diese Personen zu vermutende zukünftige gesundheitliche Entwicklung ermöglichen. Und drittens sind Kinder und Jugendliche eine Gruppe, die sich noch in der Entwicklung befindet und bei der ein Einfluss auf die Gesundheit und das gesundheitsrelevante Verhalten im Rahmen von Prävention, Gesundheitsförderung oder gesundheitlicher Bildung am ehesten möglich erscheint (vgl. Sting 2000, 63).

Bei der Betrachtung von empirischen Ergebnissen zur Kinder- und Jugendgesundheit aus der Perspektive Sozialer Arbeit kann der Zusammenhang von gesundheitlicher und sozialer Ungleichheit nicht außer Acht gelassen werden. Vor allem im Kindesalter ist die mit sozialer Benachteiligung verknüpfte gesundheitliche Ungleichheit sehr ausgeprägt (vgl. Klocke 2001). Im Jugendalter schwächt sich der Zusammenhang von sozialer Lage und Gesundheit etwas ab, um im jungen Erwachsenenalter wieder deutlicher zur Geltung zu kommen (vgl. Homfeldt/Sting 2006, 130f.).

Die Beziehung zwischen dem Gesundheitsstatus von Kindern und deren sozialer Lage wird in Deutschland seit einiger Zeit in verschiedenen Studien nachgewiesen. So ergab eine Auswertung der Schuleingangsuntersuchungen in Köln einen signifikanten Zusammenhang zwischen der Sozialhilfeempfänger-Dichte eines Stadtteils und den Entwicklungs- und Gesundheitsproblemen der Einschüler (vgl. Mersmann 1998). In ähnlicher Weise brachte z.B. der Vergleich zwischen Stadtteilen mit guter und schlechter sozialer Lage in Hamburg klare Differenzen in der Häufigkeit von Kopfschmerzen oder Übergewicht bei 5-14-jährigen Kindern zum Vorschein

(Zimmermann u.a. 2000). Gesundheitsprobleme von Kindern sind damit ein Bereich, in dem sich die Transformation von sozialen Problemen in Entwicklungsschwierigkeiten besonders deutlich ablesen lässt. In diesem Sinn können Homfeldt und Ritter z.B. den wachsenden Anteil übergewichtiger Kinder als aktuellen Indikator für die gegenwärtige Zunahme von Kinderarmut und die kindliche Entwicklung erschwerende Unterversorgungslagen betrachten (vgl. Homfeldt/Ritter 2005).

Gesundheitliche und körperliche Aspekte sind ein wichtiger Bestandteil der Gesamtentwicklung. Dies kann am Beispiel des „Körpers“ als Entwicklungsthema verdeutlicht werden. Schon im Säuglingsalter bilden die körperliche Pflege und Versorgung die Voraussetzung jeglicher Arbeit mit Kindern; erst die Befriedigung elementarer körperlicher Bedürfnisse eröffnet den Horizont für weiterführende Entwicklungs- und Bildungsprozesse. Bei Kleinkindern sind der Körper und die motorischen Körpererfahrungen Maßstab und Bezugspunkt für das Selbstkonzept und die Welterkundung, was dazu führt, dass ein Mangel an Bewegungsmöglichkeiten die Entwicklung zahlreicher kognitiver, emotionaler, sozialer und sprachlicher Fähigkeiten behindert (vgl. Sting u.a. 2006, Somatische Bildung, S. 4ff.). Zugleich sind der eigenen physischen Konstitution angemessene Körpererfahrungen auch Grundlage der Herausbildung des „Kohärenzgefühls“, das Antonovsky als Herzstück der Salutogenese beschrieben hat. Das Kohärenzgefühl – verstanden als eine allgemeine Grundhaltung der Welt gegenüber, die vom Gefühl des Zusammenhangs, der Stimmigkeit zwischen sich und der Welt geprägt ist – stellt die Basis für die Entstehung eines positiven Welt- und Selbstverhältnisses dar, das Gesundheit und Wohlbefinden mit der Perspektive auf die eigene Handlungsfähigkeit verbindet (vgl. Antonovsky 1997).

Eine besondere Bedeutung kommt dem Körper im Jugendalter zu. Die massiven körperlichen Veränderungen im Verlauf der Pubertät scheinen die psychosoziale Entwicklung und Integration von Jugendlichen wesentlich zu beeinflussen (vgl. Hübner-Funk 2003, 6). Nach einer Studie von Kracke unter männlichen Jugendlichen hat z.B. das körperliche Reifungstempo Auswirkungen auf die Ausprägung von Substanzkonsum, Verhaltensauffälligkeiten und Delinquenz (vgl. Kracke 2003). Die extremen Körperereignisse in der Pubertät führen zu einer Konzentration auf Körpererlebnisse, Körpersensationen und Körperstilisierungen in Jugendkulturen, die häufig von den gesellschaftlich vorherrschenden Formen der Körperkultivierung abweichen (vgl. Höhn/Vogelgesang 1999, 152f.). Gesundheitliche Risikoverhaltensweisen wie Rauchen, Rauschtrinken und Drogenkonsum sind daher Kennzeichen des Jugendalters; sie verbinden sich mit jugendlichen body images wie Coolness, Unabhängigkeit und Feeling (vgl. Hackauf 2003).

Während das Jugendalter insgesamt als eine relativ gesunde Lebensphase gilt und auch ein überwiegender Teil der Jugendlichen den eigenen Gesundheitszustand nach subjektiver Selbsteinschätzung als gut bezeichnet, lässt sich für die letzten Jahrzehnte eine Zunahme gesundheitlicher Belastungen im Jugendalter erkennen. Auf der einen Seite handelt es sich dabei vor allem um den steigenden Anteil allergischer, psychosomatischer und psychischer Beschwerden, die Hurrelmann, Keupp und andere Autoren als Symptome für eine Überbeanspruchung der Altersgruppe der Jugendlichen im Kontext des gegenwärtigen gesellschaftlichen Wandels werten (vgl. Haberlandt u.a. 1995). Auf der anderen Seite entspringt ein großer Teil der zunehmenden Gesundheitsbelastungen verhaltensbedingten Gesundheitsgefährdungen, die dem „jugendlichen Risikoverhalten“ zugerechnet werden. In einer Welt pluraler Handlungs- und Lebensoptionen wird der Übergang in die Erwachsenenengesellschaft diffus und unkenntlich. Jugendliche vollziehen zu dem Zweck Selbstinitiationen und rituelle Selbsterprobungen, in denen der Körper eine zentrale Rolle spielt. In einer Zeit instabiler, gefährdeter Selbstentwürfe dient der Körper als Fluchtpunkt der Selbstvergewisserung und Identitätsbildung. Körperliche Grenzerfahrungen, körperliche Selbstdarstellungen und das Sich-Spüren durch Interventionen in den eigenen Körper wie z.B. beim Tätowieren oder Piercing können als Versuche betrachtet werden, Individualität und Zugehörigkeit, Einzigartigkeit und die Suche nach sozialer Anerkennung zugleich zum Ausdruck zu bringen (vgl. Kasten 2006, 228ff.).

Die Fokussierung auf den Körper im Jugendalter bringt zum Vorschein, dass Körperorientierung und Gesundheitsbewusstsein nicht konform gehen. Eher im Gegenteil stellt „Gesundheit“ für körperbezogene Aktivitäten von Jugendlichen kein wichtiges Handlungsmotiv dar. Während also im Kindesalter eine körperbezogene Entwicklungs- und Bildungsförderung mit der Herausbildung gesundheitsförderlicher Einstellungen und Praktiken einher gehen kann, muss die Beziehung von Körper und Gesundheit im Jugendalter mittels pädagogischer Interventionen gezielt hergestellt werden, ohne die Bedeutung jugendtypischer Körperaktivitäten für die soziale Positionierung und Selbstvergewisserung zu unterschätzen. Und während im Kindesalter eine ressourcenorientierte Arbeit zur Verbesserung der Partizipationschancen und der Lebensqualität zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit beitragen kann, schwächt sich im Jugendalter der Zusammenhang von gesundheitlicher und sozialer Ungleichheit ab, um dann allerdings im Übergang in Ausbildung und Beruf erneut zur Geltung zu kommen (vgl. Mansel 1998). Deshalb erscheint auch im Jugendalter eine Kombination aus pädagogischen Zugängen zur gesundheitsbezogenen Entwicklungs- und Bildungsförderung und aus strukturellen Zugängen zur Ressourcen- und Infrastrukturarbeit sinnvoll, um eine effektive Gesundheitsförderung im Sozialwesen zu verwirklichen.

Ansätze zur Gesundheitsarbeit in sozialen Diensten

Im Folgenden sollen die zwei Richtungen der Gesundheitsarbeit in den sozialen Diensten – die strukturbezogene und ressourcenorientierte Gesundheitsförderung und die gesundheitsförderliche Entwicklungs- und Bildungsarbeit – anhand von Beispielen aus der Praxis erläutert werden. In beiden Fällen ist die Soziale Arbeit mit gesundheitlichen Themen befasst, ohne ausschließlich dafür zuständig zu sein. Ihr Fokus auf das Schnittfeld von sozialen, entwicklungsbezogenen und gesundheitlichen Fragestellungen führt in der Regel dazu, dass sich gesundheitsbezogene Soziale Arbeit in multi- oder interprofessionellen Kooperationen realisiert. Sozialpädagogen oder Sozialarbeiter kooperieren mit Ärzten, Psychologen, Lehrern usw., wobei unterschiedliche Problemsichten und divergierende Interessen aufeinander treffen und bisher noch selten effektive institutionelle und organisatorische Rahmenbedingungen für gelingende Kooperationsbeziehungen etabliert sind.

Die strukturbezogene und ressourcenorientierte Gesundheitsarbeit kann an die Ausgangsintention der Gesundheitsförderung anknüpfen, die im Kern als ein *sozialpolitisches Konzept* gedacht war. Die Verantwortung für Gesundheit sollte nicht nur dem Gesundheitssektor zugeschrieben werden, sondern in allen möglichen Dimensionen des sozialen und politischen Lebens berücksichtigt werden (vgl. Ottawa-Charta 1995). Als gesamtgesellschaftliche Querschnittsaufgabe sollte Gesundheitsförderung dementsprechend Reform- und Veränderungsprozesse in unterschiedlichen sozialen Handlungsfeldern anstoßen. Rosenbrock bemerkt hierzu jedoch kritisch, dass sich die bisherige Umsetzung der Gesundheitsförderung auf enger zugeschnittene verhaltensbezogene, pädagogisch-therapeutische Maßnahmen beschränkt (vgl. Rosenbrock 1998). Eine ressourcenorientierte Gesundheitsarbeit muss demgegenüber den sozialpolitischen Anspruch der Gesundheitsförderung ernst nehmen und auf den strukturellen, verhältnisbezogenen Voraussetzungen von Gesundheit insistieren. Ein Ausweg in diese Richtung wird in jüngerer Zeit mit Hilfe des „Setting“-Ansatzes gesucht. Der Setting-Ansatz ermöglicht es jenseits utopischer Vorstellungen von Gesellschaftsveränderung auf der Ebene mikrosozialer Gebilde in vielen Bereichen konkrete strukturelle Veränderungen zugunsten der Gesundheit zu erreichen (vgl. Bauch/Bartsch 2003).

Die Anwendung des Setting-Ansatzes auf die Soziale Arbeit bedeutet in vielen Fällen, dass die Perspektive über einzelne Institutionen hinausgeht bzw. die Institution im Kontext ihres sozialen Nahraums betrachtet wird. Gemeinwesenorientierte Aktivitäten stellen demnach eine Möglichkeit für eine ressourcenorientierte Gesundheitsarbeit im Sozialbereich dar. Gesundheitsförderung im Gemeinwesen ist häufig in benachteiligten Stadtregionen oder Wohngebieten angesiedelt, um sich mehrfach überlagernde Problemkonstellationen zu bearbeiten. Die Chance der Gemeinwesenorientierung

besteht darin, Projekte für sozial Benachteiligte nicht als Sonderaktivitäten für sozial Schwache erscheinen zu lassen, was die Gefahr der Stigmatisierung und Deklassierung in sich birgt. Stattdessen setzen sie am sozialen Nahraum und Lebensalltag der Zielgruppe an, bieten vor Ort gesundheitsrelevante Hilfen an und unterstützen bei der Problemlösung in einem gesamten Stadtgebiet. Der Gesundheitsbezug ist dabei mehr oder weniger explizit: z.T. geht es direkt um die Bereitstellung niedrigschwelliger gesundheitlicher Versorgung, z.T. geht es eher indirekt um die Bearbeitung gesundheitsrelevanter Faktoren wie Arbeitslosigkeit, Bildungsdefizite, schlechte Wohnverhältnisse, mangelhafte Infrastruktur usw.. Gesundheitsförderung überschneidet sich in diesen Fällen mit sozialer Stadterneuerung (vgl. z.B. Buchholz-Weinert 1997; Löns 2000).

Ein Beispiel zur Verbesserung der Gesundheits- und Entwicklungschancen von sozial benachteiligten Kindern findet sich in der Stadt Köln. Dort wurde im Rahmen der Umsetzung des WHO-Programms „Gesunde Städte“ versucht, die Gesundheitssituation in sozialen Brennpunkten zu verbessern. Durch die Kooperation von Professionellen aus verschiedenen Sozialdiensten und Jugendhilfeeinrichtungen wurde ein Gesundheitsbericht erstellt, der besondere lokale Problemlagen und Interventionsmöglichkeiten zum Vorschein brachte. Auf dieser Grundlage bildeten sich fünf Projektgruppen zu den Themen Suchtprävention, Gesundheits- und Wohnumfeld, herkunfts-spezifische Geburtsvorbereitung, Gesundheit in der Ferienfreizeit und Frühförderung (vgl. Abel 2000). Die nachhaltigste Wirkung hatte die Projektgruppe „Frühförderung“, die Maßnahmen zur Gesundheitsförderung in das Regelangebot der Kindergartenbetreuung integrierte und die so betroffenen Eltern die Angst vor Stigmatisierung nehmen und die Bereitschaft zu längerfristiger Mitarbeit sichern konnte (vgl. Abel 2000).

Ein zweites, eher indirekt auf Gesundheit bezogenes Beispiel der Gemeinwesenarbeit ist die „integrative Sanierung“ in Trier-Nord. Bei der „integrativen Sanierung“ wurden physische und soziale Sanierung miteinander verknüpft. Es wurden Genossenschaften gegründet und Wohnblocks mit 106 Wohnungen (ohne Eigenkapital) gekauft. Über die Genossenschaft wurden die Bewohner am Besitz und an der Verantwortung für die Sanierung beteiligt. Sie konnten mitbestimmen, sich am Bewohnerrat beteiligen und Einfluss auf die Planung und Umsetzung der Sanierung nehmen, was neue Verhaltensweisen und eine Aktivierung der Betroffenen hervorbrachte. Die Sanierung selbst beseitigte Gesundheitsrisiken wie Hygienemängel, Schädlingsbefall und feuchtes Raumklima. Sie wurde von arbeitslosen Bewohnern im Rahmen von Beschäftigungs- und Qualifizierungsprojekten durchgeführt, was zu Bildungsgewinn und zur Eröffnung neuer Lebensperspektiven führte. Das Projekt bringt auf diese Weise vielfältige Effekte im Sinne der „Salutogenese“ mit sich (vgl. Buchholz-Weinert 1997, 280).

Gesundheitsförderung im Gemeinwesen setzt am überschaubaren, fassbaren und veränderbaren Lebensort an. Die spezifischen Beschränkungen und Beeinträchtigungen des jeweiligen Settings werden in einem kooperativen und interaktiven Prozess wahrgenommen, um anschließend Wege einer partizipativen, selbstbestimmten Verbesserung des Wohlbefindens und der Lebensqualität zu erarbeiten. Projekte dieser Art können Erfolge aufweisen; sie verhelfen in vielen Fällen zu einer Erschließung brachliegender Ressourcen und zu einem Aktivierungsschub der Beteiligten. Allerdings zeigen sie auch, dass der Setting-Ansatz in der Gesundheitsförderung am jeweiligen Setting und dessen Ressourcen seine Grenzen hat. Stadtteilorientierte Gesundheitsförderung gerät z.B. derzeit in eine Spannung zwischen punktuellen Verbesserungen im Stadtteil und dem sich gegenwärtig verschärfenden Segregations- und Ausgrenzungsdruck auf benachteiligte Stadtgebiete, der zu einer zunehmenden „Spaltung“ der Städte führt (vgl. Reutlinger 2005, 93ff.). In ähnlicher Weise machen ökonomisch bedingte Massentlassungen Aktivitäten zur Gesundheitsförderung im Betrieb zunichte oder führen Deklassierungsprozesse zur Abwertung von Bildungsinstitutionen, was Bestrebungen zur Profilierung als „gesunde Schule“ subvertiert.

Angesichts der aufgezeigten Bedeutung der gesundheitlichen Ungleichheit muss die ressourcenorientierte Gesundheitsarbeit auch darauf zielen, über das jeweilige Setting hinausgehende Ressourcen zu mobilisieren. Insbesondere in Settings, deren Adressaten durch soziale Benachteiligungen charakterisiert sind, macht eine langfristige Verbesserung der Gesundheitssituation eine politische Öffentlichkeitsarbeit und ein sozialpolitisches Engagement notwendig, die soziale Gerechtigkeit und sozialen Ausgleich in einem übergreifenden Horizont einfordern.

Im Hinblick auf die zweite Richtung der Gesundheitsarbeit – die *gesundheitsförderliche Entwicklungs- und Bildungsarbeit* – erscheint es notwendig, die Gesundheit und den Körper von Anfang an umfassend im Horizont Sozialer Arbeit zu verankern. Zu dem Zweck haben wir im „Sächsischen Bildungsplan“, der zur Orientierung der pädagogischen Arbeit in Kindertageseinrichtungen dient, den Bereich der „somatischen Bildung“ an den Anfang der inhaltlichen Bildungsarbeit gestellt. Im Anschluss an das WHO-Konzept zur Gesundheitsförderung wird das „Wohlbefinden“ zur Voraussetzung jeder gelingenden Bildungsarbeit erklärt. Davon ausgehend werden Themen wie Körpersinne und Körperhaltung, Befriedigung basaler Bedürfnisse und Geschlecht, das Verhältnis von Bewegung und kognitiver Entwicklung, Hygiene, Essen und Umgang mit Emotionen in ihrer Bedeutung für den frühkindlichen Bildungsprozess erläutert (vgl. Sting u.a. 2006).

Die soziale Differenz der Gesundheitschancen macht es notwendig, die gesundheitsbezogene Bildungsarbeit mit einer Reflexion der sozialen Bedingungen von Gesundheit zu verknüpfen. Wird Gesundheitsförderung als eine

umfassende Entwicklungs- und Bildungsaufgabe verstanden und mit einer sozialen Reflexivität im Hinblick auf die sozialen Rahmungen individueller Bildungsprozesse verknüpft, kann sie als eine „gesundheitsbezogene soziale Bildung“ verstanden werden (vgl. Homfeldt/Sting 2006, 117ff.). Gesundheitsbezogene soziale Bildung thematisiert die somatischen und gesundheitlichen Aspekte als unumgängliche Bestandteile des Bildungsprozesses. Dies beinhaltet zum einen die Herausbildung von gesundheitsförderlichen Einstellungen und Lebensweisen sowie die Ermöglichung von Kohärenzerfahrungen und zum anderen die Öffnung des Blicks für die sozialen Voraussetzungen und Einbettungen von Bildung. Die gesundheitsbezogene Bildungsarbeit muss deshalb entlang der Zielgruppen und deren Bildungspotentialen differenziert werden.

Ein Beispiel für eine derartige Bildungsarbeit liefert das Projekt „Selbst is(s)t der Mann! Gesunde Ernährung für Jugendliche“, das vom Zentrum für Angewandte Gesundheitswissenschaften in Lüneburg entwickelt worden ist. In dem Projekt wurde versucht, sozial benachteiligte männliche Jugendliche mit ungünstigem Ernährungsverhalten im Rahmen der offenen Jugendarbeit zu erreichen. Mittels gemeinsamer Zubereitung warmer Mahlzeiten sollten die Ernährungssituation, das Gesundheitshandeln und das Ernährungswissen der Beteiligten verbessert werden. Das Angebot wurde von der Zielgruppe sehr gut angenommen; motivierend für die Teilnahme waren vor allem „Hunger“ und der „Wunsch nach Geselligkeit“. Damit wird deutlich, dass sich das Setting „offene Jugendarbeit“ durchaus für eine gesundheitsbezogene Bildungsarbeit mit differenzierten Zielgruppen eignet (vgl. Deneke 2002; www.zukunft.niedersachsen.de/ernaehrung-nb/Deneke-Christiane.pdf, 10.05.2007).

Das letzte Praxisbeispiel stammt aus dem Bereich der Suchtprävention. Suchtprävention stellt ein breit verankertes Feld der Gesundheitsförderung in unterschiedlichen Settings dar. Bei genauem Hinsehen kommt jedoch zum Vorschein, dass sich suchtpreventive Konzepte in den meisten Fällen auf kognitive, emotionale und soziale Kompetenzen und Wissensinhalte konzentrieren und das für Jugendliche charakteristische Bedürfnis nach Körpersensationen ausblenden. Eine Ausnahme bildet z.B. der in Österreich entwickelte bildungsorientierte Präventionsansatz von „Risflecting“, der auf eine positive, entwicklungsfördernde Integration von Rausch- und Risikoerfahrungen zielt. Risflecting übernimmt Elemente der Erlebnispädagogik und verknüpft sie mit reflexiven Anteilen, die Rausch- und Risikoerfahrungen in ihrer Bedeutung als Übergangsrituale und Grenzwahrnehmungen ernst nehmen. Der Ansatz möchte damit der spezifischen sozialen Situation von Jugendlichen gerecht werden, die gruppenbezogene Rauschpraktiken zur Selbstinitiation und zur Hervorbringung von Zugehörigkeiten nutzen. Daraus sind eine Reihe von Projekten für die präventive Jugendarbeit entstanden, wie z.B. „Wagnis Leben“ oder „check your boarders“, die mittels körperbezogener Aktivitäten auf die Etablierung einer gesundheitsförderli-

chen Rausch- und Risikobalancen zielen (Risflecting 2005, www.risflecting.at, 10.05.2007).

Die erwähnten Praxisbeispiele zeigen, dass die Soziale Arbeit in ihren angestammten Handlungsfeldern wie z.B. Kleinkinderbetreuung, Jugendarbeit oder Gemeinwesenarbeit zur Gesundheitsförderung beitragen kann. Sie benötigt zu dem Zweck keine grundsätzlich neuen Arbeitsweisen, sondern eine gesundheitsbezogene Sensibilität und eine Berücksichtigung gesundheitlicher Themen in Theorie und Praxis. Auf diese Weise kann sie bestehende Arbeitsweisen präzisieren und ihre gesellschaftliche Legitimität durch den Nachweis ihrer gesundheitlichen Relevanz erhöhen.

Literatur

- Abel, M.J. (2000): Stadtteilorientierte Projekte zur Verbesserung der Gesundheitschancen von Kindern. In: Altgeld, T./Hofrichter, P. (Hg.): Reiches Land – kranke Kinder? Frankfurt a.M., S. 179-192
- Altgeld, T./Richter, A./Schmidt, T.-A. (2003): Können Gesundheitsförderung und Prävention Grenzen zwischen Gesundheits- und Sozialbereich überwinden? In: Prävention 26, H. 2, S. 40-43
- Antonovsky, A. (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen
- Bauch, J./Bartsch, N. (2003): Gesundheitsförderung als Zukunftsaufgabe. In: Prävention 26, H. 1, S. 3-6
- Böllert, K. (1995): Zwischen Intervention und Prävention. Neuwied, Kriftel
- Brieskorn-Zinke, M./Köhler-Offierski, A. (1997): Gesundheitsförderung in der Sozialen Arbeit. Eine Einführung für soziale Berufe. Freiburg i. Br.
- Buchholz-Weinert, M. (1997): „Hauptsache gesund“? Ansätze der Gesundheitsförderung durch Gemeinwesenarbeit in benachteiligten Stadtgebieten. In: Homfeldt, H.G./Hünersdorf, B. (Hg.): Soziale Arbeit und Gesundheit. Neuwied, Kriftel, S. 269-285
- Deneke, C. (2002): Selbst is(s)t der Mann! Gesunde Ernährung für Jugendliche. Bericht aus einem Bundesmodell. www.zukunft.niedersachsen.de/ernaehrung-nb/Deneke.Christiane.pdf (10.05.2007)
- Franzkowiak, P./Wenzel, E. (2001): Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung. In: Otto, H.-U./Thiersch, H. (Hg.): Handbuch Sozialarbeit/Sozialpädagogik. Neuwied, Kriftel, S. 716-722
- Gesundheitsamt Bremen (2006): Die Auswirkungen sozialer Polarisierung. Zur Entwicklung der Lebenserwartung und Sterblichkeit in ausgewählten Bremer Wohngebieten. Bremen
- Grobe, T.G./Schwartz, F.W. (2003): Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Berlin: Gesundheitsberichterstattung des Bundes, H. 13
- Haberlandt, M./Höfer, R./Keupp, H./Seitz, R./Straus, F. (1995): Risiken und Chancen der Entwicklung im Jugendalter. In: Kolip, P./Hurrelmann, K./Schnabel, E.-P. (Hg.): Jugend und Gesundheit. Weinheim, München, S. 87-109

- Hackauf, H. (2003): Zwischen Konvention und „Coolness“. Jugendliche Lebensstile als Ausdruck von körperbezogenem Risikoverhalten. In: *Diskurs*, 13. Jg., H. 3, S. 18-26
- Hanesch, W. (1995): Armut und Krankheit in Deutschland. In: Laaser, U./Gebhardt, K./Brößkamp, U. (Hg.): *Armut und Gesundheit* (2. Beiheft der Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften 1995). Weinheim, München, S. 6-26
- Höhn, M./Vogelgesang, W. (1999): Körper, Medien, Distinktion. Zum Körperkult und zur Körperkultivierung in Jugendszenen. In: Homfeldt, H.G. (Hg.): „Sozialer Brennpunkt“ Körper. Baltmannsweiler, S. 136-154
- Homfeldt, H.G./Ritter, A. (2005): *Das dicke Kind. Herausforderungen für die Soziale Arbeit*. Baltmannsweiler
- Homfeldt, H.G./Sting, S. (2006): *Soziale Arbeit und Gesundheit. Eine Einführung*. München
- Hübner-Funk, S. (2003): Körperbezogene Selbstsozialisation. Varianten soziokultureller Überformung jugendlicher „Bodies“. In: *Diskurs*, 13. Jg., H. 3, S. 5-9
- Kasten, E. (2006): *Body-Modification. Psychologische und medizinische Aspekte von Piercing, Tattoo, Selbstverletzung und anderen Körperveränderungen*. München
- Keupp, H. (2000): Gesundheitsförderung als Ermutigung zum aufrechten Gang. Eine salutogenetische Perspektive. In: Sting, S./Zurhorst, G. (Hg.): *Gesundheit und Soziale Arbeit*. Weinheim, München, S. 15-40
- Klocke, A. (2001): *Armut bei Kindern und Jugendlichen*. Berlin: Gesundheitsberichterstattung des Bundes, H. 3
- Kolip, P. (2004): Der Einfluss von Geschlecht und sozialer Lage auf Ernährung und Übergewicht im Kindesalter. In: *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz* (47), H. 3, S. 235-239
- Kolip, P./Hurrelmann, K./Schnabel, E.-P. (Hg.) (1995): *Jugend und Gesundheit*. Weinheim, München
- Kracke, B. (2003): Erwachsen werden. Ein bio-psycho-sozialer Blick auf die Entwicklung männlicher Jugendlicher. In: *Diskurs*, 13. Jg., H. 3, S. 10-17
- Labisch, A. (1992): *Homo Hygienicus. Gesundheit und Medizin in der Neuzeit*. Frankfurt a. M., New York
- Löns, N. (2000): Gesundheitsförderung in benachteiligten Stadtteilen. In: Sting, S./Zurhorst, G. (Hg.): *Gesundheit und Soziale Arbeit*. Weinheim, München, S. 116-127
- Mansel, J. (1998): Zukunftsperspektive und Wohlbefinden von sozial benachteiligten Jugendlichen. In: Mansel, J./Brinkhoff, K.P. (Hg.): *Armut im Jugendalter*. Weinheim, München, S. 141-157
- Mersmann, H. (1998): *Gesundheit von Schulanfängern – Auswirkungen sozialer Benachteiligung*. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hg.): *Gesundheit von Kindern*. Köln, S. 60-78
- Mielck, A. (2000): *Soziale Ungleichheit und Gesundheit*. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle
- Mielck, A. (2002): *Gesundheitliche Ungleichheit: Empfehlungen für Prävention und Gesundheitsförderung*. In: Homfeldt, H.G./Laaser, U./Prümel-Philippsen, U./Robertz-Grossmann, B. (Hg.): *Studienbuch Gesundheit*. Neuwied, Krefeld, S. 45-63

- Müller, R. (1995): Thesen zur Gesellschaftlichkeit von Gesundheit. In: Laaser, U./Gebhardt, K./Brößkamp, U. (Hg.): Armut und Gesundheit (2. Beiheft der Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften 1995). Weinheim, München, S. 27-38
- Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung (1995). In: Göpel, E./Schneider-Wohlfart, U. (Hg.): Provokationen zur Gesundheit. Frankfurt a. M., S. 279-283
- Pestalozzi, J.H. (1799/1971): Pestalozzi über seine Anstalt in Stans. Weinheim, Basel
- Reutlinger, C. (2005): Gespaltene Stadt und die Gefahr der Verdinglichung des Sozialraums – eine sozialgeographische Betrachtung. In: Projekt „Netzwerke im Stadtteil“ (Hg.): Grenzen des Sozialraums. Wiesbaden, S. 87-106
- Risflecting (2005): Entwicklungspool für Rausch- und Risikokompetenz. www.risflecting.at (01.03.2007)
- Rosenbrock, R. (1998): Wa(h)re Gesundheit. In: Roeßiger, S./Merk, H. (Hg.): Hauptsache gesund! Gesundheitsaufklärung zwischen Disziplinierung und Emanzipation (Ausstellungskatalog). Marburg, S. 202—216
- Siegrist, J. (1995): Soziale Ungleichheit und Gesundheit: neue Herausforderungen an die Präventionspolitik in Deutschland. In: Laaser, U./Gebhardt, K./Brößkamp, U. (Hg.): Armut und Gesundheit (2. Beiheft der Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften 1995). Weinheim, München, S. 54-63
- Sting, S. (2000): Gesundheit als Aufgabenfeld sozialer Bildung. In: Sting, S./Zurhorst, G. (Hg.): Gesundheit und Soziale Arbeit. Weinheim, München, S. 55-68
- Sting, S./Kleber, S./Klingner, B./Pfeifer, K. (2006): Sächsischer Bildungsplan – ein Leitfaden für pädagogische Fachkräfte in Kindertageseinrichtungen (hrsg. v. Sächsischen Staatsministerium für Soziales). Weimar, Berlin
- Waller, H. (2001): Sozialepidemiologie und Sozialarbeit: Zur Bedeutung und zu den Umsetzungsmöglichkeiten sozialepidemiologischer Forschungsergebnisse in der Sozialen Arbeit. In: Mielck, A./Bloomfield, K. (Hg.): Sozialepidemiologie. Weinheim, München, S. 301-308
- Weltgesundheitsorganisation (WHO) (2007): The European Tobacco Control Report. Kopenhagen
- Wilkinson, R.G. (2001): Kranke Gesellschaften. Soziales Ungleichgewicht und Gesundheit. Wien, New York
- Zimmermann, I./Korte, W./Freigang, M. (2000): Kinder-Gesundheit und Armut aus der Sicht der Gesundheitsberichterstattung in Hamburg. In: Altgeld, T./Hofrichter, P. (Hg.): Reiches Land – kranke Kinder? Frankfurt a. M., S. 109-125

Soziale Arbeit im Gesundheitswesen

Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit lässt sich in drei Bereiche unterteilen:

- in eine Gesundheitsarbeit im Sozialwesen. Ihr geht es in den etablierten Feldern des Sozialwesens wie der Kinder- und Jugendhilfe, der Familienhilfe, der Jugendarbeit, um die Einbindung gesundheitsbezogener Aufgaben;
- in eine sozialpädagogische Gesundheitsförderung. Ihr geht es um die Entwicklung präventiver und gesundheitsfördernder Strategien im sozialpädagogischen, aber auch im schulischen, betrieblichen, stadtteil- wie auch krankenhausbefugten Setting und
- in eine Soziale Arbeit im Gesundheitswesen. Sie umschließt Tätigkeitsfelder einer Sozialarbeit im Krankenhaus, in der Rehabilitation, im öffentlichen Gesundheitsdienst, in der Frühförderung/Sozialpädiatrie, im Hospiz, in der Integrierten Versorgung, in der Pflege, in der Suchthilfe, der Suchtprävention und schließlich insgesamt im Bereich von primary health care (vgl. zu den Handlungsfeldern die UTB-Reihe „Soziale Arbeit im Gesundheitswesen, hrsg. von Homfeldt/Mühlum 2003-2006).

In meinem Beitrag geht es um den dritten Bereich, indem ich versuche, ausgewählte Standortbestimmungen und –perspektiven zu Sozialer Arbeit vorzunehmen bzw. zu entwickeln, und zwar zu gesundheitlicher Ungleichheit und Biographie, zum § 20 SGB V und zum Präventionsgesetz, zu ethischen Standards sowie einer evidenzbasierten Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen und schließlich zu einer internationalen Perspektive sowie zu Forschungsaufgaben. Die Standortbestimmungen und –perspektiven sind spezifische Näherungsbemühungen zu einer Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen, wobei mir die Öffnung des Blicks auf internationale Entwicklungen besonders wichtig ist. Möglicherweise antizipieren und implizieren diese Entwicklungen Aufgaben, die zeitversetzt auch in Deutschland Relevanz erlangen können (Beispiel „disaster management“).

In Differenz zu den beiden erstgenannten Bereichen ist Soziale Arbeit im Gesundheitswesen in erster Linie krankheitsorientiert und entstanden, „um das mit Krankheit verbundene Risiko einer sozialen, beruflichen und finanziellen Benachteiligung zu vermeiden bzw. abzumildern“ (Ortmann/Waller 2005, S. 2). Überdies hat sich im Verlauf des zurückliegenden Jahrzehnts eine Klinische Sozialarbeit (vgl. Geissler-Piltz/Mühlum/Pauls 2005) entwickelt, der es vorrangig um die Behandlung psychosozialer Probleme mit

dem Ziel einer Förderung des Heilungsverlaufes geht. Gleichwohl arbeitet die Klinische Sozialarbeit auch stärkenorientiert, d.h. sie zeigt Heilungswegen auf, „wie die psychosoziale Gesundheit durch Ressourcen und Bewältigung von Lebenslagen erhalten oder gestärkt werden kann“ (Geissler-Piltz/Mühlum/Pauls 2005, S. 28). Einer solchen Orientierung liegt die Annahme zugrunde, dass klinische Sozialarbeiter die Akteure einer psychosozialen Behandlung nicht über ihre Beeinträchtigung definieren. Diese Prämisse korrespondiert mit Ergebnissen einer qualitativ-empirischen Studie von K.M. Kim und M.H. Fox (2006, S. 470-488), in der auf Basis von 18 face-to-face-Interviews mit erwachsenen, bewegungsgehandicapten Personen gezeigt wird, dass diese zwischen ihrem Bewegungshandicap und ihrem gesundheitlichen Zustand zu unterscheiden wissen. Die Studie belegt, dass Personen „with mobility disabilities believe that they have the strength and resilience to be healthy“ (ebd., S. 485).

Soziale Arbeit im Gesundheitswesen ist – nach der Kinder- und Jugendhilfe - mit ca. 40000 sozialversicherungspflichtig Beschäftigten das zweitgrößte Arbeitsfeld dieser Berufsgruppe in Deutschland und hat eine mehr als hundertjährige Geschichte im Krankenhaus, in Rehaeinrichtungen und im Öffentlichen Gesundheitsdienst vorzuweisen. Eine wichtige Aufgabe von Sozialer Arbeit im Gesundheitswesen besteht darin, andere Professionen des Gesundheitswesens, u.a. gilt dies neuerdings auch für die Integrierte Versorgung (vgl. Greuß/Mennemann 2006), für die Bedürfnisse der Klienten/-innen zu sensibilisieren, indem sie selbst diese in ihrem biopsychosozialen Kontext wahrnimmt und versteht, und zwar nicht nur in, sondern auch außerhalb einer Einrichtung (vgl. Dhooper 1997, S. 5). Anders als Dhooper formuliert Franzkowiak (2006, S. 22) einen kritischen Blick auf Soziale Arbeit im Gesundheitswesen. In seiner Sicht unterliegt die professionelle Tätigkeit im Gesundheitswesen einem strukturellen Problem. Die Systeme von Gesundheitsversorgung und sozialer Sicherung folgten einer Ordnung, die Klienten/-innen und Lebenslagen fragmentieren. Die biopsychosoziale Einheit von Gesundheit und gesundheitlicher Störung würde parzelliert. Die professionelle Bearbeitung habe eine kompensatorische Ausrichtung. Die Soziale Arbeit sei zuständig für eine Klientel mit Negativimage wie hohem Armuts- und Abhängigkeitsrisiko. Überdies gebe es bis heute – 2007 – „keine ausgewiesenen heilberuflichen Regelungen – weder für Kernaufgaben wie Krankenhaussozialdienst oder die Sozialarbeit in der Psychiatrie und Rehabilitation noch in suchtttherapeutischen Kliniken und Nachsorgeeinrichtungen“ (Franzkowiak 2006, S. 22f.).

1 Soziale Arbeit: gesundheitliche Ungleichheit – Biographie

Eine zentrale Aufgabe von Sozialer Arbeit im Gesundheitswesen liegt darin, gesundheitlicher Ungleichheit entgegenzusteuern. Im Zuge gesundheitlich beeinträchtigter Armutspopulationen und mit ihr verbundener sozialer Ungleichheit hat die Zahl arbeitsloser Personen, Alleinerziehender, irregulärer Migranten/-innen stark zugenommen und mit ihr gravierende Gesundheitsrisiken (vgl. Rosenbrock/Gerlinger 2006, S. 44). Zusätzliche Gefährdungen erwachsen durch Umweltbelastungen (Schadstoffe, Lärm). Wird in der Regel angenommen, dass vor allem die Kernfaktoren sozialer Ungleichheit (Bildung, Beruf, Einkommen) für gesundheitliche Ungleichheit wichtig sind – dazu findet sich zwischenzeitlich eine Bestätigung durch eine Unzahl empirischer Untersuchungen weltweit –, so rückt neuerdings die Betrachtung zeitlicher und sozialräumlicher Dimensionen gesundheitlicher Ungleichheiten in den Vordergrund. Erkrankungen sind oftmals das Resultat langfristiger Prozesse (vgl. Richter/Hurrelmann 2006, S. 21). Inzwischen ist es gelungen, durch die Erfassung von Einflüssen in frühen Lebensjahren auf Muster gesundheitlicher Ungleichheit im Erwachsenenalter zu schließen. „Die Lebenslaufperspektive stellt damit nicht nur einen neuen Erklärungsansatz dar, sondern ermöglicht auch die bisherigen Ansätze besser als bislang zu fundieren“ (Richter/Hurrelmann 2006, S. 21). Ein lebenslaufbezogener Erklärungsansatz ist am umfassendsten, „da er die Exposition gegenüber materiellen, verhaltensbezogenen und psychosozialen Faktoren von der Geburt bis ins hohe Alter berücksichtigt“ (Richter/Hurrelmann 2006, S. 22).

Lebenslaufperspektive heißt: Einflüsse von Risikofaktoren, Erkrankungen aus früheren Lebensphasen in das Erklärungsmuster von Gesundheit/Krankheit, auch sozialer/gesundheitlicher Ungleichheit im Erwachsenenalter einzubeziehen. Da „Kontextualität und Geschichtlichkeit, also die lebensweltliche Einbettung und die lebensgeschichtliche Gewordenheit sozialer Problemlagen [...] als zentrale Kategorien professioneller Praxis in Sozialer Arbeit formuliert werden [können]“ (Hanses 2004, S. 1), findet Soziale Arbeit im Gesundheitswesen hier einen möglichen Anknüpfungspunkt für professionelles Handeln. Eine spezifische Herausforderung für die professionelle Praxis ist überdies die biographische Diagnostik, wie sie durch Hanses im Rahmen der beruflichen Rehabilitation in einem Rehabilitationskrankenhaus entwickelt und empirisch geprüft worden ist (vgl. Hanses 2002, S. 86-102). Noch übergreifender ist der familienporträtierende Blick über mehrere Generationen, wie er z.B. in der Traumaforschung u.a. (Holocaust-Opfer) vorgenommen wird (vgl. Lev-Wiesel 2007, S. 75-94).

Den Hinweisen auf die lebenslauf- bzw. biographiebezogenen Dimensionen wie auch auf jene, die in klassischer Weise soziale Ungleichheit abbilden,

ist die Sicht gemeinsam „that people can best be understood and helped in the context of the conditions and resources of their social environment“ (Cowles 2000, S. 10). Sozialarbeit im Gesundheitswesen ist befasst mit dem Geflecht von physischen, psychischen und sozialen Gegebenheiten. „Health care refers to individual and societal efforts to prevent health problems from emerging and to maintain current levels of health“ (Cowles 2000, S. 13). Während Heilen (“curing”) der Medizin obliegt, kann “caring” vorrangig Aufgabe von Sozialer Arbeit im Gesundheitswesen sein. „Caring refers to the provision of supportive assistance to (1) promote healthy growth and development, (2) sustain function and relieve distress during a temporary problem episode, and (3) maximize comfort and function when a problem is permanent or even terminal“ (Cowles 2000, S. 14).

Einzubeziehen ist dabei, dass die Soziale Arbeit im Gesundheitswesen in erheblichem Maße beeinflusst ist durch Entwicklungen der Gesundheitspolitik. So hat die Einführung der Fallkostenpauschale in der stationären Versorgung – nicht zuletzt durch die Verweildauer von Klienten/-innen sowie die Managed-Care-Entwicklung, sichtbar vor allem in den USA und der Schweiz – direkte Auswirkungen auf die Tätigkeit von Sozialer Arbeit im Krankenhaus. „Managed Care geht von der Annahme aus, dass ein unkoordiniertes System von Einzelleistungsvergütung (Hausarzt, Facharzt, Apotheke, Krankenhaus, Rehabilitation) zu einer ineffizienten und teuren Versorgung führt“ (Greuèl/Mennemann 2006, S. 126). Den Schwerpunkt bildet eine zentrale Leistungssteuerung sowie -kontrolle durch die Managed-Care-Organisation (ebd., S. 126f.). Entsprechend wird sich Soziale Arbeit im Krankenhaus zunehmend darauf einzustellen haben, dass sie vermehrt mit Klienten/-innen nur „single session contacts“ haben wird (vgl. dazu die qualitativ-empirische Studie von Gibbons und Plath 2005, S. 17-34). Dies ist vielfach noch ungewohnt, wie Gibbons und Plath feststellen (2005, S. 18), denn „social casework literature has been generally based on the assumption that social workers have contact with clients over time.“ In der Sicht von Greuèl und Mennemann ist Deutschland auf dem Weg zu einem „Managed-Care-Land“ (S. 139). Was ergibt sich nunmehr für die Soziale Arbeit? Als Profession, die vorzugsweise im Gesundheitswesen Schnittstellenaufgaben übernimmt, bieten sich gleichwohl vielfältige Chancen (vgl. Greuèl/Mennemann 2006, S. 140ff.): u.a. in der Beeinflussung von Organisationsentwicklung, in der konstruktiven Bearbeitung der Schnittstellen, in der Vernetzungsarbeit, in der Initiierung multiprofessioneller Lernprozesse im Sinne eines koordinierten Miteinanders, in der Ressourcenallokation auf Einzelfallebene und schließlich in der Qualifizierung des Casemanagements.

Bezogen auf den Abbau sozioökonomisch bedingter gesundheitlicher Ungleichheit sind diese Maßnahmen allerdings von eher geringer Bedeutung (vgl. Mackenbach/Bakker 2002, S. 337). Integrierte Versorgung hat offenbar kaum direkte Auswirkung auf soziale und gesundheitliche Benachteiligung.

gung. Insgesamt ist die Zahl der Arbeiten interventionsbezogener Studien jedoch so überschaubar, dass noch keine endgültigen Aussagen anzustellen sind. Zwar gibt es viele Arbeiten, die gesundheitliche Ungleichheit und ihre Wirkfaktoren beschreiben und erklären, jedoch nach wie vor sehr wenige Studien, die wirksame Interventionen vorstellen. Eine europäische Perspektive, gesundheitliche Ungleichheiten zu verringern, stellt der von Mackenbach/Bakker (2002) herausgegebene Sammelband dar. Anhand einzelner Länderstudien wird sichtbar, welche Ansätze wirksamer Maßnahmen und Politiken existieren. Ohne dass Soziale Arbeit explizit angesprochen wird, haben die Interventionen eine große Nähe zu den Handlungsfeldern Sozialer Arbeit: u.a. in Form des Abbaus von Armut durch Beschäftigungsinitiativen sowie der Verbesserung des Lebensstandards durch soziale Sicherung. Neben den „upstream“-Maßnahmen sind „midstream“- und „downstream“-Maßnahmen unerlässlich wichtig. So können Anti-Raucher-Programme bzw. Ernährungsprogramme als „downstream“-Lösungen nur dann wirksam sein, wenn sie zielgruppenbezogen ausgerichtet (vgl. Mackenbach/Bakker 2002, S. 339) und genderbezogen sind. Mackenbach/Bakker stellen fest: „The workplace is a fruitful starting point for identifying health-damaging and health-promoting factors in women’s and men’s work, and for understanding gender differences in socioeconomic inequalities in health“ (2002, S. 341). In zwei Studien aus Schweden zeigt P. Östlin (2002, S. 315-324), dass Interventionen unterschiedliche Wirkungen bei Männern und Frauen zeigen und benennt hierfür auch Gründe (vgl. dazu auch Babisch 2006, S. 271-287).

Mackenbach und Bakker (2002, S. 36) plädieren für eine Kombination von „upstream“- , „midstream“- sowie „downstream“-Lösungen“. „Midstream“-Lösungen z.B. als Bereitstellung einer gesunden Wohnmöglichkeit sind in Verbindung mit einer „upstream“-Lösung (Verbesserung der Arbeitsmöglichkeit und des Einkommens) am ehesten wirksam. „Downstream“-Lösungen (direkte gesundheitsbezogene Interventionen, z.B. gesundes Ernähren, Bewegen) sind dann erfolgreich, wenn sich Arbeit und Wohnen – als Beispiele – gleichermaßen verbessern.

2 Der § 20 SGB V und seine Folgen

Im Spektrum der Gesamtwirtschaft in Deutschland entfällt auf das Gesundheitswesen ein beträchtlicher Kostenanteil (vgl. hierzu im Folgenden die Daten von Rosenbrock/Gerlinger 2006, S. 54f.). Wurden 2003 knapp 240 Milliarden Euro ausgegeben, pro Kopf 2900 €, so waren es noch 1992 nur 2020 pro Kopf €. 2003 betragen die Kosten 11,1 % des BIP. Deutschland liegt hiermit hinter den USA und der Schweiz weltweit an dritter Stelle. Dabei ist die Aufgabenverteilung aufschlussreich. Die Ausgaben für Prävention lagen 2003 bei 11 Milliarden €, was 4,6 % der Gesamtausgaben für Gesundheit entspricht (vgl. Rosenbrock/Gerlinger 2006, S. 66). Zu diesen

Ausgaben gehören die Früherkennung von Krankheiten, Gesundheitsförderung, Selbsthilfeförderung und Primärprävention. Die Ausgaben für Primärprävention und Gesundheitsförderung im engeren Sinne betragen 2003 1,61 € pro Versichertem. Gesetzlich zugelassen waren 2,64 € pro Versichertem. Hinweise über die Möglichkeiten und Grenzen finanzieller Ausgaben finden sich im § 20 SGB V. In ihm sind die der gesetzlichen Krankenversicherung übertragenen präventiven Aufgaben aufgeführt.

Der § 20 SGB V stand in den beiden zurückliegenden Jahrzehnten immer wieder auf dem Prüfstand staatlicher Gesetzgebungsverfahren. Waren 1989 die gesetzlichen Krankenkassen durch das Gesundheitsreformgesetz zur Gesundheitsförderung und Prävention verpflichtet worden und hatten sich viele Kassen positiv auf die neuen Aufgaben eingestellt (vgl. Waller 2006, S. 111), so wurde mit dem Beitragsentlastungsgesetz 1996 der § 20 auf „reine Prävention“ zurückgestutzt. Nach 1998 (Regierungswechsel zu „Rot-Grün“) wurde der § 20 z.T. wieder auf den Stand von 1989 gebracht.

Hervorzuheben ist vor allem im Satz 1 des § 20: „Leistungen zur Primärprävention sollen den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern und insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringen“. Rosenbrock und Gerlinger (2006, S. 66) kommentieren dies lapidar: „Allerdings zeigte die Praxis, dass sich die Kassen dem gesetzlichen Auftrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen nicht in dem trotz aller Handlungsrestriktionen grundsätzlich möglichen Ausmaß zuwandten“. Neben der betrieblichen Gesundheitsförderung gab es weitgehend nur Kursangebote, die von sozial Benachteiligten wenig besucht wurden. Möglicherweise fehlen die wirtschaftlichen Anreize, um eine zielführende Umsetzung des gesetzlichen Auftrages zur Minderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen anzubahnen (vgl. Rosenbrock/Gerlinger 2006, S. 66).

Im Jahr 2005 war die rotgrüne Bundesregierung bemüht, ein „Gesetz zur Stärkung der gesundheitlichen Prävention“ – als vierte Säule der Gesundheitsversorgung – zu verabschieden. An der Finanzierung sollten neben der gesetzlichen Krankenversicherung die gesetzliche Rentenversicherung, die Unfallversicherung und die Pflegeversicherung beteiligt werden. Träger sollte eine auf Bundesebene angesiedelte Stiftung „Prävention und Gesundheitsförderung“ sein, deren Kompetenz sich jedoch auf Umsetzungsempfehlungen begrenzen sollte. Mit Ablehnung der Stimmenmehrheit der CDU-regierten Länder im Bundesrat verfehlte der Gesetzentwurf sein Ziel. Im Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD vom November 2005 wird der Regelungsbedarf des Gesetzesvorhabens zwar noch genannt, aber im Sommer 2007 ist es still um dieses wichtige Gesetzesvorhaben geworden. Eine – für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen in hohem Maße relevante – bundesweit koordinierte Prävention und Gesundheitsförderung liegt damit vorerst auf Eis (vgl. Hajen 2006, S. 3-10). Sie hätte die Leistungs-

erbringung Sozialer Arbeit in ambulanter wie auch in stationärer Versorgung, im Öffentlichen Gesundheitsdienst, aber auch in informellen Systemen wie Primärgruppen und sozialen Netzwerken qualifizieren und differenzieren können. Gleichwohl ist zu erwarten, dass sich das Berufsfeld weiter ausdifferenzieren wird – hin zu einem handlungsorientierten Rahmenkonzept. Was dies beispielsweise für Rehabilitation heißen kann, umschreibt v. Kardorff (1999, S. 347) wie folgt: Es sei anzuknüpfen an der alltäglichen Bewältigung des Lebens mit chronischer Krankheit bzw. Behinderung und ebenso an alters-, gender- wie auch situationsgerechten Formen der Lebensführung. Es seien vorhandene Kompetenzen der Patienten/-innen zu nutzen und Ressourcen zu erschließen, Hilfen an individuelle und familiäre Lebenswelten anschlussfähig zu machen und die Kontinuität des Rehabilitationsprozesses unter Bedingungen möglichst großer Wahlfreiheit und persönlicher Lebensqualität sowie angemessener materieller Bedingungen für ein Leben mit der Krankheit/Behinderung zu sichern. Als weitere Entwicklungstendenzen zeichnet sich für die Soziale Arbeit ab, bei folgenden Bereichen mitzuwirken:

- Evaluationen, Qualitätssicherung und Management gesundheitsbezogener Aufgabenbereiche,
- der Leitung von Sozialstationen,
- der Koordination interprofessioneller Kooperation (vgl. Black 2005, S. 39-55; vgl. das Pilotprojekt zur interprofessionellen Kooperation im Lehrkrankenhaus in Kansas City, Missouri von Kitchen, Brook 2005, S. 1-18),
- der Vernetzung häuslicher und stationärer Pflege,
- beim Aufbau einer professionellen Sterbebegleitung (vgl. Student, Mühlum, Student 2007),
- der Betreuung chronisch kranker Kinder,
- der Angehörigenarbeit in verschiedenen Feldern im Gesundheitswesen,
- „Trauma-Management“ (vgl. dazu in internationaler Perspektive Chan et al. 2006, S. 9-34) und
- der (Erst-)Versorgung von Flüchtlingen, Asylbewerbern, u.a. zur Gewährleistung von diversity awareness (vgl. Lawrence/Kearns 2005, S. 451-461).

3 Zwei thematische Brennpunkte: Ethische Standards und eine evidenzbasierte Soziale Arbeit im Gesundheitswesen

Sozialarbeit im Gesundheitswesen benötigt einen Code of Ethics, der werbebezogene Eckpunkte für das professionelle Handeln zur Verfügung stellt

(vgl. Cowles 2000, S. 48ff.). Zum einen sind diese Eckpunkte identisch mit anderen Code of Ethics der Sozialen Arbeit, zum anderen sind sie jedoch spezifisch ausgerichtet auf das Gesundheitswesen (vgl. Cowles 2000, S. 61ff.). Cowles sieht insbesondere die Notwendigkeit aufgrund der spezifischen Akteursgruppen: Schwerkranke, Sterbende, Demenzerkrankte, Schwerverletzte, vulnerable Gruppen, vor allem aber auch, weil die Akteure oftmals in institutionellen Settings sind: in Krankenhäusern, psychiatrischen Stationen, stationären Hospizeinrichtungen, Schmerzkliniken etc.

Eine Berufsethik konkretisiert Rechte und Pflichten in den Handlungsfeldern. Sie soll vor allem Hinweise liefern für professionelles Handeln in komplexen Situationen und möglichen Konfliktfällen. In der Sozialarbeit im Gesundheitswesen sind handlungsbezogene Entscheidungen nicht selten besonders schwerwiegend, da Diagnosen und Interventionen von großer Tragweite sein können. So fragen Geissler-Piltz, Mühlum, Pauls (2005, S. 124), wie sich die „Wahrheit am Krankenbett“ zu konkretisieren habe.

Nicht zuletzt deshalb regt die International Federation of Social Work (IFSW) die nationalen Verbände an, ethische Standards vor allem für konfliktbezogene Bereiche auszuformulieren und so Professionellen der Sozialen Arbeit für konkrete Situationen Entscheidungshilfen an die Hand zu geben. Feststellbar ist, dass es in Deutschland weder eine Fassung für die verschiedenen Felder von Sozialarbeit im Gesundheitswesen noch für einzelne Felder gibt. So bezieht sich die Klinische Sozialarbeit vorzugsweise auf die Prinzipien der Clinical Social Work (vgl. Geissler-Piltz/Mühlum/Pauls 2005, S. 129f.).

Grundsätzlich gilt jedoch, was J.-C. Student, A. Mühlum und U. Student (2007, S. 122) allgemein wie folgt formulieren: „Ziel aller Sozialarbeit ist es, die Lebensführung und Lebensbewältigung von Menschen auch unter schwierigen Bedingungen zu unterstützen und gleichzeitig eine Verbesserung dieser Bedingungen zu bewirken“. In Bezug auf die Hospizethik spitzt sich die Frage der ethischen Standards noch einmal zu, da sie sich hier an einem „gelingenden Sterben“ und nicht an der Perspektive eines „gelingenden Lebens“ zu orientieren hat.

Gibt es seitens der Sozialen Arbeit keine berufsständisch verbindlichen Standards für die Handlungsfelder des Gesundheitswesens, so liegen ebenso von Seiten der Prävention/Gesundheitsförderung keine verbindlichen Standards vor. Franzkowiak (2006, S. 124f.) verweist auf die neun ethischen Prinzipien und Verantwortlichkeiten, wie sie Brand für Public Health verfasst hat und auf das Ethikraster von Seedhouse, das im Praxislehrbuch von Naidoo und Wills (2003, S. 116ff.) aufgeführt ist. Professionelle sollten in jeder Situation ihre Haltung in vier Aspekten überprüfen:

- in zentraler Hinsicht (z.B. Fördere ich die Autonomie meiner Klienten/-innen?)

- gemäß grundlegender Prinzipien (z.B. Wende ich Schaden ab? Halte ich meine Versprechen?)
- in Bezug auf mögliche Konsequenzen (z.B. Verbessert mein Handeln das Wohl der Klienten/-innen?) und
- in Bezug auf die äußeren Umstände (z.B. Ist meine Arbeit effektiv und effizient?).

Entsprechend heißt es im Code of Ethics der (United States) National Association of Social Workers (1999, S. 22) „to base practice on recognized knowledge, relevant to social work and social work ethics“. Ähnlich formuliert die British Association of Social Workers (2003, S. 8), dass Sozialarbeiter/-innen “maintain and expand their competence in order to provide quality service and accountable practice, appraising new approaches and methodologies in order to extend their expertise”.

In diesen Hinweisen ist gleichermaßen eine Forderung an eine wissenschaftsbasierte Praxisgestaltung Sozialer Arbeit gestellt. Sozialarbeit im Gesundheitswesen – gleich, ob im Krankenhaus, in der Rehabilitation, im Hospizbereich, in der Frühförderung/Sozialpädiatrie – ist analog zu den medizinischen, psychologischen und verwaltungsbezogenen Diensten herausgefordert, ihre wissenschaftsbasierte Ausrichtung unter Beweis zu stellen (Cowles 2000, S. 308ff.). Dies ist unerlässlich nötig, um als feste Größe ihren Platz im Gesundheitswesen behaupten zu können. Aufgrund ihres komplexen Tätigkeitsprofils – z.B. in Form von Beratung, Koordination, Managementverpflichtungen – ist es jedoch schwierig, die Wirksamkeit ihres Handelns wissenschaftsbasiert nachzuweisen. Insofern haben die in den zurückliegenden 15 Jahren entwickelten Konzepte einer evidence-based-practice eine inzwischen differenzierte Kritik erfahren. So heißt es bei Morago (2006, S. 469) – bezogen auf Großbritannien und USA –, evidenzbasierte Praxis Sozialer Arbeit finde starke Zustimmung, aber auch entsprechende Skepsis. Angeführt wird u.a. die Komplexität sozialarbeitsbezogener Praxis, sie sei verortet in einem komplexen Interessengeflecht sozialpolitischer, gesundheitspolitischer und finanzieller Kontexte. Vor allem wird auch eingeworfen, dass der Ansatz, in der Medizin entwickelt, nicht auf das komplexe und facettenreiche Feld Sozialer Arbeit übertragbar sei („involved in multiple social relationships“, „for less predictable than those of pharmacological, physical or surgical in the field of medicine, where participants are generally passive recipients of the intervention“ (Morago 2006, S. 470). Zu einem ähnlich kritischen Ergebnis den deutschsprachigen Raum betreffend kommt Hüttemann (2006, S. 156-167). Er erwähnt, dass sogar Mediziner innerhalb des Paradigmas von evidence-based-medicine eine hermeneutische Kompetenz und Narrativität einforderten (S. 165) und fährt fort (S. 165): „Statt EBM zu kopieren, könnte die Disziplin Sozialer Arbeit den professionstheoretischen Diskurs zur konzeptionellen Konturierung der

clinical expertise einbringen und die Professionsforschung zur Untersuchung der Hybridisierung von wissenschaftlichem Wissen, professionellem Erfahrungswissen, „tacit knowledge“, methodischem und teleologischem Wissen stark machen sowie den Zusammenhang mit Dienstidealen und Berufsethos bestimmen“ (Hüttemann 2006, S. 165, vgl. ausführlich dazu den ersten deutschsprachigen Band zu einer evidenzbasierten Sozialarbeit mit dem Blick einer forschungsbezogenen Nutzung Hüttemann/Sommerfeld 2007).

Auch H.-U. Otto (2007) sieht die Gefahr, dass „Professionalität“ durch „Managerialismus“ ersetzt werden könnte. Anstelle professioneller Entscheidungsmacht könnten „genaue Analysen“ von „Ist-Situationen“ treten, „die anhand ausdifferenzierter Formen von Indikations-, Diagnose- und Assessmentverfahren zu erstellen sind“ ebd. (S. 20). Die Frage jedoch, was im Einzelfall angemessen sei, kann nicht durch eine valide und reliabel geprüfte statistische Wirkungswahrscheinlichkeit erreicht werden. Anstelle von Messbarkeit spricht sich H.-U. Otto für das Kriterium der Angemessenheit aus (S. 20), sich dabei auf A. Sen (1999) beziehend. Die Akteure sollten nicht in eine messbare Richtung verändert werden, vielmehr gehe es darum, sie darin zu unterstützen, den Spielraum für ihre Verwirklichungschancen, d.h. auch ihre Handlungsmächtigkeit zu erweitern (vgl. Homfeldt/Schröer/Schwepe 2006). Dies schafft einen anderen Referenzrahmen für Operationalisierung und Messung.

4 Im internationalen Blick: Soziale Arbeit im Gesundheitswesen

In einem Beitrag über den Stand Sozialer Arbeit im Gesundheitswesen in ausgewählten Ländern weltweit stellt Auslander (2001, S. 201) fest: „Social work in health care was one of the first fields of professional practice to be established and remains one of the largest sectors of the profession in most developed countries“. Tätig in Krankenhäusern, Rehakliniken, im Hospiz/Palliative Care etc. ist Soziale Arbeit mit den Werten und Zielen dieser Einrichtungen konfrontiert, z.B. mit den in vielen Ländern praktizierten Bemühungen um eine Kostensenkung („to contain costs, the organizations are emphasizing shortterm intervention“; Glicken 2007, S. 13).

Entwickelte sich Soziale Arbeit im Gesundheitswesen weltweit in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts sehr unterschiedlich, so glichen sich im Zuge ihrer Etablierung in den zurückliegenden vier Jahrzehnten die Konzepte zunehmend einander an, bezogen auf die Qualität, die Anstrengungen ihrer Sicherung wie auch einer weitergehenden Spezialisierung (vgl. Auslander 2001, S. 203). Neue Herausforderungen wie AIDS, das Wiederauftauchen „alter“ Krankheiten wie TB, die mit dem Klimawandel gravierender werdenden Naturkatastrophen, kriegsbezogene Traumata und ihre Bewältigung

(vgl. Jamil 2006, S. 85-98), aber auch Terrorakte und ihre Bewältigung haben die Tendenz zu einer Spezialisierung in Bezug auf „disaster management“ (vgl. Pockett 2006, S. 131-149) gefördert. So illustriert Pockett (2006) anschaulich die Tätigkeit Sozialer Arbeit im Krankenhaus im Bereich des „disaster management“. Die Autorin schreibt: „The development of the role and its integration into the mainstream disaster response has progressed over the last two decades. Recent international events have given affirmation to the importance of this role“ (ebd., S. 131). Ein solches Betätigungsfeld ist in deutschen Krankenhäusern gegenwärtig wenig vorstellbar. Die Tätigkeitsprofile sind nicht nur von Klinik zu Klinik unterschiedlich, sondern auch von Land zu Land.

Unterschiedlich ist jedoch in Einzelländern die der Sozialen Arbeit zugeschriebene Bedeutung. So stellt Auslander (2001, S. 212) in Bezug auf Israel fest: „In Israel, social workers are mandated to be involved in a wide range of circumstances, such as domestic violence and suspected abuse, surrogate pregnancies, requests for abortion, in vitro fertilization, organ transplants“. Hick (2002, S. 117) stellt für Kanada fest, dass Sozialarbeiter/-innen in der Gesundheitsversorgung eine Schlüsselrolle einnehmen. Für medical social work sei dabei vor allem die Teamarbeit mit anderen Professionen von großer Bedeutung. Der Sozialen Arbeit fallen dabei vor allem eine soziale, kulturelle, mentale und spirituelle Aufgabe zu (vgl. Hick 2002, S. 132). Bemerkenswert ist die Ausdifferenzierung krankenhausbbezogener sozialer Dienste. So stellen Sulman et al. (2007, S. 145-154) am Beispiel eines kanadischen Lehrkrankenhauses die Arbeit von Büros für Diversität und Menschenrechte durch einen Sozialarbeiter dar. Ziel der Arbeit ist eine umfassende kulturelle Kompetenz der Krankenhausmitarbeiter/-innen im fachlichen Umgang mit den Patienten/-innen.

5 Tätigkeitsprofile und Forschungsaufgaben

Zu Beginn des 21. Jahrhunderts orientieren sich die Aufgaben von Sozialarbeit im Gesundheitswesen:

- an steigenden chronischen Erkrankungen bei gleichzeitigem Älterwerden der Menschen,
- an sozialen Problemen wie Armut, Gewalt, Missbrauch, AIDS, aber auch zunehmend an Naturkatastrophen wie auch sozialen Katastrophen (Krieg, Terrorakte) (vgl. Glick 2007, S. 281-297),
- an steigenden Ansprüchen im Nachweis wirksamer Unterstützung und damit verbunden
- am besseren Verstehen der Akteure in ihren sozialen Bezügen,
- an der Sicherstellung eines gleichen Zugangs zum Gesundheitswesen für alle.

Obwohl benachteiligte Gruppen einen gleichen Zugang am dringendsten benötigen, haben sie trotz flächendeckender Gesundheitsdienste nach wie vor einen ungleichen Zugang zu ihnen (vgl. Paterson/Judge 2002, S. 169-187). Für eine zielführende Sozialarbeit im Gesundheitswesen ist das Wissen über Alltagspraktiken in Bezug auf Ernähren, Bewegen, Gefährdungen, kurzum die Lebensführung benachteiligter Bevölkerungsgruppen unzureichend und deshalb nachhaltig zu verbessern. Hier sollte Soziale Arbeit Forschungsakzente setzen:

- zur Erreichbarkeit und Ansprechbarkeit benachteiligter Gruppen,
- über Risikobelastungen und den Umgang mit ihnen,
- über Versorgungsnutzungen und ihre Hemmnisse,
- über Nutzung präventiver Angebote und ihrer Qualitätswahrnehmung und schließlich
- über die Gesundheitsressourcen.

Letztere spielen für die Vermeidung wie für die Bewältigung von Gesundheitsrisiken und -problemen eine große, aber bislang wissenschaftlich nicht vollständig erkannte Rolle (vgl. Rosenbrock/Gerlinger 2006², S. 63), nicht nur in der Primär-, sondern auch in der Sekundär- und Tertiärprävention, vor allem aber auch in der Bewältigung massiver Belastungen durch Naturkatastrophen (zum einen Tornados wie Katrina in New Orleans, vgl. Pyles 2007, S. 321-333, aber auch in der gemeinwesenbezogenen Vorbereitung auf Naturkatastrophen (vgl. Mathbor 2007, S. 357-369), sozialen Katastrophen (als Folge von Terrorakten, Krieg, aber auch physischer wie psychischer Gewalt).

Eine weitere wichtige Forschungsaufgabe sei abschließend benannt: Sie resultiert aus der Genetisierung der Lebens- und Gesundheitsgeschichte eines jeden Menschen (vgl. Franzkowiak 2006, S. 16 f.). Gegenüber einer prädiktiv operierenden Medizin, der es um ein detektivisches Lesen im Erbgut und um die Suche nach riskanten Genotypen geht, hat die Soziale Arbeit eine forschungsethische Aufgabe als Menschenrechtswissenschaft. Soziale Arbeit kann hier ihre Erkenntnisse im Umgang mit Stigmatisierungsgefährdungen einbringen.

Literatur

- Auslander, G. (2001): Social Work in Health Care: What have we acquired? In: Journal of Social Work, 1. Jg., Heft 2, S. 201-222
- Babitsch, B. (2006): Die Kategorie Geschlecht: Implikationen für den Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit. In: Richter, M./Hurrelmann, K. (Hrsg.): Gesundheitliche Ungleichheiten. Wiesbaden, S. 271-287

- Black, K. (2005): Advance Directive Communication Practices: Social Workers' Contributions to the Interdisciplinary Health Care Team. In: *Social Work in Health Care*, Vol 40, Heft 3, S. 39-55
- British Association of Social Workers (2003): Code of Ethics for Social Work
- Chan, C.L.W. et al. (2006): The Strength-Focused and Meaning-Oriented Approach to Resilience and Transformation (SMART): A Body-Mind-Spirit Approach to Trauma Management. In *Social Work in Health Care*, Vol 41, No 213, S. 9-36
- Cowles, L.A. Fort (2000): *The Social Work in the Health Field*. New York, London, Oxford
- Dhooper, S.S. (1997): *Social Work in Health Care in the 21st Century*
- Franzkowiak, P. (2006): *Präventive Soziale Arbeit im Gesundheitswesen*. München
- Geissler-Piltz, B./Mühlum, A./Pauls, H. (2005): *Klinische Sozialarbeit*. München
- Gibbons, J./Plath, D. (2005): „Everybody puts alot into it!“ Single session contacts in Hospital Social Work. In: *Social Work in Health Care*, Vol 42, No 1, S. 17-34
- Glicklen, M.D. (2007): *Social Work in the 21st Century*. Thousand Oaks/Cal.
- Görres, S. et al. (2006): *Strategien der Qualitätsentwicklung in Pflege und Betreuung. Genesis, Strukturen und künftige Ausrichtung der Qualitätsentwicklung in der Betreuung von Menschen mit Pflege- und Hilfebedarf*. Heidelberg
- Gruel, M./Mennemann, H. (2006): *Soziale Arbeit in der Integrierten Versorgung*. München
- Hajen, L. (2006): Neue Chancen für Präventionsgesetz. In: *Gesundheitswesen*, 68. Jg., Heft 1, S. 3-10
- Hanses, A. (2002): Biographische Diagnostik als Veränderung professioneller „Interaktionsordnung“. In: Dörr, M. (Hrsg.): *Klinische Sozialarbeit – eine notwendige Kontroverse*. Baltmannsweiler, S. 86-102
- Hanses, A. (2004): Einleitung. In: Hanses, A. (Hrsg.): *Biographie und Soziale Arbeit*. Baltmannsweiler, S. 1-5
- Hick, St. (2002): *Social Work in Canada*. Toronto
- Homfeldt, H.G./Schröer, W., Schweppe, C.: *Transnationalität, soziale Unterstützung, agency*. Nordhausen
- Homfeldt, H.G./Sting, S. (2006): *Soziale Arbeit und Gesundheit. Eine Einführung*. München
- Hüttemann, M. (2006): Evidence-based Practice – ein Beitrag zur Professionalisierung Sozialer Arbeit? In: *neue praxis*, 36. Jg., Heft 2, S. 156-167
- Jamil, H. et al. (2006): Iragi Gulf War Veteran Refugees in the U.S.: PTSD and Physical Symptoms. In: *Social Work in Health Care*, Vol 43, No 4, S. 85-98
- Kardorff, von E. (1999): *Soziale Arbeit und Soziale Dienste im Gesundheitswesen*. In: Chassé, K.A./Wensierski, H.-J. (Hrsg.): *Praxisfelder der Sozialen Arbeit*. Weinheim, München 1999, S. 343-359
- Kim, K.M./Fox, M.H. (2006): Moving to a Holistic Model of Health among Persons with Mobility Disabilities. In: *Qualitative Social Work*, Vol. 5, Heft 4, S. 470-488
- Kitchen, A./Brook, J. (2005): Social Work at the Heart of the Medical Team. In: *Social Work in Health Care*, Vol 40, No 4, S. 1-18
- Lawrence, J./Kearns, R. (2005): Exploring the “fit” between people and providers: refugee health needs and health care services in Mt Roskill, New Zealand. In: *Health and Social Care in the Community*, Vol 13, No 5, S. 451-461
- Lev-Wiesel, R. (2007): Intergenerational Transmission of Trauma across Three Generations. In: *Qualitative Social Work*, Vol 6, No 1, S. 75-94

- Mackenbach, J.P. et al. (2002): Strategies to reduce socioeconomic inequalities in health. In: Mackenbach, J.P./Bakker, M.J. (Hrsg.): Reducing inequalities in health. London, New York, S. 25-49
- Mackenbach, J.P./Bakker, M.J. (Hrsg.) (2006): Reducing Inequalities in Health: A European Perspective. London, New York 2002
- Magill, M. (2006): The Future of Evidence in Evidence-based Practice. In: Journal of Social Work, Vol 6, Heft 2, S. 101-115
- Mathbor, G.M. (2007): Enhancement of community preparedness for natural disasters: The role of social work in building social capital for sustainable disaster relief and management. In: International Social Work, Vol 50, No 3, S. 357-369
- Morago, P. (2006): Evidence-based practice: from medicine to social work. In: European Journal of Social Work, Vol 9, No 4, S. 461-477
- Naidoo, J./Wills, J. (2003): Lehrbuch der Gesundheitsförderung. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.). Köln, Gamburg
- National Association of Social Workers (1999): Code of Ethics. Washington DC: NASW Press
- Östlin, P. (2002): Gender perspective on socioeconomic inequalities in health. In: Mackenbach, J., Bakker, M.J. (Hrsg.): Reducing Inequalities in Health: A European Perspective. London, New York, S. 315-324
- Ortmann, K.-H., Waller, H. (Hrsg.) (2005): Gesundheitsbezogene Sozialarbeit. Baltmannsweiler
- Otto, H.-U. (2007): Zum aktuellen Diskurs um Ergebnisse und Wirkungen im Feld der Sozialpädagogik und Sozialarbeit – Literaturvergleich nationaler und internationaler Diskussion. In: Forum Jugendhilfe, Jg. ... H. 2, S. 18-20
- Paterson, I./Judge, K. (2002): Equality of access to health care. In: Mackenbach, J./Bakker, J. (Hrsg.): Reducing Inequalities in Health: A European Perspective. London, New York, S. 169-187
- Pyles, L. (2007): Community organizing for postdisaster social development: Locating social work. In: International Social Work, Vol 50, No 3, S. 321-333
- Payne, M. (2001): Knowledge Bases and knowledge Biases in Social Work. In: Journal of Social Work, Vol 8, No 2, S. 133-146
- Pockett, R. (2006): Learning from Each Other: The Social Work Role as an Integrated Part of the Hospital Disaster Response. In: Social Work in Health Care, Vol 43, No 2/3, S. 131-149
- Richter, M./Hurrelmann, K. (2006): Gesundheitliche Ungleichheit: Ausgangsfragen und Herausforderungen. In: Richter, M./Hurrelmann, K. (Hrsg.): Gesundheitliche Ungleichheit. Wiesbaden, S. 11-31
- Rosenbrock, R./Gerlinger, T. (2006²): Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung. Bern
- Sen, A. (1999): Development as Freedom. New York
- Sommerfeld, P./Hüttemann, M. (Hrsg.) (2007): Evidenzbasierte Soziale Arbeit. Nutzung von Forschung in der Praxis. Baltmannsweiler
- Student, J.-C., Mühlum, A., Student, U. (2007²): Soziale Arbeit im Hospiz und Palliative Care. München
- Sulman, J. et al. (2007): Does Difference Matter? Diversity and Human Rights in a Hospital Workplace. In: Social Work in Health Care, Vol 44, No 3, S. 145-159
- Waller, H. (2006): Gesundheitswissenschaft. Eine Einführung in Grundlagen und Praxis. Stuttgart

Gerd Stecklina

Gesundheits- und Körperbewusstsein von Männern

Medizinische und sozialwissenschaftliche Zugänge

Die in letzten zehn bis fünfzehn Jahren im Kontext der Geschlechterforschung geführten Diskussionen um Männlichkeitsstereotype, männliche Hegemonie, doing gender und individuelles Mann-Sein hatten nicht zur Folge, dass sich die verschiedenen Wissenschaftsdisziplinen in Deutschland entscheidend der Thematik „Gesundheit und Männer“ – abgesehen von wenigen Autoren¹ – zuwandten bzw. das Thema in der Fachöffentlichkeit einen wahrnehmbaren Effekt hinterließ. Erst langsam, dafür in den letzten ein bis zwei Jahren nachdrücklicher, gewinnt das Thema „Männergesundheit und Gesundheitsverhalten von Männern“ in Deutschland zunehmend in den Wissenschaften (Medizin, Psychologie, Soziologie, Gesundheitswissenschaften, Pädagogik, Anthropologie) an Relevanz.

Im Gegensatz zu der überfälligen Aufmerksamkeit in den Wissenschaften boomt das Thema „Männergesundheit“ in der Öffentlichkeit bereits seit Jahren² und ist zugleich zu einem wichtigen Wirtschaftsbereich für die Kosmetik- und Sportindustrie sowie die Pharmazie geworden. Lifestyle-Zeitschriften wie Men's Health, GQ und BestLife propagieren Gesundheit als wesentliches Charakteristikum für den – in Beruf und im Leben erfolgreichen – modernen Mann.³ Dass diesbezüglich die Gesundheits-, Kosme-

1 Autoren wie Bründel/Hurrelmann (1999), Winter/Neubauer (1998) Klotz (1998), Kollip (1997) und Felder/Brähler (1992) diskutieren in ihren Veröffentlichungen das Thema „Männergesundheit“ bereits seit Jahren.

2 Die Beiträge zu Erkrankungsrisiken von Männern, zum Gesundheitsbewusstsein und -handeln von Männern in den Printmedien (Zeitungen, Zeitschriften, Internet) sind kaum noch zu überblicken. Hinzu kommen Angebote von Weiterbildungskursen (z.B. durch die Volkshochschulen), die Initiierung von Männergesundheitstagen und Tagungen in verschiedenen Städten, Männerforumsseiten im Internet, chatrooms etc.

3 In den Zeitschriften Men's Health, GQ und BestLife – deren Zielgruppe vor allem erfolgreiche junge Männer und Männer im Erwerbsalter sind – werden vor allem Themen wie beruflicher Erfolg, Minimierung von Gewichtsproblemen, Sport und Fitness, sexuelle Potenz und Liebesleben, (erfolgreicher, vom Mann bestimmter) Umgang mit Frauen, das unterschiedliche Verhalten, die ungleiche Gefühlswelt und das

tik- und Sportindustrie nicht zurückstehen kann und den „Mann“ als Zielgruppe für die eigenen wirtschaftlichen Interessen „entdeckt“ hat, zeigen nicht nur Werbeeinheiten in den genannten Zeitschriften, sondern auch eine Vielzahl von e-mails auf den heimischen Computern, in denen für Haar- und Hormonbehandlungen, Viagra ohne Rezept, natürliche oder operative Penisverlängerung, Gels nach aktiver sportlicher Betätigung bzw. bei Sportverletzungen, Kontaktlinsen, Kosmetikprodukte für den modernen Mann etc. geworben wird. Deutlich wird aber in diesem Zusammenhang auch, dass beim Thema „Gesundheitsverhalten und -bewusstsein von Männern“ einerseits sich die Interessen von Pharmazie, Kosmetikbranche und Schönheits- und Sportmedizin mit denen der Medizin zum Teil überschneiden und andererseits die Forschungsergebnisse der Medizin mitunter massenwirksam aufbereitet und zugespitzt in Printmedien publiziert werden.

Eine erste Sichtung von Veröffentlichungen zum Thema „Gesundheitsverhalten und -bewusstsein von Männern“ in den Printmedien und der Wissenschaft zeigt des weitern, dass „Gesundheit von Männern“ besonders zu einem Forschungsgegenstand der Medizin geworden zu sein scheint. Relativ schnell kann man hierbei den Eindruck gewinnen, dass Fragen des Zusammenhangs von Gesundheit und Mann-Sein besonders unter einem medizinischen und persönlichkeitszentrierten Focus erörtert werden, wobei nicht in Abrede gestellt werden soll, dass durch die Medizin zunehmend auch Fragen sozialökonomischer Strukturen und deren Einfluss auf das Handeln von Männern, deren Erwerbszentriertheit, deren sozialen Beziehungsstrukturen und deren sozialen Status diskutiert werden. Außen vor bleiben dabei jedoch weiterhin die strukturellen Bedingungen von Männlichkeit und männlicher Identität, der Wandel von Männlichkeitsentwürfen in der Moderne (zwischen Geschlechternivillierung, erweitertem Mann-Sein und maskuliner Aufforderung), die interaktionsbezogene Ebene von Geschlecht sowie die hinter dem jeweiligen Handeln liegende individual-psychologische Dimension⁴.

In den wissenschaftlichen Veröffentlichungen und Vorträgen der medizinischen Disziplin zur Männergesundheit lassen sich 3 zentrale Themenkreise deduzieren:

Erstens werden in den medizinischen Veröffentlichungen eine Reihe von konkreten Fakten und Forschungsergebnissen zu spezifischen Erkrankungs-

verschiedenartige Denken von Frauen und Männern, Leistungsfähigkeit und Anti-Aging, Bodybuilding, Bodystyling erörtert.

⁴ Wird bei Individuen nach den hinter dem jeweiligen Handeln liegenden Grundmustern gefragt, müssen nicht nur die individuellen Persönlichkeitseigenschaften bzw. Verhaltenstendenzen analysiert, sondern auch die hinter dem Handeln liegenden psychischen Grundmuster erörtert werden.

risiken von Männern (insbesondere Herzkreislauf- und Krebserkrankungen, männliches Risikoverhalten und dessen gesundheitsgefährdende Folgen, Übergewicht und Fettleibigkeit, Sexualstörungen, Sucht, Alterungsprozesse und Lebenserwartung) diskutiert, um aus den beschriebenen Krankheitsrisiken auf Präventionsmöglichkeiten und -programme für Männer, die der Vorbeugung von Krankheiten im Allgemeinen und von Risikoerkrankungen von Männern im Speziellen⁵ sowie medizinische Behandlungsmöglichkeiten bei Erkrankungen dienen, aufmerksam zu machen. In diesem Zusammenhang wird pauschal an die Selbstsorge und Eigenverantwortlichkeit der »Männer« appelliert. Dies kann aber auch bedeuten, dass ausschließlich Männer, die über die entsprechenden individuellen und sozialen Ressourcen bzw. über das entsprechende kulturelle Kapitel verfügen, sich davon angesprochen fühlen und präventive Angebote wahrnehmen, während Männer aus sozialen Milieus und Beziehungszusammenhängen, in denen Themen wie gesunde Ernährung, ein bewusster Umgang mit den eigenen Gefühlen und Bedürfnissen, mit Selbstsorge und mit dem eigenen Mann-Sein aus den unterschiedlichsten Gründen kaum oder nicht präsent sind, nur bedingt ein aktives Vorsorgehandeln an den Tag legen. Motive, die dazu führen, dass Männern die Aufforderung zum eigenen Engagement in Gesundheitsfragen verwehrt bleibt, können sein:

- (1) sie haben eine aktive Auseinandersetzung mit Gesundheitsfragen nicht „erlernt“,
- (2) ein aktives Engagement in Gesundheitsfragen entspricht nicht ihrem individuellen Männlichkeitsentwurf und/oder
- (3) strukturelle Gegebenheiten verhindern bei ihnen den bewussten Umgang mit ihrer Gesundheit.⁶

Die Problematik des fehlenden Selbstbezugs und damit der Bereitschaft von Jungen und Männern, Verantwortung für sich und andere zu übernehmen wird in den Sozialwissenschaften bisher ebenfalls nur bedingt diskutiert, und wenn, dann im Zusammenhang mit dem Gewalthandeln von Jungen und Männern.⁷

5 Themen sind hierbei insbesondere die gesunde Lebensweise von Männern und Vorsorgeuntersuchungen für Männer.

6 Zum zivilgesellschaftlichen Status von Individuen vgl. Stecklina/Stiehler 2006; zum Zusammenhang von Bedürftigkeit, Gewalt und Sorge vgl. Böhnisch 2001

7 Dabei wird Gewalt als Ausdruck des externalisierten Umgangs von Jungen und Männern mit der eigenen inneren Hilflosigkeit beschrieben. Gewalthandeln von Männern wird in diesem Zusammenhang von Gruen als Ausdruck des gesellschaftlichen Ausgesetztseins des Menschen definiert, welches bestimmt sei vom Zwang zur Unterdrückung der eigenen Bedürfnisse und der Verleugnung der eigenen Hilflosigkeit (vgl. Gruen 1992).

Zweitens werden in Veröffentlichungen der medizinischen Wissenschaft Fakten und Forschungsergebnisse zur jeweiligen Erkrankung, zum Krankheitsverlauf (z.B. Veränderungen des betroffenen Organs bzw. des Körpers) und zu den kurativen Möglichkeiten vergleichsweise detailliert dargestellt, wobei sowohl das Salutogenese-Konzept als auch der pathologisch-kurative Ansatz die Basis für die Erörterung bilden können. Deutlich wird hierbei desgleichen, dass wenn die Autoren vom Gesundheitsverhalten von Männern sprechen, vorwiegend *nicht* gesundheitsfördernde und -erhaltende Aspekte männlicher Lebensentwürfe *sondern* die Erkrankungsrisiken von Männern und die medizinischen Verlaufsdarstellungen der jeweiligen Krankheit in den Blick genommen werden. Außen vor bleiben in diesem Zugang aber sowohl die gesundheitsfördernden Ressourcen von (auch traditionellen) männlichen Lebensentwürfen als auch die strukturellen Bedingungen, die wesentlich die Lebensentwürfe von Männern mitbestimmen.⁸ In der sozialwissenschaftlich orientierten Männer(gesundheits)forschung wird im Gegensatz dazu gerade den strukturellen Bedingungen ein hoher Stellenwert bei der Herstellung des individuellen Mann-Seins beigemessen, insbesondere den tradierten Geschlechterstereotypen und den modernen Anforderungen der Arbeitswelt (vgl. Bründel/Hurrelmann 1999, Böhnisch 2004). Dabei gelingt es der sozialwissenschaftlichen Männerforschung bisher ebenso wenig wie der Medizin, das defizitorientierte Männlichkeitsbild um ein Ressourcenorientiertes zu erweitern. So ist u.a. zu fragen, warum Jungen und Männer im Vergleich zu Mädchen und Frauen bis vor wenigen Jahren prozentual um ein Vielfaches weniger von Erkrankungen wie Anorexie und Bulimie betroffen waren, warum Sport und Konkurrenzverhalten nicht auch das Selbstwertgefühl von Männern und bei ihnen soziale Kompetenzen befördern sollte (vgl. Pühse 1990; Reischach 2000) und ob nicht die Ergebnis- und Lösungsorientierung sozialer Netzwerke von Männern nicht auch positive Aspekte für die Gesundheit haben kann? Denn auch das traditionelle Lebenskonzept von Männern beinhaltet einen spezifischen Umgang mit dem eigenen Körper, und unterstützt sowohl gesundheitsfördernde wie krankheitsbegünstigende Prozesse. Printmedien, wie die Zeitschrift „Men’s Health“ beschreiben diesen Sachverhalt mitunter bildhaft, überspitzt und auf eine zu hinterfragende Weise durch Aussagen wie folgende: „Richtige Männer sind keine Weicheier und rennen nicht bei

⁸ In den Sozialwissenschaften wird deshalb zunehmend von einer Multiperspektive bei der Analyse individueller und sozialer Problemstellungen ausgegangen, der Intersektionalitätsanalyse. Dabei wird unter Intersektionalität der Anspruch der Forschung verstanden, gleichzeitig eine Reihe von Kategorien (z.B. Klasse, Ethnizität, Geschlecht, Alter, sozialer Status, soziale Ungleichheit, Kapitalausstattung, Ressourcen, sexuelle Orientierung, Gesundheit, Religion, Weltanschauung, Nationalität) zur Basis der eigenen Untersuchungen zu erheben. Zugleich soll die Analyse unter Hinzuziehung von subjekt-, interaktions- und strukturbezogenen Erklärungsmodellen erfolgen.

jedem Wehwehchen zum Onkel Doktor! Trotzdem ist es gut, ab und zu auf ihr Herz zu hören“ (Men’s Health 2007, 7. S. 115).

Drittens nehmen die medizinischen Annahmen zumeist ihren Ausgang bei der eher allgemein gehaltenen Annahme, dass Männer seltener als Frauen zum Arzt gehen. Teilweise wird dies mit Zahlen der Arztbesuche von Frauen und Männern empirisch abgesichert. Männer würden, so die überwiegend sich daraus ableitende pauschalisierende These, einen sorgloseren Umgang mit ihrer Gesundheit als Frauen an den Tag legen⁹, wobei sich diese Feststellung ausschließlich auf die von den Mediziner diagnostizierten Krankheitsrisiken und auf die Untersuchung der Arztbesuche von Männern bezieht. Jedoch ist der generalisierende Befund, dass Männer deshalb einen anscheinend sorgloseren Umgang mit Gesundheit und Krankheit an den Tag legen, eigentlich nicht ableitbar. Lediglich die Konsequenz, dass Männer anscheinend anders als Frauen mit Erkrankungsrisiken umgehen, kann hieraus erst einmal gezogen werden. Ob allerdings global Männern unterstellt werden kann, dass sie weniger als Frauen auf ihre Gesundheit achten bzw. gesundheitsgefährdender handeln, kann durch die vorliegenden empirischen Daten zur gesundheitlichen Vorsorge und zu Arztbesuchen von Männern nicht eindeutig bestimmt werden. Von verschiedenen Autoren wird in diesem Zusammenhang die These vertreten, dass Männer auch durch die Strukturen in Arztpraxen und Gesundheitszentren sowie die geschlechtertypisierenden Annahmen des medizinischen Personals daran gehindert werden, sich intensiver bzw. „männergerecht“ mit Gesundheit und Krankheit auseinander zu setzen. Hier könnten wahrscheinlich Untersuchungen zu den Prozessen der männlichen Sozialisation und Lebensgestaltung sowie zu den geschlechterverdeckenden Strukturen in der medizinischen Praxis Antworten geben.

Dass Männer sehr wohl um die gesundheitsgefährdenden Aspekte ihres eher risikobehafteten Lebensstils wissen, hat Faltermeier in einer Studie nachgewiesen. Synchron gelangt er zu der Erkenntnis, dass sich Männer im Interesse sozial und individuell erwünschter Verhaltensanforderungen mit dem risikobehafteten Lebensstil arrangieren bzw. Risikohandeln „als Bewältigungsversuche von psychischen Belastungen“ definieren (Faltermaier 1998, 72). Sozial und individuell erwünschte Verhaltensanforderungen, die von Männern erwartet werden, die aber einem gesundheitsförderndem Handeln und Verhalten entgegenstehen, können dabei sein:

- Absicherung der eigenen Berufstätigkeit bzw. der beruflichen Karriere – und der an sie gestellten hohen Erwartungshaltungen –, die

9 Die Ursachen für das anscheinend eher gesundheitsgefährdende Handeln von Männern werden dabei in der Sozialisation von Männern sowie im Lebenslauf von Männern vermutet.

- für Männer (und zunehmend auch für die Frauen) zudem mit einem hohen identitätsstiftenden Wert von Arbeit verbunden ist;
- finanzielle Absicherung von individuell und sozioökonomisch erwünschten Bedürfnissen [Familiengründung, Kreditaufnahme für Haus und Auto, Aufrechterhaltung einer umfangreichen Freizeitgestaltung und von sportlichen Aktivitäten];
- Gebrauch von legalen und illegalen Drogen zur Identitätsstiftung und Absicherung individueller Problemlagen sowie als akzeptierte Gruppennorm.

Aber auch die Entwertung der eigenen Biographie und damit einhergehendem Selbstwertverlust – durch Arbeitslosigkeit, Trennung/Scheidung, soziale Marginalisierung etc. – können wie fehlende soziale Netzwerke und unzureichend vorhandene individuelle Ressourcen sowie begrenzte Kapitalausstattung – dazu beitragen, dass Männer ein eher gesundheitsgefährdendes Verhalten und Handeln an den Tag legen. Das andererseits bei Jungen und Männern aber sehr wohl die Bereitschaft vorhanden ist, sich mit ihrer eigenen männlichen Sozialisation und dem individuellen Mann-Sein auseinanderzusetzen, einen erweiterten individuellen Männlichkeitsentwurf zu leben bzw. ein gesundheitsbewusstes Verhalten an den Tag zu legen, wird in der Studie von Winter/Neubauer (1998) zu gesundheitlichen Aspekten von Jungen und jungen Männern offenbar. Zu fragen ist aber zugleich, ob Jungen und Männern hierfür immer die richtigen Settings und sozialräumlichen Bedingungen zur Verfügung stehen bzw. Menschen in institutionellen Kontexten (Familienmitglieder, Arbeitskollegen, Pädagogen, Mediziner etc.) bereit sind, sich mit einem erweiterten Konzept von Männlichkeit zu arrangieren, dieses zuzulassen und nicht traditionelle männliche Verhaltensmuster einzufordern. Hier mögliche institutionelle und interaktive Verdeckungszusammenhänge in den Blick zu nehmen, setzt aber voraus, dass eigene Handeln auf geschlechtsstereotype Muster zu analysieren.

Insgesamt wird beim medizinischen Zugang zum Thema „Männergesundheit“ deutlich, dass vorwiegend Krankheitsprozesse, -verläufe, individuelle Aspekte des Handelns von Männern und Präventionsmöglichkeiten in den Fokus des Forschungsinteresses treten, während strukturelle Voraussetzungen, interaktionsbezogene Aspekte und die tiefenpsychologische Dimension des diagnostizierten risikobehafteten Lebensstils von Männern nur bedingt diskutiert und mit den gewonnenen Untersuchungsergebnissen in Beziehung gesetzt werden. Wissenschaftlich schwierig sind mithin Aussagen der Medizin über „die Männer“, da diese Kategorialisierung, wie dies Brandes im Zusammenhang mit dem Buch „Männer im Aufbruch“ (Zulehner/Volz 1999) in einem anderen Zusammenhang kritisiert hat, nur begrenzt geeignet ist, die verschiedenen männlichen Lebenslagen und die unterschiedlichen

Männlichkeitsentwürfe von Männern – einschließlich der je verschiedenen Zugänge zu Gesundheit und Krankheit – zu beschreiben (vgl. Brandes 2000). Strukturelle Bedingungen und soziologische Kategorien wie Ethnizität, Klasse, Schicht und soziale Ungleichheit, die Einfluss auf den je spezifischen Zugang von Männern zu ihrer Gesundheit und deren Umgang mit Krankheiten haben, werden – wie dies bereits mehrfach angesprochen wurde – im Gegensatz zum medizinischen Zugang eher von der sozialwissenschaftlichen Männer- und Gesundheitsforschung erörtert.

Durch die sozialwissenschaftliche Richtung der Auseinandersetzung mit dem Gegenstand „Gesundheitsverhalten und -bewusstsein von Männern“ (z.B. Hurrelmann 2006; Hurrelmann/Kolip 2002; Bründel/Hurrelmann 1999; Winter/Neubauer 1998; Kolip 1997) werden vor allem strukturelle Rahmenbedingungen von Männlichkeit und individuellem Mann-Sein sowie

- das Verhältnis von Männlichkeit und Arbeitswelt,
- von Männern als soziale Akteure,
- von Männern in Beziehungskonstellationen (insbesondere zum Partner/zur Partnerin),
- der Lebenslauf von Männern,
- die Lebensalter von Männern (Kindheit, Jugend, Erwachsenenalter, Alter) und
- die biographische Dimension von Mann-Sein und Männlichkeit

thematisiert.

Dass die biographische Dimension von Männlichkeit und individuellem Mann-Sein nicht nur eine subjektbezogene Seite hat, sondern wesentlich von den gesellschaftlichen Strukturen – einschließlich den Geschlechterstereotypen sowie deren Verlängerung in den privaten Beziehungsstrukturen – und von sozialen Milieus bestimmt wird, zeigen eine Reihe von sozialwissenschaftlichen Studien auf. So analysierte Spindler im Kontext der Debatte um Männlichkeitsinszenierungen von jungen Männern mit Migrationshintergrund sozialstrukturelle und geschlechtliche Vergesellschaftungsprozesse, wobei sie von einer kulturellen Dominanz bestimmter Männlichkeitsmuster ausgeht (Spindler 2006), während Budde auf die Prozesse des *doing gender* im alltäglichen Schulbetrieb rekurriert. „Institutionelle Dramatisierungen von Männlichkeit (oder Weiblichkeit) finden sich zuhauf: durch geschlechtliche Konnotation unterschiedlicher Fächer, durch Begabungszuschreibungen seitens der Lehrkräfte oder durch die Anforderungen in Bezug auf Leistung, Konkurrenz und Disziplin. Mindestens ebenso wichtig

sind jedoch sicherlich die alltäglichen Interaktionen als soziale Praxis des doing gender, in denen Jungen untereinander oder im Zusammenspiel mit Mädchen Männlichkeit konstruieren“ (Budde 2005, 35). Deutlich wird bei Spindler und Budde auch, dass der individuellen geschlechtlichen Inszenierung des Individuums eine zunehmende Bedeutung zukommt, dass Geschlecht immer mehr zum Ausdrucksmittel der Person wird. Bestandteil der sozialstrukturellen und geschlechtlichen Vergesellschaftungsprozesse ist hierbei auch die Herstellung eines jeweils spezifischen Umgangs mit Gesundheit und Krankheit (vgl. Winter/Neubauer 1998).

Der sozialwissenschaftliche Zugang zur Thematik „Männergesundheit und Gesundheitsverhalten von Männern“ bleibt nicht ohne Widerspruch der anderen Fachdisziplinen. Die Medizin sowie ein Teil der Gesundheitswissenschaften und der Psychotherapie kritisieren vor allem, dass die sozialwissenschaftliche Männer(gesundheits)forschung vor allem negative Zuschreibungen des traditionellen männlichen Lebensentwurfs und männlicher Gesellschaftsstrukturen thematisiere (Defizitorientierung), sich ausschließlich mit Krankheitsaspekten von Männern auseinandersetze und die Geschlechterperspektive verallgemeinere („die Männer“). Auch wenn die Kritik mitunter nicht unbegründet ist, so wird doch deutlich, dass es gerade die sozialwissenschaftliche Männer- und Gesundheitsforschung ist, die gesellschaftliche Strukturen, die kulturell hergestellten Männlichkeitsstereotype sowie hegemoniale Männlichkeitsstrukturen analysiert und darauf verweist, dass strukturelle Bedingungen mit dafür entscheidend sind, dass Männern ein „positiver“ Zugang zu ihrer Gesundheit verwehrt bleibt. Zugleich ist es gerade die sozialwissenschaftliche Männerforschung, die auf den Sachverhalt aufmerksam macht, dass für Männer durch die Modernisierung und Nivellierung der institutionellen Geschlechterverhältnisse und der sozialen Beziehungsstrukturen heute ebenso die Chance besteht, einen solchen männlichen Habitus auszubilden, der ihnen den Zugang zu ihren Empfindungen ermöglicht und zu einem geschlechterdemokratischen Handeln verhilft und der schließlich zu einem bewussten Umgang mit Gesundheit und Gesundheitsrisiken führt.

Durch die sozialwissenschaftliche Perspektive werden in Bezug auf „Männergesundheit und Gesundheitsverhalten von Männern“ insbesondere vier Themenkreise diskutiert:

Erstens: Männer gefährden ihre Gesundheits-Krankheits-Balance – im Vergleich zu Frauen – überreichlich, was aus Sicht der sozialwissenschaftlich orientierten Männer(gesundheits)forschung insbesondere in den spezifischen Wahrnehmungsmustern von Männern und den männlichen Geschlechterrollenstereotypen begründet ist. So würden Jungen und Männer im Laufe ihrer Sozialisation ein eher instrumentelles Verhältnis zu ihrem Körper erwerben, was nach Hurrelmann/Kolip (2002) und Kolip (1997)

auch zu einem die Gesundheit stärker gefährdenden Risikohandeln führt und Männer ihren Körper als inneren Gegner betrachten lässt.¹⁰

In der Sozialisationsforschung wird dem Sachverhalt des instrumentellen Verhältnisses von Männern zum eigenen Körper – und damit auch eines spezifischen Umgangs mit Gesundheit und Krankheit – eine immense Wertigkeit beigemessen. Aus der Tatsache, dass Männern häufig der Kontakt zum eigenen Selbst – und damit der Zugang zu den eigenen Gefühlen, Bedürfnissen und der eigenen Lebensgeschichte – verwehrt bleibt, wird abgeleitet, dass Männer in den Sog von Abstraktions- und Externalisierungsprozessen geraten. Nach Böhnisch/Winter (1993) und Neumann/Süfke (2004) können 7 sozialemotionale Bewältigungsstrategien von Männern erfasst werden:

- a) Externalisierung;
- b) Stummheit;
- c) das Ideal des Alleinseins;
- d) Körperferne;
- e) Rationalität;
- f) Kontrolle und Kontrollbedürfnis;
- g) Gewalt und deren Benutzung.

Zum *zweiten* wird durch die sozialwissenschaftliche Männer(gesundheits)forschung auf den Sachverhalt verwiesen, dass Jungen und Männer durch ihr externalisiertes Handeln und ihre Berufszentriertheit stärker als Mädchen/Frauen von bestimmten Krankheiten betroffen sind und eine höhere Mortalitätsrate aufweisen. Kolip analysierte in ihrer Studie „Geschlecht und Gesundheit im Jugendalter. Die Konstruktion von Geschlechtlichkeit über somatische Kulturen“ (1997) Krankheiten von Jungen und Mädchen sowie Frauen und Männern. Jungen sind demnach ab dem 6./7. Lebensjahr durchschnittlich weniger krank als Mädchen (nach Aus-

10 Der männliche Sozialisationsprozess wird in der Literatur zumeist mit folgenden Fixpunkten verbunden:

- (1) Körperkontakte – Berührungen und Zärtlichkeiten – werden Jungen frühzeitig abtrainiert;
- (2) Kontrolle und Verleugnung von Gefühlen wie Schwäche, Traurigkeit, Nachgiebigkeit, Schmerz;
- (3) von Jungen und Männern wird Unabhängigkeit und Selbstständigkeit erwartet;
- (4) Männlichkeit basiert auf der Abwertung von allem, was als Weiblich bzw. schwach definiert wird;
- (5) Zwang zur Disziplinierung und Kontrolle.

Männlichkeit ist hierdurch eher negativ konnotiert, die Frage nach Ressourcen und Aspekten, die Jungen und Männern das Gefühl geben, Männlichkeit kann auch angenehm und lebenswert sein, wird kaum gestellt.

weis der ärztlichen Behandlung), jedoch in der Adoleszenz bei Sportunfällen überdurchschnittlich präsent und weisen eine höhere Todesrate im Verkehrsgeschehen – u.a. unter Alkoholeinfluss – auf. Von Kolip wird dies in den Kontext geschlechtsspezifischer Sozialisation gebracht, wobei sie von der Annahme ausgeht, dass expressiver Alkoholkonsum sowie riskantes Verhalten in Alltag und Sport eng mit dem männlichen Prinzip der Externalisierung korrelieren. Darüber hinaus werden nach Kolip das männliche Risikoverhalten und die Externalisierung von Männern wesentlich von der psychischen Befindlichkeit von Männern bestimmt. Stress, Unzufriedenheit mit der persönlichen als auch beruflichen Situation sowie fehlende Beziehungsstrukturen sind Konfliktsituationen von Männern, die mit expressiven Handlungsangeboten bewältigt werden (vgl. Böhnisch 2001). Schnack/Neutzling haben in ihrem Buch „Kleine Helden in Not“ (1990) ebenfalls auf den Umstand der seelischen und körperlichen Erkrankungen von Jungen hingewiesen, und kamen zu dem Ergebnis, dass Jungen häufiger als Mädchen „krank“ sind (Diabetes, in Bezug auf die intellektuelle Entwicklung, Störungen des ZNS; Hörbehinderungen, Blutkrankheiten, Erkrankung der Atmungs- und Verdauungsorgane, Fehlbildungen und Erkrankung der Geschlechtsorgane). Auch bei psychischen und psychosomatischen Störungen ist nach Schnack/Neutzling die Erkrankungsrate von Jungen bei bestimmten Krankheiten höher als die der Mädchen (Hyperaktives Syndrom, Stottern, Bettnäsen, Einkoten, Zwangsvorstellungen, Asthma bronchiale, Geschwüererkrankungen des Magens und des Zwölffingerdarms). Für Goldberg ist das Männlichkeitsmodell vor allem entscheidend dafür, wie Männer mit ihrem Körper umgehen und dadurch gekennzeichnet, dass wenn es um den Umgang mit dem eigenen Körper geht, es als männlich gilt, „möglichst wenig Schlaf zu brauchen; möglichst viele Schmerzen auszuhalten; möglichst viel Alkohol zu vertragen; sich möglichst wenig darum zu kümmern, was man isst; möglichst selten jemanden um Hilfe zu bitten oder sich auf jemanden zu verlassen sowie seine Gefühle möglichst immer unter Kontrolle zu haben.“ (Goldberg 1990: Man(n) bleib Mann. 42).

Zugleich haben nach Kolip die im Prozess der männlichen Sozialisation habitualisierten Verhaltens- und Handlungsmuster, z.B. das Denken in den Kategorien von Konkurrenz und Durchsetzungsvermögen auch Konsequenzen für die Berufstätigkeit von Männern (vgl. Kolip 1997). Männer im Berufsalter nehmen danach weniger ärztliche Hilfe in Anspruch als Frauen, Beratungs- und Therapieangebote werden von Männern nur bedingt an bzw. wahrgenommen (vgl. Stern 2006, 4). In beiden Fällen wäre dies für die Männer mit einem Verlust an Ansehen in der Öffentlichkeit und einer Infragestellung der eigenen Männlichkeit verbunden (vgl. Dehoff/Forrest 1987; vgl. Felder/Brähler 1992; vgl. Klotz 1998). Für Kolip heißt dies aber nicht, dass Männer nicht weniger krank sind als Frauen, zumal Männer in bestimmten berufsbedingten Krankheitsfeldern (Herzinfarkte, Herz-Kreislaufkrankungen etc.) deutlich überrepräsentiert seien (vgl. Kolip

1997). Bründel und Hurrelmann kommen zu dem Schluss, dass Männer im Erwerbsalter „Raubbau mit ihrem Körper“ betreiben (Bründel/Hurrelmann 1999, S. 111). Zudem achten Männer nach Bründel/Hurrelmann weniger als Frauen auf „erste Symptome einer Krankheit“, was von ihnen mit habitualisierten sozialen Verhaltensmustern und der Berufsfixierung von Männern in Zusammenhang gebracht wird (ebd., S. 131).

Offen bleibt in diesem Zusammenhang, welche *institutionellen* und *gesellschaftlichen* Voraussetzungen aus Sicht der Autoren geschaffen werden können und müssen, um Männern die Chance zu geben, ihre Erwerbszentrierung und die Nichtwahrnehmung ihres Körpers zu überwinden, eine Frage, die bereits Winter/Neubauer in ihrer Studie aufgeworfen haben. Ihrer Meinung nach bedarf es nicht nur der Sensibilisierung von Jungen und Männern für die Thematik Gesundheit, sondern auch institutioneller Rahmenbedingungen und Voraussetzungen (u.a. Lebensmodellangebote, die sich nicht ausschließlich auf Erwerbsarbeit gründen; aber auch Menschen in Institutionen, die keine traditionellen Verhaltenserwartungen an Männer richten) (vgl. Winter/Neubauer 1998).

Zum *dritten* verweist die sozialwissenschaftlich orientierte Männerforschung auf die Tatsache, dass es „die Männlichkeit“ nicht gibt, sondern Männlichkeitsentwürfe wesentlich bestimmt sind von Schichtzugehörigkeit, Ethnizität, Alter, sozialem Status, sozialer Ungleichheit, Kapitalausstattung, Ressourcen, sexueller Orientierung, Religionszugehörigkeit, Weltanschauung, Nationalität etc. und sich aus strukturellen Gegebenheiten wie dem Verhältnis von Männlichkeit und Arbeitswelt, den unmittelbaren Beziehungskonstellationen von Männern, dem Lebenslauf von Männern sowie dem Lebensalter von Männern (Kindheit, Jugend, Erwachsenenalter, Alter) ergeben. So geht die sozialwissenschaftliche Männerforschung von der Annahme aus, dass die Auflösung des fordistisch-sozialstaatlichen Normalarbeitsverhältnisses dazu führen kann, dass Männer in prekären Arbeitsverhältnissen andere Männlichkeitsbilder entwickeln als solche in den mittleren gesellschaftlichen Zonen, wo Männer trotz fragiler Arbeitsverhältnisse mit zusätzlichem sozialen und kulturellen Kapital ausgestattet und nicht auf Frauenabwertung angewiesen sind. Gleichzeitig kann der in neuen Ökonomien integrierte Mann in der Sozialform des ‚abstract worker‘ hingegen seine narzisstische Maskulinität, die er braucht, um für sich selbst immer wieder sichtbar zu werden, in die Ästhetik der Erfolgskultur einbetten (vgl. Böhnisch 2004).

Seinen Ausdruck findet dies auch in den Diskussionen um den „Neuen Mann“, der stärker auf seine Gesundheit achten würde als der „traditionelle Mann“, wobei eher der „verunsicherte“ – aber auch „pragmatische“ – Mann in der Gesellschaft präsent sei, der zwar eine neue Männerrolle sucht, ohne jedoch die traditionelle ganz aufgeben zu müssen (vgl. Zulehner/Volz 1999). Die Verunsicherung von Männern in Bezug auf ihr Mann-Sein kann

auch Folgen für die Bewältigung von Krisensituationen, und darin eingeschlossen ein spezifisches Gesundheitsverhalten und -bewusstsein haben (vgl. Böhnisch/Funk 2003). Das durch Printmedien und Wissenschaften ausgemachte höhere Bewusstsein von Männern für ihr Gesundheitsverhalten und den eigenen Körper wird zum Ausdruck der Verunsicherung von Männern im Hinblick auf die geschlechtlichen Vergesellschaftungsprozesse und das individuelle Mann-Sein. Ein rücksichtsloser Umgang von Männern mit dem eigenen Körper sowie ein gesundheitsignorierendes Verhalten sind hierdurch als berechnender Umgang und Ausdruck des Erfolgsdrucks, der auf Männern lastet und als Teil des externalisierten Handelns von Männern zu deuten. Nur wer seinen Körper unter Kontrolle hat, weist nach, dass er auch sonst alles im Griff hat (vgl. Böhnisch 2004; Neumann/Süfke 2004).

Viertens geht die sozialwissenschaftliche Männerforschung von der Interdependenz der gesellschaftlichen, interaktiven, institutionellen und psychodynamischen Ebenen aus. Während es in den interpersonalen Beziehungen, in der Bildungs-, Alltags- und Konsumkultur zu einer Geschlechternivellierung bis hin zur Vermischung vormals geschlechterdifferenter Stile kommt, sind Geschlechterdifferenz und -konflikt, männer- und frauentypische Betroffenheiten, Befindlichkeiten und Bewältigungszwänge nicht verschwunden, sondern verdeckt, in die Tiefenschichten der sozialen Wirklichkeit verschoben und werden an unterschiedlichen Stellen des Lebenslaufes in oft anderen Bedeutungen wieder freigesetzt. Zugleich durchdringt das lineare Entwicklungsprinzip des Kapitalismus – das der Externalisierung – immer mehr Bereiche des gesellschaftlichen Lebens (verselbstständigt sich und wird zum bestimmenden Vergesellschaftungsprinzip), und wirkt so auch auf Männer zurück, die eigentlich nicht mehr nach diesem Prinzip leben wollen. Die wechselseitige Abhängigkeit von gesellschaftlicher, interaktiver und psychodynamischer Ebene verweist auf die Tatsache, dass Männer in einer unsicher geworden Welt bei ihrer Suche nach „eindeutigen“ Orientierungsmustern in der Identitätsvergewisserung sich auch von maskulinen Angeboten und ihnen verfügbaren externalisierten Handlungsmustern angezogen fühlen können. Der Rückgriff auf solche Muster schließt dabei auch ihr Gesundheitsbewusstsein und -handeln ein.

Deutlich wird bei der Darstellung des medizinischen wie des sozialwissenschaftlichen Zugangs zum Thema „Männergesundheit und Gesundheitsverhalten von Männern“, dass sowohl die Medizin als auch die Sozialwissenschaften durch ihre jeweils spezifische Fachlichkeit einen nicht unwesentlichen Beitrag zum Gegenstand beisteuern, wobei es – dies wird ebenso klar – „die Männergesundheit“ und „das Gesundheitsverhalten von Männern“ nicht gibt und es nicht ausreicht, ausschließlich individuelle Lebenslagen oder nur gesellschaftliche Annahmen in den Blick zu nehmen. Situatives Handeln von Männern sollte ebenso Gegenstand der Untersuchungen sein

wie soziale Milieus, der jeweilige Beziehungskontext, strukturelle Bedingungen (z.B. Tendenz zur Geschlechternivellierung auf der Interaktionsebene bei gleichzeitiger Aufrechterhaltung von Maskulinitätsnormen auf der ökonomisch-gesellschaftlichen und der tiefenpsychischen Ebene), unterschiedliche Erwerbsarbeitsverhältnisse, Geschlechterstereotype, geschlechtshierarchische Strukturen, gesamtgesellschaftliche Zusammenhänge (z.B. Wandel der ökonomisch-gesellschaftlichen Bedingungen von Männlichkeit und Weiblichkeit), Ethnizität und die psychodynamische Ebene.

Deutlich wird in dem sich zunehmend etablierenden wissenschaftlichen Männergesundheitsdiskurs vor allem, dass

erstens durch die Wissenschaften das Thema Männer und Gesundheit bisher kaum aus einer ressourcenorientierten Perspektive betrachtet wird, d.h. zum Beispiel Untersuchungen dahingehend erfolgen, ob die mit traditionellen Männlichkeitsstereotypen verbundenen Lebensentwürfe – und darin eingebettet das immer wieder von Öffentlichkeit und Wissenschaft kritisierte Gesundheitsverhalten von Männern – auch Gesundheit von Männern fördernde Anteile aufweisen. So kann Erwerbsarbeit sehr wohl den Selbstwert und das Wohlbefinden von Männern (und Frauen) – wie Studien nachweisen – fördern, wenn sie nicht zum alleinigen Lebensinhalt wird sowie ihr innewohnende Erkrankungsrisiken rechtzeitig thematisiert werden und Männer (und Frauen) bereit sind, sich auf gesundheitsprophylaktische Angebote einzulassen. Denn: sowohl die Diskussionen zum Gesundheitsverhalten von Männern in der Öffentlichkeit als auch in der Wissenschaft erwecken mitunter den Eindruck, dass das gesamte den Männern zur Verfügung stehende Handlungsrepertoire eher krankheits- als gesundheitsfördernd ist. Jedoch sollte es im Kontext der Männerforschung zum Gegenstand „Gesundheitsverhalten und -bewusstsein von Männern“ nicht nur um die Vermeidung von Krankheiten gehen, sondern auch um Fragen der Entwicklung von Selbstwert, Selbstwahrnehmung, Selbstsorge, des aktiven Umgangs von Männern mit ihrer Gesundheit, um das Familienmodell und seine Aufgabenzuweisungen, um Fragen, wie Männer durch Institutionen wahrgenommen werden etc. Darin eingeschlossen sind auch die Fragen nach den institutionellen Voraussetzungen für einen bewussten Umgang von Männern mit ihrer Gesundheit, wie: Gibt es Beratungsangebote, die auf die spezifischen Bedürfnisse von Männern zugeschnitten sind? Für Bortler ist dies vor allem die Frage dahingehend, wie Männer, die sich bewusst mit ihrer Gesundheit auseinandersetzen wollen, durch professionelle Angebote motiviert und unterstützt werden können, Veränderungen zu initiieren und diese nachhaltig werden zu lassen (Bortler 2006, 29).

Zweitens: Wenn in den Printmedien und in der Wissenschaft von Gesundheitsprävention und -handeln von Männern gesprochen wird, wird zumeist die Eigenverantwortung des Mannes für seine Gesundheit und sein Ge-

sundheitshandeln betont. Jedoch werden die Strukturen von Institutionen, die im weitesten Sinne mit Gesundheit in Zusammenhang gebracht werden und in die Männer kommen, kaum analysiert. So müsste es doch gerade im Interesse von Kliniken, Arztpraxen, Gesundheitszentren, Apotheken, Gesundheitsberatungsstellen, Betriebsärzten, Rehabilitationsseinrichtungen etc. liegen, zu fragen, warum sie nur bedingt Männer erreichen und welche Angebote bzw. Angebotsstrukturen geschaffen werden müssen, um Männern den Zugang zu erleichtern (so fiel das Interesse an den in verschiedenen Städten organisierten Männergesundheitsstagen sehr unterschiedlich aus) bzw. zu prüfen, wie das eigene Handeln Männlichkeitsstereotype begünstigt bzw. hemmt. Dies heißt auch, dass die unterschiedlichen Angebote und Präventionsprogramme dahingehend zu analysieren sind, ob und wie sie Männer aus unterschiedlichen sozialen Schichten und Milieus ansprechen bzw. Männer nicht mehr nur mit Krankheitsrisiken und ihren „falschen“ Verhaltensweisen in Bezug auf ihre Gesundheit konfrontieren. Da hierzu bisher kaum Forschung betrieben wurde (vgl. Altgeld 2004), harren Fragen nach den institutionellen Begrenzungen einer zielgruppenorientierten Arbeit mit Männern und Fragen nach dem geschlechterverdeckenden Blick der MitarbeiterInnen im Gesundheitswesen und dem Beratungssektor noch ihrer Erforschung.

Drittens: Die verstärkte Auseinandersetzung der Printmedien und der Wissenschaft mit den Phänomenen Männlichkeit, männliche Hegemonie und individuelles Mann-Sein kann nicht nur als Ergebnis der Emanzipationsbestrebungen von Frauen und der damit einher gehenden Veränderung der Geschlechterrollenanforderungen an Frauen und Männer gesehen werden, sondern muss auch als Ausdruck des Wandels in der Arbeitsgesellschaft wahrgenommen werden. Die Veränderungen bedingen aber nicht nur Chancen zur Erweiterung der männlichen Identität, sondern haben auch zur Verunsicherung von Männern im Erwerbsalter und zu einer Entwertung der erwerbszentrierten Normalbiographie als Modell für die Sozialisation von Jungen und Männern geführt (vgl. Sielert 2002). Faludi sieht – bedingt durch die veränderten gesellschaftlichen Bedingungen und die Erfolge der Frauenbewegung in den letzten Jahrzehnten – in den Männern bereits die Verlierer des 21. Jahrhunderts (vgl. Faludi 2001), Richter spricht von einer „Krise der Männlichkeit in der unerwachsenen Gesellschaft“ (Richter 2006). Die gesteigerte Aufmerksamkeit von Männern für den eigenen Körper – und darin eingebettet auch die Selbstinszenierung durch intensive Körperpflege, Fitness und Gesundheitshandeln – kann somit auch als Ausdruck der Verunsicherung von Männlichkeit gesehen werden, des Suchens nach dem eigenen Mann-Sein und der Schwierigkeit des Umgangs mit den sich veränderten Geschlechterverhältnissen sowohl auf gesellschaftlicher als auch auf privater Ebene. Nachhaltiger Umgang von Männern mit dem eigenen Körper sowie effektvolles Gesundheitsverhalten werden zum Ausdruck des Erfolgsdrucks, der auf Männern lastet und können als Teil des

externalisierten Handelns von Männern gedeutet werden, da er, wie Neumann/Süfke in Bezug auf den modernen Fitness-Kult feststellen, nicht eine „verbesserte Körperwahrnehmung“ zum Ziel hat, sondern „die nach außen gerichtete Demonstration von Kraft, Stärke oder auch Attraktivität“ (Neumann/Süfke 2004: 37). Um diesen Sachverhalt wissend, sollte das mitunter fortschrittlich anmutende Gesundheitshandeln von jungen Männern und Männern auch auf seine Implikationen und Verwerfungen untersucht werden.

Viertens: In den Gesundheitswissenschaften wird verstärkt der Tatsache Rechnung getragen, dass Gesundheitsverhalten und -bewusstsein von Männern weder durch ein medizinisches Gesundheits- und Krankheitsmodell noch durch ein ausschließlich soziale Faktoren zur Basis habendes Modell abgebildet werden kann. Vielmehr sollten die modernen Gesundheitswissenschaften sowohl sozialwissenschaftliche als auch medizinische Perspektiven in ihre Untersuchungen mit einbeziehen. Während durch den sozialwissenschaftlichen Zugang Risikofaktoren (z.B. psychosoziale Dynamik, Lebensstile, Verhaltensmuster, soziale Beziehungen) und strukturelle Bedingungen in den Blick genommen werden sowie Individuen ein aktiver Part bei der Entwicklung von Gesundheitsbewusstsein und -handeln zugesprochen wird, werden durch die Medizin Krankheitsrisiken von Männern beschrieben und Männer als aktive Gestalter ihres Lebens erfasst. Diese werden hierdurch zu Subjekten ihrer Lebensgestaltung und damit auch ihrer Gesundheit. Als Dimensionen, die zur Entstehung von Krankheiten beitragen, werden in den Modellen der psychosozialen Krankheitsätiologie u.a. folgende Faktoren benannt: psychischer Stress (Belastungen und Konflikte im Erwerbsleben, Konflikte in sozialen Beziehungen, Belastungen durch kritische Lebensereignisse, die die Identität und den sozialen Status von Männern bedrohen), Risikoverhalten (z.B. Rauchen, Alkoholkonsum, Ernährung, Bewegung/Sport, Sexualität und Straßenverkehr), Persönlichkeitsdispositionen (Zusammenhänge zwischen personalen Merkmalen und dem Stressprozess), soziale Unterstützung und Netzwerke¹¹ sowie der Umgang mit Krankheitssymptomen und Beschwerden (Schmerzen werden von Männern nicht zugegeben und gesundheitliche Beschwerden und körperliche Signale ignoriert).

Zugleich ist hier zu fragen, warum sowohl Sozialwissenschaften als auch Medizin bisher noch so wenig die tiefenpsychologische Dimension in ihre Analysen mit einbeziehen. Sind es doch gerade die dem (Bewältigungs-) Verhalten von Männern zugrunde liegenden personalen psychischen Res-

¹¹ Die Netzwerke von Männern werden in der Literatur zumeist als kleiner als die von Frauen abgebildet. Männer verlassen sich demnach tendenziell auf die Unterstützung durch die Frau/die Freundin. Wenn stabile Beziehungen nicht vorhanden sind bzw. weg brechen, sind Männer im hohen Maße gesundheitlich gefährdeter.

sources, die maßgeblich das Gesundheitsbewusstsein und das -handeln von Männern beeinflussen können.

Da Männern in der modernen Medizin und in den modernen Sozialwissenschaften zugleich ein aktiver Part bei der Entwicklung von Gesundheitsbewusstsein und beim Gesundheitshandeln zugesprochen wird, sollte dies zugleich beide Disziplinen veranlassen, Fragen wie:

- Wie können die theoretischen Untersuchungsergebnisse der Medizin, der Gesundheitswissenschaften und der Sozialwissenschaften dazu beitragen, dass sich Männer als Subjekte ihrer Gesundheit wahrnehmen?
- Wann, wie und wo sehen Männer überhaupt Chancen bzw. haben Männer aus ihrer Sicht überhaupt die Möglichkeit, aktiv Einfluss auf ihre Gesundheit und ihr Gesundheitsverhalten zu nehmen und wann sind sie bereit, dies auch aktiv umzusetzen?
- Wie groß ist der strukturell Männern zur Verfügung stehende Handlungsspielraum, um sich mit Gesundheit aktiv auseinander zu setzen bzw. um bewusst Einfluss auf den Lebensentwurf zu nehmen?

zum Gegenstand ihrer Untersuchungen zu erheben.

Literatur

- Altgeld, T. (2004): Jenseits von Anti-Aging und Workout? Wo kann Gesundheitsförderung bei Jungen und Männern ansetzen und wie kann sie funktionieren? In: Altgeld, T. (Hg.): Männergesundheit. Neue Herausforderungen für Gesundheitsförderung und Prävention. Weinheim, S. 265-286
- Borner, A. (2006): MaGs – vom „Männergesundheitsmanifest“ zur nationalen Plattform. In: Forum Männer/Heinrich-Böll-Stiftung; S. 29-32
- Böhnisch, L./Winter, R. (1993): Männliche Sozialisation. Weinheim, München
- Böhnisch, L. (2001). Abweichendes Verhalten. Eine soziologisch-pädagogische Studie. 2., überarb. Auflage Weinheim, München
- Böhnisch, L./Funk, H. (2003): Soziale Arbeit und Geschlecht. Weinheim, München
- Böhnisch, L. (2004): Männliche Sozialisation. Weinheim, München
- Brandes, H. (2000): Wie Männer sich selbst sehen. Männlichkeiten und soziale Milieus. In: Rosowski, M./Ruffing, A. (Hg.): MännerLeben im Wandel. Würdigung und praktische Umsetzung einer Männerstudie. Ostfildern, S. 86-110
- Bründel, H./Hurrelmann, K. (1999): Konkurrenz, Karriere, Kollaps. Männerforschung und der Abschied vom Mythos Mann. Stuttgart
- Budde, J. (2005): Männlichkeit und gymnasialer Alltag. Doing Gender im heutigen Bildungssystem. Bielefeld
- Dehoff, J.B.; Forrest, K.A. (1987): Die Gesundheit des Mannes. In: Schwanson, J./Forrest, K.A. (Hg.): Die Sexualität des Mannes. Köln

- Gruen, A. (1992): Der Verrat am Selbst. Die Angst vor Autonomie bei Mann und Frau. München
- Hurrelmann, K./Kolip, P. (2002): Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Bern
- Hurrelmann, K. (2006): Gesundheitssoziologie. Weinheim
- Faltermaier, T. (1998): Gesundheitsverständnis von Männern im Kontext von Identität und Lebensführung. In: Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales (BAGS) der Freien und Hansestadt Hamburg (Hg.): MännerGesundheit. Dokumentation der Tagungsreihe vom 03.-24.09.1997. Hamburg, S. 67-82
- Faludi, S. (2001): Männer – das betrogene Geschlecht? Reinbek bei Hamburg
- Felder, H./Brähler, E. (1992): Weiblichkeit, Männlichkeit und Gesundheit. Opladen
- Goldberg, H. (1990): Man(n) bleibt Mann: Möglichkeiten und Grenzen der Veränderung. Reinbek bei Hamburg
- Klotz, T. (1998): Der frühe Tod des starken Geschlechts. Unterschiede im Gesundheits- und Krankheitszustand von Männern und Frauen. Göttingen
- Kolip, P. (1997): Geschlecht und Gesundheit im Jugendalter. Die Konstruktion von Geschlechtlichkeit über somatische Kulturen. Opladen
- Neumann, W./Süfke, B. (2004): Den Mann zur Sprache bringen. Psychotherapie mit Männern. Tübingen
- Richter, H.-E. (2006): Die Krise der Männlichkeit in der unerwachsenen Gesellschaft. Gießen
- Schnack, D./Neutzling, R. (1990): Kleine Helden in Not - Jungen auf der Suche nach Männlichkeit. Reinbek bei Hamburg
- Sielert, U. (2002): Praxishandbuch für die Jugendarbeit. Band 2: Jungenarbeit. Weinheim, München
- Spindler, S. (2006): Corpus delicti. Männlichkeit, Rassismus und Kriminalisierung im Alltag jugendlicher Migranten. Münster
- Stecklina, G./Stiehler, S. (2006): Zivilgesellschaftlicher Status von Mädchen und Jungen in stationären Hilfen. In: Bitzan, M./Bolay, E./Thiersch, H. (Hg.): Die Stimme der Adressaten. Weinheim, München 2006, S. 91-105
- Winter, R./Neubauer, G. (1998): Kompetent, authentisch und normal? Aufklärungsrelevante Gesundheitsprobleme, Sexualaufklärung und Beratung von Jungen. Eine qualitative Studie im Auftrag der BZgA. Reihe: Forschung und Praxis der Sexualaufklärung und Familienplanung. Hg. von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Köln
- Zulehner, P.M./Volz, R. (1999): Männer im Aufbruch. Wie Deutschlands Männer sich selbst und wie Frauen sie sehen. Ein Forschungsbericht. Ostfildern

Zeitschriften

- Men's Health 2007, 7. S. 115
- Stern. 2006, 4.

Einführung zum Setting Netzwerke im Kontext Gesundheit

Der letzte Teil dieses Bandes beschäftigt sich mit einem Bereich im Gesundheitskontext der am wenigstens formalisiert und professionalisiert ist. Es handelt sich um offene Beratungskontexte oder um Gesundheitsselbsthilfe im Alltag. Von einem Setting-Begriff ausgehend, der sich explizit auf ein professionell-organisationalen Rahmen bezieht, ist es grenzwertig, diesen Ansatz ebenfalls auf Formen offener Netzwerkstrukturen zu beziehen. Dennoch ist die Selbsthilfe im Alltag eine ganz besondere Ressource zur Bewältigung von Gesundheitsfragen und Gesundheitsproblemen. Pointiert formuliert liegt in der Bewältigung der Alltagsorganisation eine enorme gesundheitsfördernde Ressource. Denn bis professionelle Hilfe in Anspruch genommen wird, haben viele Menschen schon andere alltagsweltliche Unterstützungssysteme in Anspruch genommen. Die Gesundheitsselbsthilfe im Alltag stellt somit einen der ressourcenorientiertesten Ansätze von Problemlösungsstrategien dar. Erstaunlich ist, dass bei aller Relevanz doch vergleichsweise wenig aktuelles Wissen über Netzwerke und alltagsweltliche Gesundheitsselbsthilfe vorliegt. Aktuelle wissenschaftliche Analysen in diesen Bereichen sind dringend geboten.

Die beiden Beiträge, die in diesem Teil der vorliegenden Publikationen vorliegen, versuchen den genannten Zusammenhang an unterschiedlichen Bereichen des Alltagslebens in seinen divergierenden Dimensionen zu erörtern. Der Beitrag von *Dominik Ose* „*Patientenberatung*“ thematisiert die Bedeutung von Patientenberatungen, er stellt sowohl unterschiedliche Angebotsformen als auch verschiedene Nutzungsstrukturen durch die erkrankten Menschen vor. Weiterhin wird die ausdrückliche Relevanz der Patientenberatungsstellen für Gesundheitsförderungsprogramme expliziert. Der zweite Beitrag von *Frank Nestmann und Kathy Weinhold* „*Gesundheitsselbsthilfe im Alltag*“ zielt genau auf den Bereich informeller Hilfesysteme ab. Die Ausführungen belegen anhand einer ausführlichen Literaturdokumentation wie bedeutsam die informelle Hilfe für ein Konzept für Gesundheitsförderung sein kann und machen gleichzeitig am Beispiel des Konzepts des social supports deutlich, dass hier bedeutsame Untersuchungsergebnisse vorliegen, diese allerdings überwiegend aus den 1980er Jahren stammen und somit ein dringender Forschungsbedarf zur Gesundheitsselbsthilfe als mögliche Basisstrategie der Gesundheitsförderung vorliegt.

Patientenberatung

Beratungsangebote durchdringen heute alle gesellschaftlichen Bereiche und Lebensphasen. Angefangen bei Schwangerschaftskonfliktberatung, Familien-, Ehe- und Erziehungsberatung über Politik-, Organisations- und Unternehmensberatung bis hin zu Beratungen über angemessene Beratung selbst. Dies verwundert wenig, hat doch in den vergangenen Jahrzehnten die thematische Vielfalt sowie die Nutzung von Beratungseinrichtungen ständig zugenommen (Schützeichel 2004). Im Ergebnis dieser Entwicklung ist heute die Beratungslandschaft unüberschaubar und können selbst für einzelne Bereiche – etwa das Gesundheits- und Sozialwesen – kaum verbindliche Aussagen zu deren Struktur getroffen werden (Müller-Mundt/Ose 2005).

So offensichtlich und ungebremst das Wachstum an Beratungseinrichtungen auch ist, so sehr bleibt doch oftmals im Verborgenen, worin der „Bedarf nach Rat“ eigentlich begründet ist. Sind die Beratungsangebote, welche heute in fast jedem sozialen Konfliktfeld existieren, die Reaktion auf eine Orientierungskrise moderner Gesellschaften? Diese Frage ist und bleibt unbeantwortet! Allerdings verweist die fortschreitende Entwicklung der Beratungslandschaft darauf, dass Beratung in einen gesellschaftlichen Funktionszusammenhang eingebunden ist, der wesentlich die Aufgaben und das Selbstverständnis bestimmt (Bergmann et al. 1998).

Während in vielen gesellschaftlichen Bereichen dieser Funktionszusammenhang zumindest formal unstrittig ist, war er im Gesundheitswesen lange Zeit Gegenstand zahlreicher Kontroversen. Je nach politischem, institutionellem oder beruflichem Hintergrund wurden divergierende Standpunkte vertreten, warum Beratung welche Aufgaben im Gesundheitssystem übernehmen sollte. Auch wenn Gesundheitsförderung rhetorisch in dieser Debatte immer eine Rolle spielte, standen – wie zu zeigen sein wird – bei der Etablierung von Angeboten zur Patientenberatung stets andere Interessen im Vordergrund. Trotz dieser Tatsache existieren heute zahlreiche Initiativen zur Patientenberatung, welche einen wichtigen Beitrag zur Gesundheitsförderung leisten bzw. leisten könnten. Höchste Zeit also, die vorhandenen Angebote der Patientenberatung einmal kritisch zu reflektieren und mögliche Potentiale aufzuzeigen.

Ziel dieses Beitrages ist es daher zunächst, die Struktur sowie eine Auswahl aktueller Angebote der Patientenberatung zu skizzieren. Ein Schwerpunkt wird dabei sein, die historische Entwicklung von Angeboten zur Patienten-

beratung aufzuzeigen. Wichtig ist dies, da die unterschiedlichen Entstehungskontexte der Beratungsangebote diese bis heute prägen und maßgeblich deren inhaltliche Ausrichtung – und somit deren Beitrag zur Gesundheitsförderung – beeinflussen. In einem zweiten Schritt soll dann diskutiert werden, welchen Beitrag Patientenberatung derzeit zur Gesundheitsförderung erbringt und welche Perspektiven in diesem Bereich bestehen.

Beschäftigt man sich mit dem Thema Patientenberatung, erweist sich allerdings schon eine klare Abgrenzung als problematisch: Während der Begriff „Patientenberatung“ als Synonym für gesundheits- und krankheitsbezogene Beratungsangebote insgesamt Anwendung findet, kann er sich aber ebenso auf die Beratung von Patienten im engeren Sinne beziehen. Auch kommt es immer wieder zu Missverständnissen, da „Patientenberatung“ zum einen als „Beratung des Patienten“ ein wesentlicher Bestandteil der therapeutischen Behandlung ist, und zum anderen aber auch ein institutionalisiertes Angebot – etwa in einer Beratungsstelle – beschreibt. Hinzu kommt, dass mit Begriffen wie *Information* und *Beratung* aber auch *Schulung*, *Bildung* oder *Aufklärung* zwar spezielle methodische und konzeptionelle Ansätze verbunden sind, diese jedoch zur Beschreibung der Praxis oftmals ungeeignet sind. Zu heterogen wird hier die begriffliche Vielfalt genutzt und zu individuell deren inhaltliche Umsetzung gestaltet. Patientenberatung wird in diesem Beitrag daher als Sammelbegriff für unterschiedliche Ansätze der gesundheitlichen Information und Beratung verwendet, welche als institutionalisierte Angebote zur Verfügung stehen.

Entwicklungslinien

In der Rückschau können heute unterschiedliche Entwicklungstendenzen skizziert werden, welche den Ausbau der Beratungslandschaft im Gesundheitssystem forciert und geprägt haben. Auch wenn selbstverständlich keine trennscharfe Unterscheidung möglich ist, können dennoch eher „demokratisch“ und eher „ökonomisch“ orientierte Reformbemühungen, mit ihren jeweiligen Konsequenzen für die Entwicklung der Patientenberatung, unterschieden werden. Ausgangspunkt eher „demokratisch“ orientierter Reformbemühungen waren bürgerliche Protest- und Selbsthilfebewegungen seit Beginn der 1970er Jahre in den alten Bundesländern. Deren Kritik richtete sich speziell gegen die ärztliche Bevormundung und zielte im Kern auf mehr Demokratie im Gesundheitswesen. Mit Beginn der 1980er Jahre forderten die aus dieser Bewegung hervorgegangenen Patienten- und Selbsthilfefverbände nun, als gleichberechtigte Partner in der gesundheitlichen Versorgung akzeptiert zu werden. In diesem Zusammenhang wurde auch der Mangel an Information und Beratung kritisiert und ein Ausbau dieser Bereiche gefordert (Schaeffer/Dierks 2005). Teilweise unterstützt wurden die demokratisch getragenen Reformbestrebungen durch die Wissenschaft, welche zunehmend einen Mangel an Patientenorientierung kritisierte

(Schaeffer 1997). Schließlich stellte auch der Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVR) fest, dass der Patient im Mittelpunkt des für ihn unterhaltenen Gesundheitssystems stehen sollte (SVR 1992).

Ursprung eher „ökonomisch“ orientierter Reformbestrebungen waren die Versuche des Gesetzgebers im Verlauf der 1970er und 1980er Jahre, den Finanzierungs- und Qualitätsdefiziten im Gesundheitswesen durch zahlreiche gesetzliche Regelungen zu begegnen. Auch wenn keine dieser Regelungen mehr Patientenorientierung zum Ziel hatte, wurde das Patienteninteresse doch immer in den Vordergrund gestellt und als Argumentationsfigur zur Begründung der Reformen genutzt (SVR 2003). Die mit Beginn der 1990er Jahre forcierte wettbewerbs- und marktorientierte Umstrukturierung des Gesundheitswesens beschleunigt diesen Trend und im Dienstleistungssektor Gesundheitswesen werden Patienten nun zu Kunden erklärt (Dierks, Schwartz/Walter 2001). Das aus dem Gütermarkt entlehnte Kundenparadigma setzt allerdings voraus, dass Patienten und Nutzer über ausreichend Unterstützung verfügen, um selbstbestimmt Entscheidungen zu treffen. Vor dem Hintergrund zunehmender Intransparenz und Unübersichtlichkeit auf dem „Gesundheitsmarkt“ werden Information und Beratung somit zum Dreh- und Angelpunkt der Legitimation ökonomischer Modelle in der gesundheitlichen Versorgung (Kuhlmann 1999).

Abbildung 1: Entwicklungslinien von Patientenberatung

	„demokratisch“ orientiert	„ökonomisch“ orientiert
Ausgangssituation	Kritik an ärztlicher Bevormundung und fehlender Mitbestimmung im Gesundheitssystem	Marktwirtschaftliche Strukturen im Gesundheitssystem; Kundenparadigma setzt Transparenz voraus
Bedeutung von Patientenberatung	Grundlage für Mitbestimmung, Beteiligung und Gleichberechtigung	Gewährleistung des Gleichgewichts zwischen Anbietern und Kunden

Die beschriebenen Bürger- und Patientenproteste führten wiederum dazu, dass der flächendeckende Ausbau von psycho-sozialen Beratungsstrukturen im Sozialwesen begann und sich die ersten durch die Selbsthilfe getragenen Patientenberatungsstellen Anfang der 1980er etablierten. Allerdings konnten sich speziell die Angebote zur Patientenberatung nicht flächendeckend durchsetzen und blieben in ihrer Reichweite regional stark begrenzt. Obwohl also zahlreiche Angebote im Sozialwesen entstanden, konnten sich lange Zeit gesundheitsbezogene Beratungsangebote nur sehr eingeschränkt

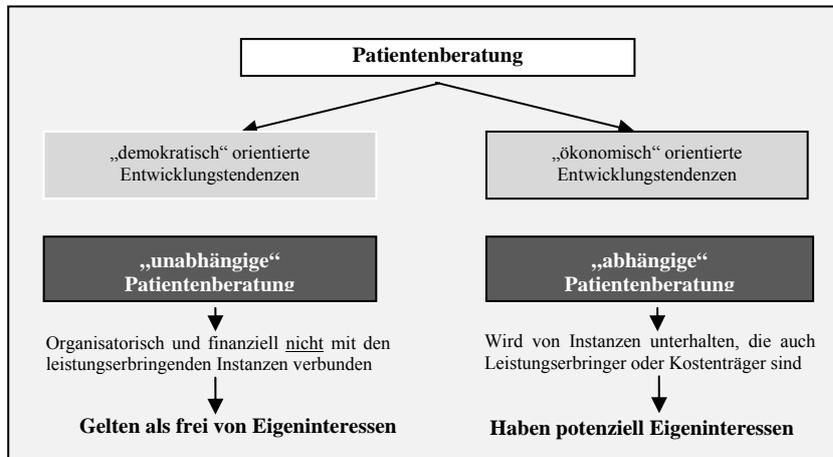
durchsetzen (Müller-Mundt/Ose 2005). Dies änderte sich erst Mitte der 1990er Jahre: Während nun zum einen die Forderungen nach mehr Patientenorientierung immer lauter werden, wird zum anderen die wettbewerbsorientierte Weiterentwicklung des Gesundheitssystems – etwa mit der Einführung der Pflegeversicherung – durch den Gesetzgeber deutlich forciert. Es entsteht damit eine Situation, in der Patienteninformation und -beratung sowohl aufgrund zunehmender Intransparenz, als auch zur Gewährleistung von Beteiligung und Mitbestimmung in der gesundheitlichen Versorgung, immer mehr an Bedeutung gewinnen. Der Ausbau von Informations- und Beratungsangeboten wird jetzt nicht nur von Bürgerinitiativen und der Wissenschaft, sondern auch durch den Gesetzgeber gefordert und unterstützt.

Akteure und Angebote

Auch weil Kostenträger und Leistungserbringer – wie etwa Kranken- und Pflegekassen – die Marketingpotentiale dieser Situation erkennen, entstehen in der Folgezeit zahlreiche neue Angebote zur gesundheitlichen Information und Beratung. An der Ausgangssituation ändert sich allerdings wenig: Weder zur Herstellung von Transparenz auf dem ständig wachsenden Markt gesundheitlicher Dienstleistungen, noch zur Gewährleistung von mehr Beteiligung der Bürger und Patienten im Gesundheitswesen, können diese Angebote zunächst einen entscheidenden Beitrag leisten. Zu sehr stehen – nicht zuletzt aufgrund der wachsenden Konkurrenz – eigene Interessen der Anbieter im Vordergrund und werden Bedürfnisse von Patienten und Bürgern zu wenig berücksichtigt.

Umso deutlicher erkennbar wurde, dass die etablierten Instanzen und Akteure des Gesundheitssystems dem veränderten Informations- und Beratungsbedarf nicht alleine entsprechen konnten, desto mehr gewinnen die lange Zeit bedeutungslosen Beratungsstellen der Selbsthilfe- und Patientenbewegung wieder an Bedeutung. Da diese weder organisatorisch noch finanziell mit dem Gesundheitssystem verbunden sind, wird Ihnen nun eher zugetraut, die Patienten und Bürger bei der Nutzung des Gesundheitswesens zu unterstützen und deren Mitbestimmung zu stärken. Neben der sogenannten „abhängigen“ Patientenberatung von Kostenträgern und Leistungserbringern, gewinnt damit die „unabhängige“ Patientenberatung – Anbieter gelten als frei von Eigeninteressen – Ende der 1990er Jahre zunehmend an Bedeutung (vgl. Schaeffer/Dierks 2005).

Abbildung 2: Segmente der Patientenberatung



„Abhängige“ Patientenberatung

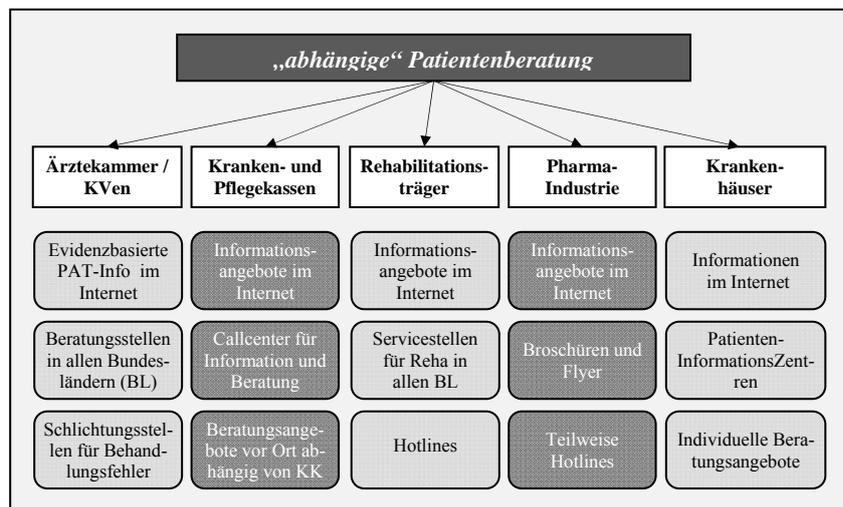
Auch wenn zunächst ein wichtiger Entwicklungsschub im Segment der „abhängigen“ Patientenberatung von den Kranken- und Pflegekassen ausging, engagierten sich zunehmend auch andere Akteure des Gesundheitssystems – etwa die organisierte Ärzteschaft oder die Pharmaindustrie – in diesem Bereich (Müller-Mundt/Ose 2005). Zu denken ist etwa an die zahlreichen krankheits- und gesundheitsbezogenen Informationsmöglichkeiten im Internet. Diese werden mittlerweile nicht nur von jeder Krankenkasse, sondern auch der Ärzteschaft – etwa durch das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) – oder vielen Pharmaunternehmen angeboten. Während allerdings die ÄZQ sehr um evidenzbasierte Patienteninformationen bemüht ist, erscheint die Qualität pharmabasierter Angebote teilweise fragwürdig. Oftmals entsteht der Eindruck, dass eher Produkte verkauft, als Patienten informiert werden sollen. Nicht vergessen werden dürfen auch die Callcenter vieler Kranken- und Pflegekassen. Auch wenn zunächst als reines Marketinginstrument etabliert, sind sie bis heute ein wichtiges Instrument der gesundheitsbezogenen Information und Beratung geworden. Nicht selten sind diese inzwischen der erste Ansprechpartner, wenn zeitnah Informationen benötigt werden (Hauss 2005).

Neben den bisher genannten telefonischen und internetbasierten Initiativen existieren aber auch zahlreiche Angebote zur persönlichen Information und Beratung. So bieten beispielsweise in vielen Bundesländern die Ärztekammern oder Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) auch Patientenberatung vor Ort und halten Schlichtungsstellen für Arzthaftpflichtfragen vor. Darüber hinaus wurde in den letzten Jahren ein flächendeckendes Netz an

„Gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation“ etabliert. Diese sind eine trägerübergreifende Initiative und bieten Hilfestellung und Beratung rund um das Thema Rehabilitation. Nicht zuletzt besteht natürlich auch die Möglichkeit, sich vor Ort bei seiner Krankenkasse zu informieren. Während deren Filialen früher ausschließlich administrative Aufgaben hatten, bieten diese zunehmend aber auch Informations- und Beratungsmöglichkeiten zu Leistungen, Serviceangeboten oder Themen wie Ernährung und gesundes Leben. Aber auch die Leistungserbringer engagieren sich verstärkt im Feld der „abhängigen“ Patientenberatung. So existieren seit einigen Jahren Bemühungen der Krankenhäuser sogenannte „Patienten-Informationszentren“ einzurichten. Diese sollen zum einen die Patienteninformation verbessern und einen wichtigen Beitrag für mehr Patientenorientierung leisten sowie zum anderen aber auch das Image des Krankenhauses stärken (vgl. Ose/Hurrelmann/Schaeffer 2005).

Insgesamt betrachtet ist bis heute im Kontext der „abhängigen“ Patientenberatung ein umfangreiches Angebot entstanden. Auch wenn die beschriebenen Initiativen immer im Spannungsfeld von eigenen Interessen, sozialrechtlichen Vorgaben und dem Bedarf der Patienten stehen, leisten sie dennoch einen wichtigen Beitrag zur gesundheitsbezogenen Information und Beratung. Entsprechend ihrer Verortung im Gesundheitssystem liegen die Schwerpunkte der Angebote bei der Leistungsanspruchnahme, sozialrechtlichen Aspekten sowie medizinischen und krankheitsspezifischen Fragestellungen. Aber auch Themen im Kontext von Gesundheitsförderung und Prävention gewinnen zunehmend an Bedeutung.

Abbildung 3: Ausgewählte Akteure der „abhängigen“ Patientenberatung

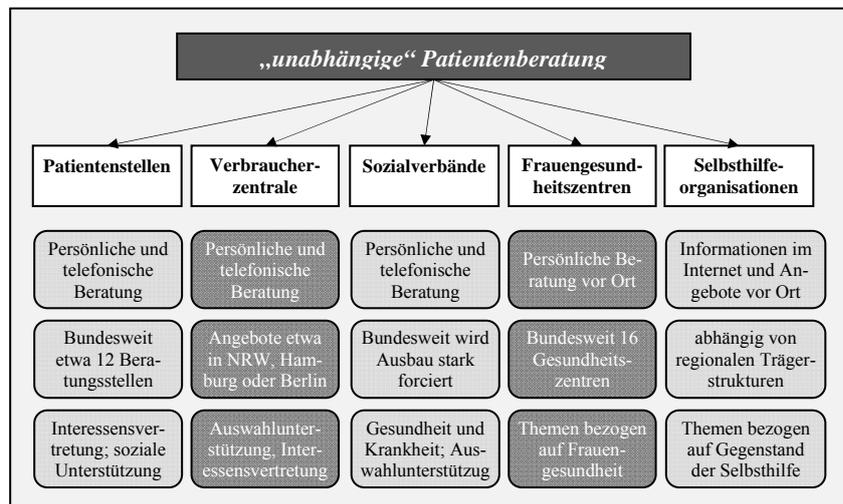


„Unabhängige“ Patientenberatung

Auch wenn die „unabhängige“ Patientenberatung Ende der 1990 Jahre an Bedeutung gewinnt, wurde dieses Segment doch erst mit der Gesundheitsreform 2000 verstärkt in der Öffentlichkeit wahrgenommen. Durch den neugeschaffenen § 65b SGB V werden die Spitzenverbände der Krankenkassen nun dazu verpflichtet, die „unabhängige“ Patientenberatung finanziell – im Rahmen von Modellprojekten – zu unterstützen. Mit dem Ziel die Selbstbestimmung und Eigenkompetenz der Patienten zu stärken, sollte der „unabhängigen“ Patientenberatung dadurch eine tragfähige Arbeitsgrundlage gegeben und diese dauerhaft als wichtiges Element der gesundheitlichen Versorgung etabliert werden. Insgesamt betrachtet wurde dieses Ziel erreicht. So hat die Förderung der „unabhängigen“ Patientenberatung bis heute zu einer deutlichen Stärkung der traditionellen – aus der Patienten- und Selbsthilfebewegung hervorgegangenen – Beratungsstellen und dem Engagement zahlreicher „neuer“ Träger unabhängiger Angebote geführt (Schaeffer et al. 2005).

Wichtige Angebote der „unabhängigen“ Patientenberatung werden heute von Selbsthilfeorganisationen, Verbraucherberatungen, Sozialverbänden, Patientenstellen oder Frauengesundheitszentren vorgehalten (Schaeffer/Dierks 2005). Neben diesen existiert ein breites Spektrum an Vereinen, die sich zum Schutz der Patienten bzw. zu deren Interessenvertretung gegründet haben. Diese arbeiten oftmals nicht flächendeckend, haben sehr unterschiedliche Beratungsangebote und die Interessen, die hinter den Gruppierungen stehen, sind nicht immer transparent (Dierks/Schwartz 2001).

Abbildung 4: Ausgewählte Akteure der „unabhängigen“ Patientenberatung



In Abgrenzung zu Initiativen der „abhängigen“ Patientenberatung sehen die „unabhängigen“ Beratungsangebote ihre Funktion eher in einer generellen Anlauf- und Kontaktstelle sowie als Wegweiser und Lotse im gesundheitlichen Versorgungssystem. Dies beinhaltet zwar auch sozialrechtliche Information, aber schwerpunktmäßig eher die parteiische Unterstützung bei der Inanspruchnahme gesundheitlicher Versorgungsleistungen. Darüber hinausgehende Aufgaben und Inhalte sind abhängig vom jeweiligen Träger und reichen von psychosozialen Beratungsangeboten bis hin zu Gesprächsgruppen für Betroffene und Angehörige (vgl. Ewers/Schaeffer/Ose 2005).

Themen und Nutzung

Bis heute existieren wenige Erkenntnisse dazu, wie Angebote zur Patientenberatung tatsächlich genutzt werden. Während für den Bereich der unabhängigen Patientenberatung zumindest für die von den Krankenkassen geförderten Modellprojekte verlässliche Daten vorliegen, können für den Bereich der abhängigen Patientenberatung kaum verbindliche Aussagen getroffen werden. Wenn überhaupt existieren entsprechende Informationen nur als graue Literatur bzw. haben vorhandene Datensätze einen starken regionalen Bezug. Auch wenn die nachfolgende Tabelle dementsprechend nicht repräsentativ ist, ermöglicht sie dennoch einen ersten Eindruck zu Inhalten und Themen der „abhängigen“ und „unabhängigen“ Patientenberatung (Dierks/Seidel 2005).

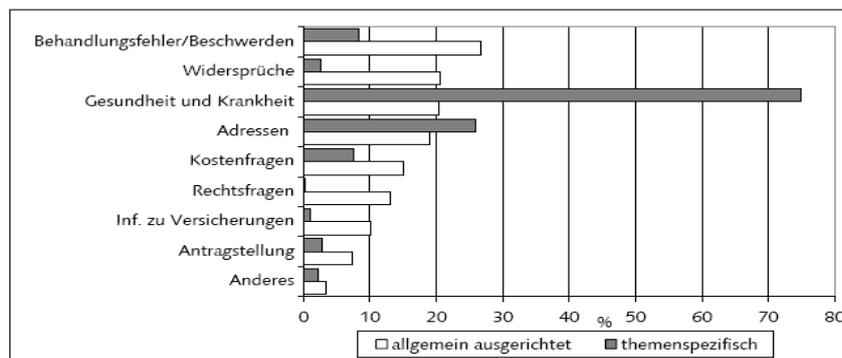
Tabelle 1: Beratungsanliegen von Nutzern in Einrichtungen der „abhängigen“ und „unabhängigen“ Patientenberatung (N=1060 Nutzer aus 27 Einrichtungen, Angaben in %, Mehrfachnennungen möglich) (Seidel/Dierks, S. 209)

	Psychosoziale Unterstützung	Gesundheit / Krankheit	Prävention	Qualität von Anbietern	Adressen	Ansprüche gegen Ärzte	Finanzen / Recht	Widersprüche	Behandlungsfehler
Unabhängige Beratungsstelle	21,4	12,7	6,8	18,6	32,2	15,3	34,7	16,1	11
Ärztammer	12,5	4,8	6,4	51,2	61,6	5,6	8,8	2,4	8,0
Verbraucherberatung	17,2	24,3	7,8	12,5	20,3	10,9	29,7	12	10,9
Selbsthilfe	44,4	23,7	12,6	37,4	64,9	7,6	18,3	9,2	9,2
Krebsberatung	52,6	30,7	12,3	43,0	50,9	14,0	31,6	8,8	28,9
Pro Familia	50,0	14,3	0,0	4,8	23,8	0,0	9,5	0,0	4,8
Privater Infodienst	32,0	24,0	12,0	24,0	52,0	0,0	12,0	4,0	12,0

Mit der dargestellten Übersicht deutet sich an, dass die jeweiligen Angebote der Patientenberatung, auch im Sinne ihres Angebotes genutzt werden. Während die Nutzer von Beratungsangeboten der Ärztekammern speziell an Adressen und Aussagen zur Qualifikation der Anbieter interessiert sind, werden bei Beschwerden und Behandlungsfehlern scheinbar eher unabhängige Beratungseinrichtungen aufgesucht (Dierks/Seidel 2006).

Betrachtet man speziell die Modellprojekte zur unabhängigen Patientenberatung, stehen bei diesen insgesamt Fragen zu „Gesundheit und Krankheit“ im Vordergrund. Dies beinhaltet etwa die Beratung zu Krankheitsbildern, Diagnostik, Therapie oder alternativen Heilverfahren. Daneben haben Themen wie *Behandlungsfehler und Beschwerden*, die *Vermittlung von Adressen* oder die *Unterstützung bei Widersprüchen* eine große Bedeutung (vgl. Abbildung 5).

Abbildung 5: Themen der Beratung in den Modellprojekten zur „unabhängigen“ Patientenberatung (Schaeffer et al. 2005, S. 208)



Große Unterschiede bestehen allerdings in Bezug auf Alter, Geschlecht und Bildung. Wie die Ergebnisse der Evaluation zeigen, lassen Frauen sich häufiger beraten als Männer, nehmen Ältere die Angebote stärker in Anspruch als Junge und sind Nutzer mit niedrigem Bildungsgrad deutlich unterrepräsentiert (vgl. Abbildung 6). Problematisch ist speziell zuletzt genanntes. Obwohl der Gesundheitszustand von Personen mit niedrigem Bildungsgrad im Vergleich zu anderen sozialen Schichten deutlich reduziert ist (Mielck 2005), werden dennoch Beratungsangebote von dieser Personengruppe am wenigsten genutzt. Einfacher formuliert: Mit Patientenberatung werden nicht die Personen erreicht, die am meisten davon profitieren könnten. Bekannt ist dieses Phänomen bereits aus der Präventionsforschung. Bauer (2005) spricht in diesem Zusammenhang vom „Präventionsdilemma“ und beschreibt damit auch die Tatsache, dass Personen, welche den größten Bedarf an Prävention haben, oftmals am wenigsten von etablierten Programmen und Strategien profitieren.

Abbildung 6: Nutzer der Modellprojekte zur „unabhängigen“ Patientenberatung (Angaben in %) (Schaeffer et al. 2005, S. 191)

Merkmal	Nutzer-Anfrage-Dokumentation	Bundesrepublik Deutschland
Frauenanteil	63,7	51,1
Altersgruppen	(n = 16.944)	(n = 82.536,7 Mill.)
15-25 Jahre	3,5	11,5
25-45 Jahre	34,5	30,0
45-65 Jahre	46,3	25,9
65 Jahre und mehr	15,8	17,5
Bildungsgrad		
Niedriger	23,6	47,0
Mittlerer	40,6	26,3
Hoher	35,8	21,2

Unterschiede zeigten sich auch in der Häufigkeit der Nutzung unterschiedlicher Beratungsformen. So wurden mit Abstand die meisten Beratungsgespräche telefonisch geführt (56,1%) und folgt das Gespräch in der Beratungseinrichtung (32,3) erst an zweiter Stelle. Interessant ist darüber hinaus, dass zwar knapp 20% der Beratungen schriftlich durchgeführt wurden, diese aber mit 15% dreimal häufiger per Brief, als per E-Mail (4,1%) erfolgte (Schaeffer et al. 2005, S. 188).

Beitrag und Potentiale zur Gesundheitsförderung

Speziell der Setting-Ansatz war für die Etablierung der Gesundheitsförderung ein wesentlicher Entwicklungsschritt. Diesem folgen wichtige Programme zur Gesundheitsförderung, wie etwa das Leitbild gesunde Stadt, Ansätze zur schulischen bzw. betrieblichen Gesundheitsförderung oder die Initiative Gesundheitsförderndes Krankenhaus. Wie diese Beispiele verdeutlichen, bezeichnet ein Setting dabei immer ein abgegrenztes soziales System, in welchem Maßnahmen zur Gesundheitsförderung ansetzen. Dies bedeutet allerdings nicht, dass innerhalb dieses Settings keine weitere Konkretisierung der Problemsituation notwendig ist. Vielmehr ist es die Kombination aus spezifischer Problemorientierung und der Auswahl eines geeigneten Settings, welche zum Erfolg gesundheitsfördernder Intervention führt (Kaba-Schönstein 2003). Stellt man die Frage, welchen Beitrag Patientenberatung zur Gesundheitsförderung leisten kann, muss dementsprechend zunächst das Problem und das Setting näher konkretisiert werden.

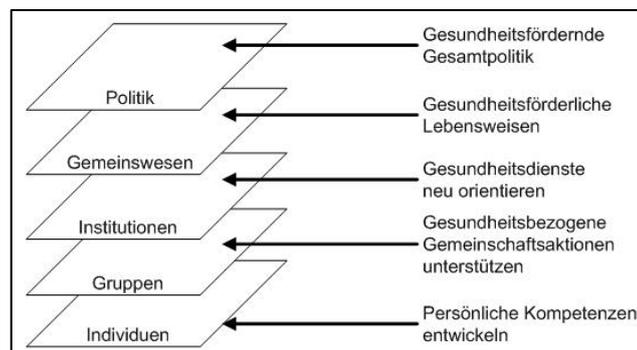
Mögliche Problemkontexte, zu deren Bearbeitung Patientenberatung – als ein Teil einer komplexen gesundheitsbezogenen Intervention – einen Beitrag leisten kann, sind etwa die Bewältigung chronischer Krankheiten bzw. akuter Krankheitskrisen oder die Förderung eines gesundheitsbewussten

Lebensstils. Aber auch bei der Wahl eines Settings sind unterschiedliche Szenarien denkbar. Neben der Kommune bietet auch das Krankenhaus interessante Ansatzpunkte und könnte Patientenberatung im Kontext des Setting-Ansatzes hier einen wichtigen Anteil beitragen. Zu denken ist dabei etwa an die immer häufiger vorhandenen Patienten-Informationen-Zentren und deren Potentiale zur Information und Beratung im Rahmen der Krankenhausbehandlung.

Betrachtet man die Akteure haben im Segment der abhängigen Patientenberatung die Krankenkassen und Krankenhäuser den stärksten kommunalen Bezug. Eingeschränkt können darüber hinaus noch die gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation genannt werden. Auch wenn nicht in jeder Kommune verfügbar, haben diese Angebote doch zumindest eine klare regionale Verortung. Im Bereich der unabhängigen Patientenberatung ist speziell von „traditionellen“ Akteuren deren großes kommunales Engagement bekannt. So sehen etwa die Hamburger Patientenberatungsstellen die Dokumentation und Analyse von Beschwerden, die Vernetzung regionaler Gesundheitsdienstleister sowie dadurch insgesamt eine Verbesserung der Gesundheitsversorgung als wesentliche Aufgaben ihrer Arbeit (vgl. Luckey/Dankowski/Görres, 1995).

Angesprochen sind damit auch schon die Inhalte der Patientenberatung. Je nach historischer Entwicklung, Träger oder Verortung in der gesundheitlichen Versorgung können die einzelnen Angebote zur Patientenberatung sehr unterschiedliche Beiträge im Kontext der Gesundheitsförderung erbringen. Allerdings wäre es viel zu kurz gegriffen, in diesem Zusammenhang ausschließlich auf die Leistungen der Patientenberatung zur gesundheitsbezogenen Information zu verweisen. Vielmehr ist hierbei eine differenzierte Betrachtung notwendig. Eine mögliche Schablone dazu liefern die vorrangigen Handlungsbereiche der Gesundheitsförderung, welche erstmalig in der Ottawa-Charta definiert wurden (siehe Abbildung 7).

Abbildung 7: Handlungsbereiche der Gesundheitsförderung (Kaba-Schönstein 2003, S. 75)



Deutlich erkennbar wird mit dieser Abbildung noch einmal, dass Gesundheitsförderung nicht auf einzelne Bereiche eingeschränkt ist, sondern auf allen gesellschaftlichen Ebenen ansetzt. Ziel von Strategien der Gesundheitsförderung ist dementsprechend zunächst auf der politischen Ebene, die *Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik* zu unterstützen. Auch wenn dieser Handlungsbereich nicht sofort Assoziationen zur Patientenberatung herstellt, darf nicht übersehen werden, dass viele unabhängige Initiativen der Patientenberatung vor dem Hintergrund bürgerlicher Protest- und Selbsthilfebewegungen entstanden sind. Aber auch heute noch engagieren sich unabhängige Beratungsangebote politisch und haben sich einige von diesen sogar zur Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen (BAGP) zusammengeschlossen. Außer der Information, Beratung und Beschwerdeunterstützung von Bürgern und Patienten sieht die BAGP ihre Aufgabe in der Lobbyarbeit, der Veröffentlichung von Pressemitteilungen sowie der gesundheitspolitischen Beteiligung insgesamt (vgl. BAGP 2005).

Als weitere wesentliche Handlungsbereiche werden in der Ottawa-Charta die *Neuorientierung der Gesundheitsdienste* sowie die *Unterstützung gesundheitsbezogener Gemeinschaftsaktionen* benannt. Während ein wesentliches Ziel bei der Weiterentwicklung von Gesundheitsdiensten die stärkere Vernetzung einzelner Akteure und Angebote darstellt, sollen durch die Unterstützung gesundheitsbezogener Gemeinschaftsaktionen Nachbarschafts- und Selbsthilfepotentiale gestärkt werden. Neben dem Segment der unabhängigen Patientenberatung, mit seiner Ausrichtung auf Selbsthilfe und der Funktion des gesundheitsbezogenen Lotsen, können in diesen Handlungsbereichen die schon genannten Patienten-Informations-Zentren (PIZ) an Krankenhäusern auch Akzente setzen. So wurde beispielsweise erst kürzlich am Städtischen Klinikum Bielefeld ein PIZ eröffnet, welches sich explizit auch als Plattform und Begegnungsstelle für regionale Selbsthilfeangebote versteht (vgl. Schenk 2006).

Im Gegensatz zu den bisher ansatzweise diskutierten Handlungsbereichen der Gesundheitsförderung ist die Frage, inwieweit Angebote der Patientenberatung zur *Entwicklung von persönlichen Kompetenzen* beitragen können, ungleich schwerer. Prinzipiell kann aber festgehalten werden, dass die Bereitstellung von Informations- und Beratungsangeboten nicht gleichzusetzen ist mit der Entwicklung von Kompetenzen. Hierzu sind neben speziellen Strategien auch komplexe Übersetzungsprozesse notwendig, welche von den Nutzern der Angebote entsprechend ihrer sozioökonomischen Schicht und ihren individuellen Möglichkeiten ganz unterschiedlich geleistet werden können (Ose/Hurrelmann 2007). Darüber hinaus sind – wie zu Beginn dieses Beitrages schon erwähnt – der Begriff „Patientenberatung“ sowie die damit verbundenen theoretischen und konzeptionellen Überlegungen noch zu unscharf und wird „Patientenberatung“ insgesamt zu heterogen verwendet.

Auch wenn die zurückliegenden Ausführungen teilweise kurz gehalten und die angerissenen Beispiele wesentlich ausführlicher diskutiert werden müssten, sollte dennoch eines deutlich geworden sein: Patientenberatung mit seinen heutigen Strukturen und Angeboten kann in vielfältigen Settings und bei unterschiedlichen Problemkontexten einen wichtigen Beitrag zu gesundheitsbezogenen Interventionen leisten. Allerdings müssen wir uns dazu von der schönen Illusion verabschieden, dass schon alleine durch das Vorhandensein gesundheitsbezogener Informations- und Beratungsangebote gesundheitsfördernde Effekte erzielt werden könnten. Stattdessen sind differenzierte Strategien gefragt, welche Patientenberatung in ein Gesamtkonzept zur Gesundheitsförderung – möglicherweise im Setting „Kommune“ – mit einer klaren Zielsetzung – etwa „Bewältigung chronischer Krankheiten“ – einbindet und eine klare Aufgabenbeschreibung der beteiligten Akteure vornimmt. Solange dies nicht passiert, bleiben Beiträge zur Gesundheitsförderung durch Patientenberatung ein Zufallsprodukt ohne klaren Bezug zur konzeptionellen bzw. theoretischen Verortung von Gesundheitsförderung im Sinne der Ottawa-Charta.

Literatur

- BAGP (2005): Satzung der Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen und -initiativen. Abgerufen unter www.patientenstellen.de am 06.07.2007
- Bauer, U. (2005): Das Präventionsdilemma. Wiesbaden
- Bergmann, J. R./Goll, M./Wiltschek, S. (1998): Sinnorientierung durch Beratung? Funktionen von Beratungseinrichtungen in der pluralistischen Gesellschaft. In: Luckmann, T. (Hg.): Moral im Alltag: Sinnvermittelte und moralisch Kommunikation in intermediären Institutionen. Gütersloh, S. 143-218
- Dierks, M.-L./Schwartz, F. W./Walter, U./A (2001): Konsumenteninformation und Patientensouveränität. In: Reibnitz, C./Schnabel, P.-E./Hurrelmann, K. (Hg.): Der mündige Patient - Konzepte zur Patientenberatung und Konsumentensouveränität im Gesundheitswesen. Weinheim, S. 71-82
- Dierks, M.-L./Schwartz, F. W. (2001): Rollenveränderungen durch New Public Health: Vom Patienten zum Konsumenten und Bewerter von Gesundheitsdienstleistungen. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 2001, Nr. 8, S. 796-803
- Dierks, M.-L./Seidel, G. (2005): Nutzer der Patientenberatung. In: Schaeffer, D./Schmidt-Kaehler, S. (Hg.): Patientenberatung. Bern
- Ewers, M./Schaeffer, D./Ose, D. (2005): Aufgaben der Patientenberatung. In: Schaeffer, D./Schmidt-Kaehler, S. (Hg.): Patientenberatung. Bern
- Haus, F. (2005): Versichertenberatung durch Callcenter der Krankenkassen. In: Schaeffer, D./Schmidt-Kaehler, S. (Hg.): Patientenberatung. Bern
- Kaba-Schönstein, L. (2003): Gesundheitsförderung: Definition, Ziele, Prinzipien, Handlungsfelder und Strategien. In: BZgA (Hg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Schwabenheim a.d. Selz

- Kuhlmann, E. (1999): Im Spannungsfeld zwischen Informed Consent und konfliktvermeidender Fehlinformation: Patientenaufklärung unter ökonomischen Zwängen. Ergebnisse einer empirischen Studie. *Ethik in der Medizin* 11, S. 146-161
- Luckey, K./Damkowski, W./Görres, S. (1995): Hamburger Patientenberatungsstellen. In: Luckey, K./Damkowski, W./Görres, S. (Hg.) *Patienten im Gesundheitssystem - Patientenunterstützung und -Beratung*. Bremen
- Mielck, A. (2005): *Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Einführung in die aktuelle Diskussion*. Bern
- Müller-Mundt, G./Ose, D. (2005): Beratung im Gesundheits- und Sozialwesen in Nordrhein-Westfalen – Strukturen und Schwerpunkte. In: Publikationsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft, Universität Bielefeld
- Ose, D. / Hurrelmann, K. (2007): Mediale Kommunikationsstrategien der Prävention und Gesundheitsförderung. In: Hurrelmann, K./Klotz, T./Haisch, J. (Hg.): *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung*. Bern, S. 389-398
- Ose, D./Hurrelmann, K./Schaeffer, D. (2005): Gesundheits- und Patienteninformationszentren an Krankenhäusern. *Das Krankenhaus* 6/2005, S. 495-500
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1992): *Ausbau in Deutschland und Aufbruch nach Europa - Gutachten 1992*. Baden-Baden
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2003): *Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität - Gutachten 2003*. Baden-Baden
- Schaeffer, D. (1997): Patientenorientierte ambulante Pflege Schwerkranker. Erfordernisse der Konzept- und Wissenschaftsentwicklung. *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften* 5, Nr. 2, S. 85-97
- Schaeffer, D./Dierks, M.-L. (2005): Patientenberatung in Deutschland. In: Schaeffer, D./Schmidt-Kaehler, S. (Hg.): *Patientenberatung*. Bern
- Schaeffer, D./Dierks, M.-L./Hurrelmann, K./Keller, A./Krause, H./Schmidt-Kaehler, S./Seidl, G. (2005): *Evaluation der Modellprojekte zur Patienten- und Verbraucherberatung nach § 65b*. Bern
- Schenk, S. (2006): *Konzept zum Patienten-Informations-Zentrum am Städtischen Klinikum Bielefeld*. Unveröffentlichtes Arbeitspapier
- Schützeichel, R. (2004): Skizzen zu einer Soziologie der Beratung. In: Schützeichel, R./Brüsemeister, T. (Hg.): *Die beratene Gesellschaft - Zur gesellschaftlichen Bedeutung von Beratung*. Wiesbaden, S. 273-286

Gesundheitsselbsthilfe im Alltag

1 Die Bedeutung alltäglicher Selbsthilfe und informeller Hilfe

Informelle und alltägliche gesundheitliche Hilfeleistungen sichern und fördern unser Wohlbefinden und bieten die weitest verbreitete Unterstützung und Versorgung bei Krankheit.

Alltägliche Gesundheitsselbsthilfe ist zwar settinggebunden hinsichtlich ihrer Anlässe, Bedingungen, Formen und Beteiligten – aber an kein spezifisches Setting. Sie geschieht allgegenwärtig um uns herum, in der Familie und im Haushalt, in der Schule, auf dem Pausenhof, am Arbeitsplatz und in der Kantine – in allen privaten und öffentlichen Lebensbereichen, überall dort, wo Menschen leben, lernen, arbeiten, sich erholen, spielen oder Sport treiben, alleine oder mit anderen. Sicherlich gibt es Settings, die bevorzugte Räume, Zeiten und soziale Konstellationen für informelle Gesundheitsförderung und Gesundheitssicherung bieten, aber prinzipiell finden wir sie in unserem Alltag immer und überall.

In dieser Verbreitung alltäglichen individuellen wie sozialen Gesundheitshandelns nimmt es nicht Wunder, dass wir es mit einem Phänomen zu tun haben, welches zumindest quantitativ alle anderen Konstellationen der gesundheitlichen Prävention und Intervention weit hinter sich lässt – professionelle, semiprofessionelle, ehrenamtliche Hilfe wie auch die organisierte Selbsthilfe in den vielen heute existierenden Gesundheitsselbsthilfegruppen und -organisationen.

So ist es lediglich ein Mythos davon auszugehen, dass Menschen, die etwas für ihre Gesundheit tun wollen, die gesund bleiben, in der Krankheit versorgt oder gesund werden wollen, mit ihren gesundheitlichen Anliegen und Problemen zu professionellen Helfern und Helferinnen gehen, dass diese wie auch immer die Probleme lösen und dass die Betroffenen danach gesünder weiter leben könnten (Cowen 1982). Es gehört vielmehr „heute zum gesicherten Lehrbuchwissen der Medizinischen Psychologie“ und der Medizinsoziologie, „dass in den weitaus meisten Fällen von mangelndem körperlichem Wohlbefinden, erst recht aber bei psychosozialen Beeinträchtigungen, professioneller Rat weder von Medizinern noch von Psychologen in Anspruch genommen wird“ (Zenz 1992, S. 61). Gesunde und kranke Menschen helfen sich selbst und gegenseitig, versorgen und pflegen sich

und werden mit Hilfe privater Unterstützungssysteme wie Partnern, Familien, Freunden oder Nachbarn behandelt und versorgt (Behrendt u.a. 1981).

Als Reaktion auf Stress und Krisen verändern sich Personen, indem sie eigene Ressourcen nutzen, individuelle wie soziale, ohne professionelle Beratung und Hilfe aufzusuchen. Weniger als ein Viertel derer, die als psychisch gestört diagnostiziert sind, nehmen eine Therapie in Anspruch und weniger als ein Zehntel derer mit gesundheitsgefährdeten Lebensproblemen suchen professionelle Hilfe, während mehr als die Hälfte aller Therapienutzer auch andere alltägliche Hilfen suchen. Daher sind die in professionellen Versorgungssystemen ankommenden Klienten auch nicht repräsentativ für die Veränderung und Problembewältigung in der Gesamtbevölkerung (Tallmann/Bohart 1999, Tedeschi et al. 1999, Bebbington et al. 2000). Menschen in Not suchen Hilfe bei einer Vielzahl von Quellen und sie sind üblicherweise auch zufrieden damit. Die jeweilige Wirksamkeit von individueller und sozialer Selbsthilfe ist durchaus vergleichbar mit professioneller Hilfe in vielen Problemen und in unterschiedlichen Modalitäten. Resümees von Wirkungsstudien lassen annehmen, dass 85 % der Klienten sich auch mit Hilfe eines guten Freundes bessern könnten und 40 % sogar ohne diesen (Dineen 1999, Lambert/Bergin 1994).

Man geht davon aus, dass zwei Drittel bis drei Viertel aller persönlichen Befindlichkeitsstörungen, Krankheitsepisoden unterschiedlichen Ausmaßes und erst recht psychosoziale Probleme des Alltags ohne die Unterstützung professioneller Helfer und Helferinnen bearbeitet und bewältigt werden. Diese informellen und oft spontanen Hilfeleistungen im Alltag geschehen um uns herum so oft, dass man sie normalerweise gar nicht bewusst zur Kenntnis nimmt, so Collins und Pancoast (1981) und nach Grunow u. a. sind diese Selbsthilfeaktivitäten „normale“ und „übliche“ Aktivitäten, während die Inanspruchnahme des medizinischen und mehr noch des psychosozialen Versorgungssystems als das „selten vorkommende“ betrachtet werden muss (1983, S. 4). Die Menschen helfen sich selbst zunächst individuell, aber vor allem wenn diese individuelle Selbsthilfe nicht gelingt oder nicht zum gewünschten Ergebnis führt, auch sozial, gegenseitig und untereinander. Diese von jedem im Blick auf das eigene Leben leicht nachvollziehbare Tatsache ist in der Vergangenheit durch unterschiedlichste internationale Studien hinreichend und eindeutig nachgewiesen. So belegen Anforderungen zur subjektiven Einschätzung von Lebensqualität und Lebenszufriedenheit immer wieder den hohen Stellenwert, der der Existenz von alltäglicher Hilfe und von sozialen Unterstützungsbezügen zugemessen wird (Campbell 1981, Moos 1974, Blake/Weigel/Perloff 1975). Zum anderen sind es Untersuchungen zur Hilfesuche, die die Bedeutung von informellen Hilfen im Leben der Einzelnen unterstreichen (de Paulo et al. 1983, Wills 1982, Wispe 1976). Auch die soziale Netzwerkforschung belegt den zentralen Stellenwert informeller Hilfen für Gesundheitssicherung und Ge-

sundheitsförderung (Cohen/Syme 1985, Nestmann 1988, Vaux 1988, Röhrlé 1994). All diese Untersuchungen verweisen nur auf sehr wenige Personen und kleine Gruppen, die in gesundheitlichen Problemen nicht zunächst versuchen, sich selbst zu helfen und die keine Hilfe von anderen in Anspruch nehmen bzw. anderen keine Hilfe leisten.

Alltägliche, individuelle wie soziale Gesundheitsselbsthilfe scheint immer und überall verbreitet. Das gilt auch für hoch komplexe Gesellschaften mit differenzierten und institutionalisierten sozialen und medizinischen Versorgungs- und Gesundheitssystemen, die ihren Mitgliedern eine Vielzahl genereller wie problemspezifischer organisierter Hilfsdienste durch professionelle Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen anbieten.

Dass wir uns fast alle selbst und gegenseitig gesundheitlich helfen, scheint auch insofern wichtig als es darauf hinweist, wie unbedingt notwendig es ist, etwas über diese grundlegenden alltäglichen Gesundheitsselbsthilfeaktionen und -transaktionen zu erfahren und ihre Voraussetzungen, Abläufe, Beteiligten, Kontexte, Formen, begleitende Deutungen und Interpretationen und natürlich Effekte und Wirkungen. Es verdeutlicht aber auch die Notwendigkeit entsprechender Selbstreflexionen professioneller Helfer und Versorgungssysteme hinsichtlich des eigenen Stellenwerts und flankierender oder konkurrierender alltäglicher Interventionen. Es fordert ein Nachdenken hinsichtlich der Prioritäten und der Fragen, wer stellt sich auf wen ein, wer passt sich kompensierend, ergänzend wem an - das professionelle System dem alltäglichen oder umgekehrt - wie gehabt? Die Betrachtung professioneller Gesundheitshilfe als der „eigentlichen“, „maßgeblichen“ und selbstredend „besseren“ scheint eine Haltung, die wohl auch angesichts der in den professionellen Versorgungssystemen ankommenden ‚Restbestände‘ an nicht vorhandener oder nicht wirksamer Gesundheitsselbsthilfe alltägliches Gesundheitshandeln in seinen Quantitäten und Qualitäten übersieht, unterschätzt oder es bestenfalls als hilfstherapeutische Ergänzung oder verbesserungsbedürftiges Tun von Laien begreift. Veranschaulicht man sich aber sowohl die Allgegenwärtigkeit alltäglicher Selbsthilfe und alltäglicher Hilfe im Gesundheitsbereich und ihre offenbar weit reichende Wirksamkeit – denn sonst wären professionelle Versorgungssysteme der Vorsorge, Behandlung, Rehabilitation und Pflege längst zusammengebrochen – ist es umso erstaunlicher, dass eine alltägliche Hilfe vor allem aber eine alltägliche Helferforschung im engeren Sinne bis heute in den einschlägigen sozial- und gesundheitswissenschaftlichen Disziplinen kaum existent ist. Das unterscheidet sie von prominenten und zum Teil sehr verwandten Forschungstraditionen.

Während

- die Forschung zu organisierter Selbsthilfe seit den 70er Jahren gerade im Gesundheitsbereich unterschiedlichste Fassetten von Selbsthilfegruppen untersucht - Motivation, Geschlechtertypik, Wirkungen, Kooperationsformen mit Professionellen,
- die Laienhilfe- und Ehrenamtsforschung zu einem etablierten Forschungsbereich wurde, der sich heute auch den quantitativen und qualitativen Dimensionen des bürgerschaftlichen Engagements widmet,
- und die Sozialpsychologie einerseits prosoziales Verhalten und Altruismus in akuten und dramatischen Hilfeanlässen und kurzfristige Hilfeinteraktion zwischen Fremden in ihren Bedingungen und Kontexten erforscht und andererseits in der sozialpsychologischen Hilfe-forschung primär professionelle Hilfebeziehungen und Interaktion studiert,

hat sich international wie in Deutschland eine Alltägliche Hilfe- und Helfers-forschung nicht entwickelt (Nestmann 2005). So bleibt in einer heutigen Zusammenschau zentraler Dimensionen alltäglicher Selbsthilfe- und Helfersforschung im Gesundheitswesen oft nur ein Rekurs auf Wissensbestände der 80er und 90er Jahre des vorigen Jahrhunderts, die bis heute kaum eine Erweiterung und Vertiefung erfahren haben.¹

2 Alltägliche Gesundheitsselfhilfe

Begriffsbestimmung

Es gibt einige Versuche, Gesundheitsselfhilfe zu definieren. Je nach Forschungsrichtung, Erkenntnisinteresse oder politischer Orientierung werden Definitionen aus unterschiedlichen Blickwinkeln heraus formuliert und nicht selten werden dabei auch verschiedene Begriffe und Bezeichnungen verwendet (u. a. Gesundheitshandeln, Laienversorgung, Selbstversorgung, Selbstbehandlung). Im Mittelpunkt stehen aber immer Selbsthilfeaktivitäten (medizinischer) Laien, die diese unternehmen (oder auch nicht unternehmen), um Gesundheit zu erhalten und zu fördern, Krankheitssymptome zu erkennen und Erkrankungen zu bewältigen (Dean/Kickbusch 1995). Eine der im deutschen Sprachraum bekanntesten Definitionen stammt von Dieter Grunow (1987), der Gesundheitsselfhilfe versteht als *„laienhaft, nicht erwerbsmäßig und informell erbrachte Eigenleistungen und gegenseitige Hilfestellungen, die auf die Gesunderhaltung oder Bewältigung von Krankheiten gerichtet sind.“* (S. 247) Dabei kann man die *individuelle Gesund-*

¹ Eine aktuelle Recherche zu den einschlägigen Begriffen (informelle, alltägliche, natürliche Hilfe/Helfer, informal help, natural helpers etc.) in internationalen Literaturdatenbanken erbrachte eine Trefferzahl von unter 10 nach 1990.

heitsselfhilfe, bei der eine Person Maßnahmen für sich selbst erbringt, unterscheiden von der *sozialen Gesundheitsselfhilfe*, bei der sich Mitglieder eines sozialen Netzwerks wie Familie oder Freundeskreis gegenseitig unterstützen. Bei der *gesundheitsbezogenen Selbsthilfe* stehen Maßnahmen zur Erhaltung der Gesundheit im Vordergrund, während *krankheitsbezogene Selbsthilfemaßnahmen* auf die Bewältigung von Krankheiten und deren Folgeerscheinungen gerichtet sind (Grunow et al. 1983, S. 14f).

Gesundheitsselfhilfe – quantitative und qualitative Charakteristika

Die umfangreichste - und bis heute in ihrer Art einzige - Untersuchung zur Gesundheitsselfhilfe in Deutschland wurde durch den Bielefelder Forschungsverbund ‚Laienpotential, Patientenaktivierung und Gesundheitsselfhilfe‘ (u. a. Breilkopf et al. 1980; Grunow et al. 1983; Grunow/Breilkopf/Grunow-Lutter 1984) vorgelegt². Hierbei handelt es sich um eine für die Bundesrepublik Deutschland repräsentative Studie aus den 1980er Jahren, bei der mehr als 2.000 Haushalte in mündlicher und schriftlicher Form zu ihren Alltagsaktivitäten im Umgang mit Gesundheit und Krankheit befragt wurden. Zusätzlich sind 87 Haushalte gebeten worden, über einen Zeitraum von 4 Wochen ein sog. ‚Gesundheitstagebuch‘ zu führen, in dem sowohl alle *täglich-routinemäßig durchgeführten gesundheitsbezogenen Maßnahmen*, als auch alle *akuten Befindlichkeitsstörungen und Erkrankungen* sowie die darauf bezogenen Handlungsreaktionen einschließlich der an diesen Handlungen beteiligten Personen erfasst werden sollten. Die Ergebnisse dieser breit angelegten Analyse veranschaulichen nicht nur die Dimensionen des Gesundheitshandelns unter Laien und dessen spezifische Muster, sondern sie decken insbesondere die große Bedeutung der Gesundheitsselfhilfe für Deutschland auf. Diese wird zunächst durch die Analyse der Gesundheitstagebücher belegt, welche die Selbsthilfeaktivitäten ‚schlaglichtartig‘ erfassen. Insgesamt wurden hier 6.025 Personentage dokumentiert, wobei in 35 % dieser aufgezeichneten Tage vorher geplante bzw. routinemäßige gesundheitsbezogene Aktivitäten durchgeführt wurden und in 30 % der erfassten Tage Maßnahmen bezogen auf unvorhergesehene Beschwerden und Erkrankungen stattgefunden haben (Grunow 1987, S. 251). Die Inhalte der gesundheits- und krankheitsbezogenen Selbsthilfeleistungen erweisen sich dabei als äußerst vielfältig (ebd., S. 252f):

2 Selbstverständlich gibt es weitere nationale wie internationale Studien, die Gesundheitsselfhilfeaktivitäten von Laien untersuchen, jedoch beschränken sich diese überwiegend auf Aktivitäten im konkreten Krankheitsfall bzw. auf bestimmte Gruppen (z.B. alte Menschen, chronisch Kranke) oder es werden nur einzelne Handlungsweisen betrachtet (z.B. Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen, Selbstmedikation). Auch hier stammen die meisten Untersuchungen aus den 70er, 80er und frühen 90er Jahren des vorigen Jahrhunderts, während aktuelle Studien weitgehend fehlen.

- Medikamente werden eingenommen, Haus- und Naturheilmittel angewendet; Tropfen, Salben und Cremes verabreicht; Verbände, Wickel und Umschläge gemacht; Bäder, Massagen und Inhalationen durchgeführt. Wichtige Körperfunktionen werden kontrolliert; beruhigende und entlastende gesundheitliche Maßnahmen (z.B. Spaziergehen, Saunabesuche, Bettruhe) werden ergriffen.
- Ernährungsgewohnheiten, der Umgang mit Genussmitteln sowie ungesundes Verhalten werden gemeinsam erörtert, problematisiert, kritisiert und verändert.
- Es wird geredet, getröstet, abgelenkt, ermuntert; es werden mögliche Folgen und Probleme akuter Erkrankungen gemeinsam erörtert und Lösungen gesucht.

Die am weitesten verbreiteten Selbsthilfemaßnahmen, d. h. Maßnahmen, mit denen mindestens ein Drittel der Befragungsteilnehmer bereits Erfahrungen gemacht hat, sind: die bewusste Einführung bestimmter Ernährungsgewohnheiten, nichtmedikamentöse Selbstbehandlung, Selbstuntersuchungen, Selbstmedikation mit nicht ärztlich verschriebenen Mitteln, sportliche Aktivitäten sowie Gespräche über gesundheitsschädigende Verhaltensweisen (Grunow et al. 1983, S. 44ff).

In zahlreichen weiteren nationalen wie internationalen Studien ist vor allem die *Selbstmedikation* untersucht worden. Schon in den 1980er Jahren hat sich die eigeninitiierte Anwendung freiverkäuflicher und z. T. auch rezeptpflichtiger Arzneimittel als eine der von medizinischen Laien am häufigsten angewendeten Selbsthilfemaßnahmen – insbesondere zur Behandlung von Alltagsbeschwerden wie Erkältungskrankheiten oder Kopfschmerzen – herausgestellt (u. a. Dean 1981; Pajung 1983; Schär 1986). Auch aktuelle Zahlen belegen die hohe Selbstmedikationsbereitschaft unter deutschen Bundesbürgern, die in den vergangenen Jahren kontinuierlich gestiegen ist (Emnid 2003; Institut für Demoskopie Allensbach 2004). Einer Studie des Kölner Marktforschungs- und Beratungsinstituts psychonomics AG aus dem Jahr 2006 zufolge, versuchen 62 % der Deutschen zu Beginn einer Krankheit zunächst, sich mit rezeptfreien Medikamenten selbst zu helfen – 2003 waren es noch 55 % (Psychonomics AG 2006). Eine repräsentative Umfrage unter 3.000 GKV-Mitgliedern ergab, dass auf 8 verordnete Medikamente durchschnittlich 6 selbst gekaufte Präparate kommen (Zok 2006).

Eine weitere Bestätigung der Bedeutung der Gesundheitsselbsthilfe in deutschen Haushalten lässt sich aus der Tatsache ableiten, dass nur 8 % der durch den Bielefelder Forschungsverbund befragten Personen bisher noch überhaupt keine Erfahrungen mit Gesundheitsselbsthilfe – weder individuell noch sozial – gemacht haben, während 92 % bereits selbst Maßnahmen zur Gesunderhaltung oder Krankheitsbewältigung ergriffen bzw. Unterstützung aus dem sozialen Netzwerk in Anspruch genommen haben (Grunow

1986, S. 26). Grunow und seine Kollegen bezeichnen gesundheitliche Selbsthilfe deshalb sogar als eine „*kulturelle Selbstverständlichkeit*“ (Grunow et al. 1983, S. 35).

Es hat sich allerdings gezeigt, dass sowohl die Aktivierung gesundheitlicher Selbsthilfe als auch die Unterstützung anderer Personen in recht unterschiedlichem Ausmaß erfolgen (ebd., S. 35f):

Aktivierung gesundheitlicher Selbsthilfe

- 77 % haben schon sehr häufig oder gelegentlich Maßnahmen ergriffen, um gesund zu werden.
- 63 % haben sich bereits sehr häufig oder gelegentlich Rat bei Familienmitgliedern geholt; von Familienangehörigen praktisch unterstützen lassen haben sich 49 %.
- 26 % haben schon Freunde und Bekannte um gesundheitlichen Rat gefragt; hingegen haben erst 9 % Nachbarn um Unterstützung in gesundheitlichen Problemsituationen gebeten.
- 3 % haben schon einmal an einer Selbsthilfegruppe teilgenommen.

Unterstützung anderer Personen

- 65 % haben schon kranken Familienmitgliedern zumindest gelegentlich praktisch geholfen; dauerhafte Pfl egetätigkeiten haben jedoch erst 20 % übernommen.
- 43 % haben bereits Freunden und Bekannten mit Rat und Unterstützung beigestanden; immerhin noch 16 % haben Arbeitskollegen in krankheitsbedingten Situationen unterstützt.

Trotzdem individuelle und soziale Maßnahmen zur Gesunderhaltung und Krankheitsbewältigung quasi überall erfolgen, gibt es erhebliche Unterschiede in den diesbezüglichen Erfahrungen und Kompetenzen, Anforderungen und Anlässen (Grunow 1986). Die entscheidenden Bestimmungsfaktoren im Hinblick auf Erfahrungen mit Gesundheitsselbsthilfe scheinen besonders die mikrosozialen Haushaltsstrukturen (z.B. Haushaltsgröße) ebenso wie die sie umgebenden haushaltsexternen Netzwerke zu sein (z.B. Zahl der grundsätzlich vorhandenen Freunde, Alltagskontakte mit Nachbarn). Als sog. ‚Risikohaushalte‘, d.h. Haushalte mit nur geringen oder keinen Selbsthilfefahrungen und nur geringer oder keiner Bereitschaft zur Inanspruchnahme von Unterstützungsleistungen durch andere, haben sich beispielsweise Ein- und Zweipersonenhaushalte ohne Kinder sowie Haushalte mit einem extrem geringen Einkommen erwiesen (ebd.).

Gleichzeitig belegen die o. g. Zahlen eindrucksvoll, dass das Ausmaß der Selbsthilfemaßnahmen ganz wesentlich davon abhängig ist, um welche Art der geleisteten Unterstützung es sich handelt und welche Personen beteiligt

sind. Grunow (1986) spricht vor diesem Hintergrund auch von einer „*sozialen Selektivität*“ (S. 27) der Hilfeinanspruchnahme und der Hilfestellung, d. h. „[...] *dass umso häufiger und intensiver Hilfeleistungen angeboten und auch in Anspruch genommen werden, je geringer die soziale Distanz zu diesen Personen ist.*“ (Ebd.) So wird im Rahmen der gesundheitsbezogenen Routinemaßnahmen in etwa 50 % der Fälle nur die betroffene Person allein aktiv. Wenn andere Personen beteiligt sind, stehen Familien- bzw. Haushaltsmitglieder mit 67 % an erster Stelle der Unterstützer. Nicht im Haushalt lebende Verwandte und Bekannte sind nur in 7 % der Fälle helfend tätig, Professionelle des Medizinsystems in 26 % (Grunow 1987, S. 251). Bei der Analyse der Maßnahmen im Hinblick auf unvorhergesehene Beschwerden und Erkrankungen fällt zunächst auf, dass in etwa einem Fünftel der Fälle überhaupt nicht reagiert wird. Wenn etwas unternommen wird, dann sind nur in einem Drittel aller Beschwerde- und Krankheitsepisoden andere Personen außer dem Betroffenen beteiligt, wobei dies zu 77 % Haushaltsmitglieder, zu 12 % haushaltsfremde Laien und zu 11 % professionelle Helfer sind (ebd.).

Mit etwa 50 bis 60 % wird der größte Anteil aller Gesundheits- und Krankheitsprobleme also von den betroffenen Personen selbst bearbeitet und bewältigt. Wenn andere Personen einbezogen werden, sind dies vorrangig Haushaltsmitglieder bzw. Personen aus der Familie im engeren Sinne (Kernfamilie). Alles in allem kann die Familie damit als die zentrale Instanz der Gesundheitsvorsorge und Krankheitsbewältigung sowie der Sozialisation zu gesunder Lebensführung betrachtet werden (ebd.). Nicht umsonst wird die Familie, insbesondere die Kernfamilie, von Hilfeforschern seit jeher als Hauptquelle informeller psychosozialer und gesundheitlicher Unterstützung im Alltag angesehen (Nestmann 2005). Sie gilt nicht nur als das verbreitetste und bekannteste Hilfe- und Unterstützungssystem in allen Gesellschaften (Caplan 1976), sondern auch als zuverlässigster Bereitsteller und zentrale Ressource emotionaler, materieller und finanzieller Hilfen (u.a. Croog/Lipson/Levine 1972; Eddy/Paap/Glad 1970). Bei Intensiv- und Dauerpflegeaufgaben ist die Familie neben der Partnerschaft die Haupthilfequelle (Bowling 1990). Ihre besondere Bedeutung – nicht nur im Hinblick auf Gesundheitsselfhilfe – kommt einerseits dadurch zum Ausdruck, dass Familienmitglieder *funktional unspezifisch* bzw. *universell*, d. h. in vielen und unterschiedlichen Fällen als Helfer agieren. Andererseits kann aufgrund relativ stabiler Normen und gegenseitiger Hilfeverpflichtungen in den familialen Beziehungssystemen auf Hilfe und Unterstützung vertraut werden.

Hilfeaktivitäten haushaltsexterner und nicht verwandter Bezugspersonen finden demgegenüber weniger häufig und weniger intensiv statt und sind sehr viel stärker spezifisch auf bestimmte Anlässe und Aufgaben zentriert. Oftmals kommen sie kompensatorisch dort zum tragen, wo haushaltsinterne Ressourcen fehlen oder nicht ausreichen. Insbesondere enge Freunde und

Freundinnen – gleichgeschlechtlich wie gegengeschlechtlich – erweisen sich neben familialen Bindungen als verbreitete Helfer im Alltag (Froland et al., 1981). Freundschaftshilfe kann sogar vor Familienhilfe rangieren, vor allem dann, wenn Schwierigkeiten aus den Familienbeziehungen selbst resultieren (z.B. bei Trennung und Scheidung). In Bezug auf Gesundheits-selbsthilfe konnten Grunow und Kollegen (1983) feststellen, dass Freunde und Freundinnen insbesondere als Informationsquellen, als Problemgesprächspartner, als Helfer bei eher kurzfristigen Krankheitsepisoden oder bei der gemeinsamen gesundheitsförderlichen Freizeitgestaltung präsent sind.

Andere haushaltsexterne und nicht verwandte Bezugspersonen – wie beispielsweise Nachbarn oder Arbeitskollegen – helfen vorwiegend bei akuten Krankheiten oder Unfällen oder versuchen in gesundheitsbezogenen Gesprächen Einfluss auf (gesundheits-schädigende) Verhaltensweisen zu nehmen. Verglichen mit Familie und Freunden gibt es hier jedoch deutlich definierte Grenzen von gegenseitiger Hilfe und von Hilfeformen, die gesucht und angeboten werden.

Professionelle Helfer werden nur in Ausnahmefällen in Anspruch genommen. Solche Ausnahmefälle können etwa dann eintreten, wenn individuelle Krankheitsbewältigungsversuche scheitern, Hilfen aus dem sozialen Netzwerk fehlen, nicht ausreichen oder versagt bleiben oder wenn die Schwere eine Krankheit die Leistungsgrenzen des informellen Hilfesystems überschreitet. Bereits Anfang der 1960er Jahre wies Last (1963) nach einer Untersuchung unbehandelter Krankheitsfälle in England und Wales darauf hin, dass Ärzte in ihren Praxen nur mit der ‚Spitze des Eisbergs‘ konfrontiert werden. Roghmann und Haggerty (1972) konnten nachweisen, dass nur 6,8 % aller Beschwerden bei Erwachsenen und 7,4 % aller Beschwerden bei Kindern zu einem Arztbesuch führen. Banks und Kollegen (1975) stellten fest, dass nur eines von 37, in einem Gesundheitstagebuch aufgezeichneten Krankheitssymptomen, zur Inanspruchnahme professioneller Hilfe führt. Und auch die Autoren des Bielefelder Gesundheitsselbsthilfesurveys kommen in einer Gesamtanalyse der Beteiligungsgrades von professionellen Helfern lediglich auf 13 % bei präventiven Routineanlässen und sogar nur auf 2 % bei akuten Beschwerden oder unvorhergesehenen Erkrankungen (Grunow et al. 1983). Dies bedeutet, dass alle anderen gesundheitlichen Belange, Belastungen, Krankheitsprobleme usw. ohne professionelle medizinische Hilfe, überwiegend für sich selbst oder aber mit der Unterstützung von Haushalts- und Familienmitgliedern sowie engen Verwandten bearbeitet und bewältigt werden. Jedoch sollte nicht davon ausgegangen werden, dass es sich hier nur um gesundheitliche ‚Kleinigkeiten‘ oder Trivialitäten handelt, denn immerhin 50 % aller geschilderten Situationen werden von den Betroffenen als beeinträchtigend erlebt (Grunow 1986).

Trotz einer breiten Palette an möglichen Hilfequellen zeigt sich aber bei genauerer Betrachtung, dass die gesundheitliche Selbsthilfe eine eindeutig weibliche Domäne darstellt, d. h. dass es vor allem die Frauen/ Mütter sind, die als Helferinnen aktiv werden oder die um Hilfe gebeten werden (Grunow et al. 1983; Grunow-Lutter 1991). So sind an 26 % aller routinemäßig durchgeführten Gesundheitsmaßnahmen Ehefrauen und Mütter als Helferinnen beteiligt, während beispielsweise Ehemänner und Väter in etwa 4 % aller routinemäßigen Selbsthilfeepisoden helfend aktiv werden. Bezogen auf die gemeinsam bewältigten akut auftretenden Beschwerden waren Ehefrauen und Mütter mit einer Beteiligungsrate von 18,5 % ebenfalls die Haupthilfequelle, Ehemänner oder Väter kamen hier nur auf 6 %. Gleichzeitig nennen 64 % der Teilnehmer der Selbsthilfeuntersuchung auf die Frage danach, wen sie am ehesten aus ihrem Familien-, Verwandten- und Freundeskreis um Informationen darüber bitten würden, wie man ein möglichst gesundes Leben führt, an erster Stelle die Mutter bzw. Ehefrau. Auch im Zusammenhang mit praktischer gesundheits- und krankheitsbezogener Hilfe werden von 62 % der Befragungsteilnehmer die Mutter bzw. Ehefrau als beliebteste Helferin genannt. Vera Grunow-Lutter (1991) kommt daher zu dem Schluss, dass Frauen/ Mütter als „die zentralen Schlüsselpersonen des Gesundheitswesens“ (S. 157) betrachtet werden müssen. Ihnen werden nicht nur besondere Kompetenzen, sondern auch die hauptsächliche Verantwortung in Bezug auf die gesundheitliche Versorgung ihrer Angehörigen zugesprochen. Frauen/ Mütter diagnostizieren Beschwerden, entscheiden über das weitere Vorgehen, begleiten bei Arztbesuchen, müssen sich mit Ärzten und deren Anweisungen auseinandersetzen oder pflegen chronisch kranke und behinderte Kinder (Vogt 2000). Die gesundheits- und krankheitsbezogene Unterstützungsarbeit, die Frauen in ihren Familien vollbringen, lässt sich im Anschluss an Graham (1985) in drei große Funktionsbereiche unterteilen:

- Frauen tragen zum einen die Verantwortung für die Herstellung derjenigen häuslichen Bedingungen, welche eine schnelle Genesung bei Krankheiten fördern und die Gesundheit der Familienmitglieder erhalten, d. h. Frauen sind die „providers of health“.
- Frauen sind zum anderen zuständig für die Vermittlung der richtigen Einstellungen und Verhaltensweisen zum Umgang mit Krankheit und zum Erhalt von Gesundheit, d. h. Frauen sind die „negotiators of health“.
- Schließlich fungieren Frauen auch als sog. ‚gatekeeper‘ zwischen dem professionellen Gesundheitssystem und dem informellen Laiengesundheitssystem, indem sie beispielsweise den Kontakt ihrer Angehörigen zu medizinischen Experten vermitteln, d. h. Frauen sind „mediators of health“.

3 Social Support als theoretische Basis alltäglicher Gesundheitsselfhilfe

Social Support scheint ein geeignetes theoretisches Modell, alltägliche Gesundheitsselfhilfe zu fundieren.

Social Support oder soziale Unterstützung, das sind all die Hilfen, die dem Individuum durch seine Beziehungen mit seinen Netzwerkmitgliedern zur Verfügung stehen und die dazu beitragen können, Gesundheit zu fördern und zu sichern bzw. Krankheiten zu vermeiden und Belastungen sowohl somatischer wie psychischer Natur ohne eine ernste und dauerhafte Beeinträchtigung unserer Gesundheit zu verkraften, und auch die Folgen von Krankheiten zu bewältigen oder mit ihnen leben zu lernen (siehe auch Badura 1981).

Gegenseitige *soziale Unterstützung* in der alltäglichen Gesundheitsförderung und -sicherung hilft uns neben dem *individuellen Coping* als persönliche Bewältigungsanstrengung und insbesondere dann, wenn dieses fehlschlägt. Menschen suchen und nutzen vor allem dann Hilfe, wenn sie sich individuell nicht mehr selbst helfen können. Dabei sind individuelle Copinganstrengungen recht ähnlich – nämlich auch emotional, kognitiv problembezogen und handlungsorientiert – und es ist heute davon auszugehen, dass das Wahrnehmen, Aktivieren, Nutzen und Würdigen von Social Support auch zum individuellen Copingrepertoire einer Person gehört.

Als eine funktionale Dimension sozialer Netzwerke wirkt Social Support neben der *sozialen Regulation*, d. h. neben den expliziten oder impliziten Rückmeldungen anderer, die wir zu uns, zu unserem Denken, Fühlen und Handeln, zu unserer Stellung in der Gruppe und so auch zu unserem Gesundheitsstatus oder unserem Gesundheitsverhalten bekommen (Vaux 1988).

Social Support wirkt neben der *sozialen Kontrolle*, in der dieser Einfluss noch stärker normativ vorschreibend definiert, was, wann, wo und wie von uns erwartet wird – z.B. bezüglich unseres Gesundheitshandelns – und uns auch signalisiert, welche Konsequenzen und Sanktionen aus einer Abweichung von diesen sozialen Erwartungen und Regeln resultieren können (House, Umberson/Landis 1988).

Social Support umfasst im Rahmen ihrer so genannten *Haupteffekte* die gesundheitsförderlichen und gesundheitsichernden Wirkungen der sozialen Integration und der Vermeidung von Isolation. Netzwerkintegration fördert Wohlbefinden, positive Stimmung und persönliche Zuversicht in der Gemeinsamkeit und Gemeinschaft mit anderen. Negative Einflüsse von Isolation werden über Geselligkeit und Erfahrungen von Zugehörigkeit, Anerkennung und Respekt vermieden. Selbstwertgefühl und Bewältigungsopti-

mismus werden gesteigert. Negative Isolationseffekte, wie Depressionen oder z.B. die Vernachlässigung von Körperpflege und Hygiene mit ihren resultierenden Gesundheitskonsequenzen, werden verhindert. Diese Erfahrungen von sozialer Einbindung und sozialem Rückhalt wirken generell und belastungs- und stressunabhängig, denn wir nehmen soziale Beziehungen und Bindungen nicht mit dem Blick auf Problem- und Krankheitsbewältigung auf, sondern in unserem stetigen Bedürfnis und Streben nach Kontakt, Austausch, Akzeptanz, Zuwendung etc.

Diese soziale Integration verhindert aber auch sozusagen primär präventiv, dass bestimmte Belastungen – also Stressursachen/Stressoren – überhaupt auftreten. *Objektiv*: Weil z.B. die Eltern ihr Kind gut ernähren, kommt es nicht zu bestimmten Mangelerscheinungen und möglicherweise folgender Krankheit. Oder: finanzielle Hilfe der Kinder für ihre alten Eltern ermöglicht eine gesundheitsförderlichere Wohnumgebung, die Krankheitsrisiken einschränkt. *Subjektive* Haupteffekte können entstehen, weil durch unterstützende soziale Deutungen und Interpretationen eine weniger oder nicht bedrohliche Beurteilung einer Anforderung nahe gelegt wird.

Hier befinden wir uns schon im Übergang zu den so genannten *Puffereffekten* von Support, denen ein Hauptaugenmerk der Supporttheorie und -forschung gilt. Social Support rückt wie ein Puffer zwischen belastende, potenziell krankmachende Lebensereignisse und die Beeinträchtigungen des Wohlbefindens sowie die Entstehung von Krankheit. Einmal können diese interaktionalen Hilfen bereits verhindern, dass eine Belastung zu negativen Stresseffekten führt, die wiederum krankheitsanfällig machen (Arbeitskollegen unterstützen durch Verständnis, Ratschläge und aufgabenbezogene praktische Hilfe eine neue Kollegin in einer Überforderungssituation und verhindern so Desorientierung, Angst und Zusammenbruch). Zum anderen kann Social Support auch noch dafür sorgen, dass bereits erlebter Stress nicht in ein Abrutschen in schwerere oder gar chronische Krankheit mündet (Die Familie stützt ein erkranktes Familienmitglied durch Zuwendung und alltagsmedizinische Versorgung, ermöglicht rasche Erholung und Gesundung; oder Freunde verhindern durch emotionale informationsbezogene, praktische und interpretative Unterstützung das Abgleiten einer Person vom Trauern in eine tiefere Depression nach Partnerverlust) (s. a. Gottlieb 1981).

Unsere sozialen Einbindungen in ein soziales Netzwerk werden über soziale Regulation, soziale Kontrolle und vor allem soziale Unterstützung zu so etwas wie einem „sozialen Immunsystem“ neben dem „individuellen Immunsystem“ jedes Einzelnen, auch wenn sie selbstverständlich belastende oder konfliktreiche Qualitäten ebenso beinhalten (Caplan 1974).

Social Support umfasst hier auch nicht nur die Dimension instrumentell praktischer und materieller Gesundheitshilfen und die eher informativ-

beratenden Unterstützungsbeiträge, problemorientierte Gespräche. Eingebettet sind diese alltäglichen Gesundheitshilfen vor allem in emotionale Beziehungsqualitäten und Unterstützungen, wie Trost, liebevolle Zuwendung, Anteilnahme, Ermutigung und Aufmunterung und all die Deutungs- und Interpretationsmuster, die andere beisteuern. Netzwerkmitglieder prägen unsere individuelle Sicht der Dinge entscheidend und kontinuierlich mit. Von der Einschätzung eines Ereignisses als riskant, belastend und schädigend oder aber als undramatisch, herausfordernd oder lohnend bis hin zur Bewertung der eigenen Bewältigungskräfte und -kompetenzen, der zur Verfügung stehenden sozialen Bewältigungsressourcen und der letztlich optimistischen oder pessimistischen Beurteilung der Bewältigungschancen (House 1981).

Es liegt nahe, dass Support Stress und Krankheit dann am besten abpolstern kann, wenn die jeweilige Hilfe, die belastete Personen erhalten, den funktionalen Bewältigungsanforderungen der Belastungsanlässe ebenso entspricht wie der Hilfeerwartung (Cohen/Wills 1985, Cohen/McKay 1984). Dies gilt insbesondere für Stress und Gesundheitsbelastungen, die wir kontrollieren können. Bei Stressoren und Beeinträchtigungen des Wohlbefindens außerhalb unserer Einflussmöglichkeiten scheint hingegen der generelle und stark auf emotionale Begleitung und Unterstützung beschränkte alltägliche Rückhalt aus sozialer Integration und Einbindung von Bedeutung (Kessler, McLeod/Wethington 1985).

Im Zuge einer Ablösung des pathologiezentrierten und kurativen, primär auf Krankheitsbewältigung und -verhinderung gerichteten Blicks der Gesundheitswissenschaften werden in den 90er Jahren auch Social Support-Modelle stärker um die bereits angelegten Perspektiven einer positiven Gesundheitsorientierung unter dem Begriff des Wohlbefindens erweitert. Im Mittelpunkt stehen nun Fragen: Wie wachsen Personen an und in gesundheitlichen Krisen durch Supporterfahrungen, welche positiven Effekte kann die Überwindung kritischer Lebensereignisse auf Personen und Gesundheit haben oder wo wird Belastung und Stress als eine Chance erfahrbar, Problemlösekompetenz zu entwickeln und Vertrauen in die Hilfe anderer zu lernen (Moos/Schaffer 1993).

Zum Zweiten wird soziale Unterstützung ebenso wie Stressoren und Bewältigungshandeln generell in einen sozialökologischen Kontext integriert, in dem sowohl die Lebensbelastungen wie die sozialen Ressourcen und persönliche und demografische Merkmale der beteiligten Personen als Moderatorvariablen im Stressbewältigungsprozess betrachtet werden. Verdeutlicht wird in diesen Modellen die Wechselwirkung der Variablen und die aktiv interpretierenden und handelnden Rollen der Beteiligten, die bisher einfache Linearitäts- und Kausalitätsvorstellungen alltäglicher sozialer Unterstützung in der Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden systemisch erweitern (Moos/Schaefer 1993).

Die salutogene und hilfreiche Wirkung von sozialer Unterstützung auf Wohlbefinden und Gesundheit ist in hunderten von Studien nachgewiesen worden als Haupt- wie als Puffereffekte. In unterstützenden Netzwerkbeziehungen eingebettete Menschen zeigen sich gesünder, weniger belastet und nicht so störungs- und krankheitsanfällig. Die bessere Bewältigung verschiedenster Krankheiten und deren Folgen auf Grund des sichernden Rückhalts und der Unterstützung durch andere wurden untersucht und bestätigt - von Depressionen über psychosomatische Störungen bis hin zu Ängsten, aber auch Unfallfolgen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs, verschiedenste chronische Krankheiten, Arthritis, Multiple Sklerose, Alzheimer und Aids und viele andere mehr (Cohen/Syme 1985, Vaux 1988, Röhrle 1994). Die Nachweise dafür, dass soziale Unterstützung sowohl Morbidität wie Mortalität reduziert, dass psychosozialer Stress und Gesundheitsrisiken vermindert werden und die Auswirkungen von Stress auf die Gesundheit abgepuffert werden, haben mittlerweile verschiedenste Studien geliefert, von experimentellen Laborstudien an Tieren wie Menschen über Vergleichs- und retrospektive Feldstudien verschiedenster Populationen bis hin zu einer Anzahl von Längsschnittstudien und prospektiven Untersuchungen (House 1987).

In einem biopsychosozialen Erklärungsmodell werden interagierende *physiologische*, *psychologische* und *soziale* Prozesse für die gesundheitsschützenden und -förderlichen Wirkungen sozialer Unterstützung verantwortlich gemacht.

Physiologisch beeinflusst Social Support biopsychische Zustände, die selbst wiederum schädigende physische Prozesse hemmen, sei es, dass das persönliche Immunsystem gestärkt wird oder dass physiologische Stressreaktionen gedämpft werden. Immunologische, humorale und neurale Prozesse sind hierbei entscheidend. Soziale Unterstützung bremst hämodynamische und neuroendokrinale Abläufe. In Tierversuchen wie in Humanexperimenten war nachzuweisen, dass auch sozialer Stress das Immunsystem negativ beeinträchtigen kann und dass umgekehrt positive erlebte Gemeinsamkeit und Geselligkeit mit anderen sowie deren Unterstützung die Kapazitäten des Immunsystems fördern. Unter Stress führen z.B. positive Unterstützungserfahrungen zur Pulsregulierung und zur günstigen Beeinflussung von Herz-Kreislauf-Werten sowie des Blutdrucks. Soziale Verluste und schlechte Netzwerkintegration sind hingegen verknüpft mit Anfälligkeit gegen Infektionen. Sie schwächen das Immunsystem über eine verminderte Lymphozytenreaktion, eine Reduktion von Killerzellen und Antikörpern und eine Erhöhung von Serum-Kortisol und Harnsäure. Biochemische und neurophysiologische Befunde zeigen eine Erhöhung sog. Motivationsbotenstoffe wie Dopamin und eine erhöhte Freisetzung von Betaendorphinen - opiat-ähnliche Stoffe, die euphorisierend, narkotisierend, beruhigend und schmerzlindernd wirken. Sie hemmen die bei Stress im Bereich des Hypo-

thalamus auftretenden adrenokortikotropen Reaktionen, wenn soziale Unterstützung aus Netzwerkeinbindungen erfahren wird. Auch muskulär entspannende Effekte, die Regulation von Atem und Atemtiefe wurden ermittelt (Uchino/Cacioppo/Kiecolt-Glaser 1996, Heinrichs et al. 2003).

Psychologische Unterstützungseffekte auf Gesundheit sind am besten gesichert. Soziale Netzwerke fördern Wohlbefinden durch Integration, Zugehörigkeit, Aufgehobensein, Akzeptanz, Bestätigung und Wertschätzung. Emotionales Wohlbefinden, Selbstwert und Selbstbewusstsein werden so erhöht. Optimistische Stimmung wird geschaffen. Personen erfahren Sicherheit und Reduktion von Angst durch Bindung und das Eingebettetsein in soziale Beziehungen und durch die Aussicht auf Hilfe in Notfällen. Menschen erleben in reziproken Beziehungen auch Bestätigung dadurch, dass andere sie brauchen und sie anderen helfen können, d. h. durch positive Selbstkontroll- und Kontrollenerfahrungen. Psychologisch wirkt auch die Stressreduktion in der Belastungssituation, sei es durch unterstützende Interpretationsprozesse, sei es durch emotionalen Beistand alltäglicher Helfer oder durch die Erfahrung einer gelingenden Bewältigung, wenn eigene Copinganstrengungen durch die sozialen Hilfebezüge aus einem Netzwerk aktiviert, gefördert und unterstützt werden (Diewald 1991, Röhrle 1994).

Gesundheitsbeeinträchtigung und Krankheit werden *sozial* sowohl über die Befriedigung sozialer Bedürfnisse wie auch durch die praktischen, informativen und materiellen Hilfen aus den Netzwerken vermindert oder vermieden. Die alltagsmedizinischen Versorgungs- und Pflegeleistungen informeller Helfer und Helferinnen für gesunde und kranke Netzwerkmitglieder nehmen direkten Einfluss auf unsere Gesundheit und unsere Krankheiten. Zudem ist eine entscheidende Wirkweise die soziale Beeinflussung von Gesundheitsverhalten. Netzwerke vermitteln Werte, Normen und Verhaltensanweisungen zur Gesundheit - als Effekte sozialer Regulation und sozialer Kontrolle - zu ihrer Erhaltung und Sicherung wie zu ihrer Wiederherstellung. Gefahren- und Risikoverhalten, Ernährungsgewohnheiten, Körperpflege, körperliche Aktivitäten etc. sind stark sozialbestimmte Gesundheitsfaktoren. Zudem sind viele gemeinsame und gesellige Aktivitäten in Freizeit und Privatheit gesundheitsförderlich und gesundheitserhaltend. Die Social-Support-Forschung ist insbesondere daran interessiert, wie Modellwirkungen von Netzwerkmitgliedern und sozialregulatorische und -kontrollierende Einflussmaßnahmen, z.B. zur Befolgung von Regeln einer gesunden Lebensführung, beitragen. Unterschiedlichste Studien, vor allem zur Raucherentwöhnung, Alkoholreduktion oder gesunder Ernährung, verweisen auf diese sozialen Wirkungswege (Schwarzer/Leppin 1990).

4 Forschungsbedarf

Noch vieles ist unbekannt, wie genau alltägliche Gesundheitsselbsthilfe – individuell und sozial – unsere Gesundheit und unser Wohlbefinden positiv beeinflusst – präventiv, kurativ und rehabilitativ und wer in welcher Form dazu beiträgt. Zudem stellt sich die Frage, ob das, was wir heute wissen über die Zeit und ihre Veränderungen hinweg erhalten bleibt. Dies scheint eher unwahrscheinlich bei einem ebenso stark personen- wie kontextgebundenen Phänomen, dann wenn Personen wie Kontexte sich dramatisch und schnell ändern. Kontinuitäten wie Diskontinuitäten prägen schon die individuellen Netzwerk- und Supportbiografien – wie viel wahrscheinlicher noch epochen- und kohortenspezifische alltägliche Gesundheitsselbsthilfe. Hierzu bedarf es neuer Forschungsbemühungen, die z.B. fragen und untersuchen:

Haben Menschen im Jahr 2008 noch die Netzwerkressourcen der 1980er Jahre, die alltägliche Gesundheitsselbsthilfe gewährleisten? Es mehren sich die Single-Haushalte und die Haushalte ohne Kinder – gerade die Formen des Zusammenlebens, die in den existierenden Studien oft die schlechtesten Gesundheitsselbsthilfebedingungen und -kompetenzen aufwiesen. Verwandtschaften werden kleiner, aber andererseits beim Aufwachsen in verschiedenen immer neuen Familienkonstellationen auch vielfältiger. Eine repräsentative Netzwerkstudie aus den USA von 2006 berichtet einen dramatischen Rückgang persönlicher sozialer Bindungen (Beziehungen zu Personen, die im eigenen Leben wichtig sind). Die Zahl derer, die niemanden zum Erörtern wichtiger Probleme haben, ist drei Mal größer als 1985. Außerfamiliale Bindungen haben am stärksten abgenommen, aber auch entferntere, lockerere familiäre Beziehungen. Eine noch größere Zentrierung auf Partner und Partnerinnen, auf sehr enge homogene und multiplex verknüpfte Vertraute wird deutlich und andererseits die nahezu komplette Irrelevanz von Nachbarschafts- oder Gemeindebezügen (jenseits aller Community- und Zivilgesellschaftsideen). Dies gilt insbesondere für weniger gebildete Schichten und für Männer, während Frauen enge und weite, starke und schwache familiäre und außerfamiliale Bindungen leben und pflegen (McPherson, Smith-Lovin/Brashead 2006). Steht hier noch ausreichend Gesundheitssupport zur Verfügung, wenn nicht, wird er irgendwie ersetzt oder kompensiert?

Oder:

Qualifiziert oder dequalifiziert eine mediale Informationsflut von Gesundheitsinformationen und Ratgebersendungen und -literatur, die alltägliche Gesundheitsselbsthilfe heute? Wie gehen die Menschen mit wachsender Informationsvielfalt aber mit auch wachsenden Widersprüchlichkeiten, Paradoxien, Unsicherheiten und kaum noch langfristig gültigen Gesundheitsinformationen um? Was heute noch gesund war und empfehlenswert, kann morgen schon riskant und gefährlich sein. Experten konkurrieren um Auf-

merksamkeit und Akzeptanz der Verbraucher und Klienten angesichts des Informations- und Wissenswirrwarrs und der entstandenen Wahrnehmungs- und Rezeptionsökonomie, die zu Selektion und Ausblendung zwingt (Nestmann 2007). Was davon wird aufgenommen und wann und was perlt an Alltagstheorien ab? Was an tradiertem alltagsmedizinischer Kompetenz bleibt erhalten? Was wird verloren oder durch Neues ersetzt? Wie entwickelt sich in diesen Strömungen das Verhältnis von alltäglicher Gesundheitsselbsthilfe und professionellem Helfen? Wird häufiger und schneller professionelle medizinische und psychosoziale Hilfe in Anspruch genommen und weniger Alltagshilfe praktiziert oder zwingt eine Verknappung und Verteuerung professioneller gesundheitlicher Dienstleistungen zum Gegenteil?

Die alltägliche Gesundheitsselbsthilfe verdient eine (neue) theoretische, empirische und praktische Aufmerksamkeit.

Literatur

- Badura, B. (Hg.) (1981): Soziale Unterstützung und chronische Krankheit. Frankfurt a.M.
- Banks, M.H. et al. (1975): Factors influencing demand for primary medical care in women aged 20 – 44 years: A preliminary report. *International Journal of Epidemiology*, 4 (3), S. 189-195
- Bebbington, P.E. et al. (2000): Neurotic disorders and the receipt of psychiatric treatment. *Psychological Medicine*, 30 (6), S. 1369-1376
- Behrendt, J.-U. et al. (1981): Selbsthilfegruppen vor der Vereinnahmung? In B. Badura/v. Ferber, C. (Hg.): *Selbsthilfe und Selbstorganisation im Gesundheitswesen*. München, S. 91-124
- Blake, B.F./Weigel, K./Perloff, R. (1975): Perceptions of the ideal community. *Journal of Applied Psychology*, 60 (5), S. 612-615
- Bowling, A. (1990): Die Versorgung von Verwitweten im Alter. Belastungen für ihre UnterstützerInnen. In: Schmerl, C./Nestmann, F. (Hg.): *Ist Geben seliger als Nehmen? Frauen und Social Support*. Frankfurt a.M., S. 53-80
- Breitkopf, H. et al. (1980): *Selbsthilfe im Gesundheitswesen: Einstellungen, Verhalten und strukturelle Rahmenbedingungen*. Bielefeld
- Campbell, A. (1981): *The sense of well-being in America*. New York
- Caplan, G. (1974): Support Systems. In: Caplan, G. (ed.): *Support Systems and Community Mental Health*. New York
- Caplan, G. (1976): Spontaneous or natural support systems. In: Katz, A.H./Bender, E.J. (eds.): *The strength in us. Self-help groups in the modern world*. New York
- Cohen, S./McKay, G. (1984): Social support, stress and the buffering hypothesis: A theoretical analysis. In: Baum, S./Singer, J.E./Taylor, S.E. (eds.): *Handbook of psychology and health*. Hillsdale, 4, S. 252-267
- Cohen, S./Syme, S.L. (eds.) (1985): *Social support and health*. New York
- Cohen, S./Wills, T.A. (1985): Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98 (2), S. 310-357

- Collins, A.M./Pancoast, D.C. (1981): Das soziale Netz der Nachbarschaft als Partner professioneller Hilfe. Freiburg
- Cowen, E.L. (1982): Help is where you find it. Four informal helping groups. *American Psychologist*, 37 (4), S. 385-395
- Croog, S./Lipson, A./Levine, S. (1972): Help patterns in severe illnesses: Roles of kin network, non-family resources, and institutions. *Journal of Marriage and the Family*, 34, S. 32-41
- Dean, K. (1981): Self-care responses to illness: a selected review. *Social Science and Medicine*, 15 (A), S. 673-687
- Dean, K./Kickbusch, I. (1995): Health related behavior in health promotion: Utilizing the concept of self-care. *Health Promotion International*, 10 (1), S. 35-40
- DePaulo, B.M./Nadler, A./Fisher, I. (1983): New directions in helping, 2, Help seeking. New York
- Diewald, D. (1991): Soziale Beziehungen: Verlust oder Liberalisierung? Soziale Unterstützung in informellen Netzwerken. Berlin
- Dineen, T. (1999): *Manufacturing Victims*. London
- Eddy, W./Paap, S./Glad, D. (1970): Solving problems in living. The citizens view point. *Mental Hygiene*, 64, S. 64-72
- Emnid (2003): *Selbstmedikation 2003*. Bielefeld
- Froland et al. (1981): *Helping networks and human services*. London
- Gottlieb, B. (ed.) (1981): *Social Networks and Social Support*. Beverly Hills
- Graham, H. (1985): Providers, negotiators, and mediators: Women as hidden carers. In: Lewin, E./Oleson, V. (eds.): *Women, health and healing*. New York, S. 25-52
- Grunow, D. (1986): Lebensphasen, soziale Netze und Gesundheitsselbsthilfe: Ansatzpunkte der Gesundheitspolitik. In: Klingemann, H. (Hg.): *Selbsthilfe und Laienhilfe. Alternativen einer Gesundheitspolitik der Zukunft?* Lausanne (FSA), S. 22-41
- Grunow, D. (1987): Soziale Ressourcen in der alltäglichen Gesundheitsselbsthilfe. In: Keupp, H./Röhrle, B. (Hg.): *Soziale Netzwerke*. Frankfurt a.M., S. 245-267
- Grunow, D. et al. (1983): *Gesundheitsselbsthilfe im Alltag*. Stuttgart
- Grunow, D./Breitkopf, H./Grunow-Lutter, V. (1984): *Gesundheitsselbsthilfe durch Laien: Erfahrungen, Motive, Kompetenzen. Ergebnisse einer qualitativen Interviewstudie*. Bielefeld
- Heinrichs, M. et al. (2003): Social Support and Oxytocin Interact to Suppress Cortisol and Subjective Responses to Psychosocial Stress.
- House, J.S. (1981): Work stress and social support. *Reading. Biological Psychiatry*, 54, S. 1389-1398
- House, J.S. (1987): Social Support and Social Structure. In: *Sociological Forum II*, S. 135-146
- House, J.S./Umberson, D./Landis, K.R. (1988): Structure and Processes of Social Support. *Annual Review of Sociology*, 14, S. 293-318
- Institut für Demoskopie Allensbach (2004): *Allensbacher Markt- und Werbeträgeranalyse 2004*. Allensbach
- Kessler, R.C./McLeod, J.D./Wethington, E. (1985): The costs of caring: A perspective on the relationship between sex and psychological distress. In: Sarason, I.G./Sarason, B.R. (eds.): *Social support: Theory, research and applications*. Dordrecht (Martinus Nijhoff), S. 491-506

- Lambert, M.J./Bergin, A.E. (1994): The effectiveness of Psychotherapy. In: Bergin, A.E./Garfield, S.L. (eds.): *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. New York, S. 143-189
- Last, J. M. (1963): The iceberg: Completing the clinical picture in general practice. *The Lancet*, 6, S. 28-31
- Mc Pherson, M./Smith-Lovin, L./Brashears, M.E. (2006): Social Isolation in America: Changes in Core Discussion Networks over Two Decades. *American Sociological Review*, 71, S. 353-375
- Moos, R.H. (1974): The social climate scales: An overview. Palo Alto
- Moos, R.M./Schaefer, J.A. (1993): Coping resources and processes: Current concepts and measures. In: Goldberger, L./Breznitz, S. (eds.): *Handbook of Stress: Theoretical and clinical aspects*. New York, S. 234-257
- Nestmann, F. (2005): Alltägliche Helferinnen – unabdingbar und allgegenwärtig – übersehen und vernachlässigt. *Gruppendynamik und Organisationsberatung*, 36 (4), S. 347-366
- Nestmann, F. (2007): Beratung im Gesundheitswesen – Maximen und Herausforderungen. In: Matzick, S. (Hg.): *Zukunftsaufgabe Gesundheitsberatung – Strategien für Gesundheitsberufe, Perspektiven für Patienten und Verbraucher*. Lage, S. 17-39
- Pajung, B. (1983): Selbstbehandlungsmaßnahmen medizinischer Laien bei Alltagsbeschwerden. *Prävention*, 6 (3), S. 73-77
- Psychonomics AG (2006): *Health Care Monitoring 2006*. Köln
- Roghamann, K.J./Haggerty, R.J. (1972): The diary as a research instrument in the study of health and illness behavior: Experiences with a random sample of young families. *Medical Care*, 10 (2), S. 143-163
- Röhrle, B. (1994): *Soziale Netzwerke und soziale Unterstützung*. Weinheim
- Schär, M. (1986): Problematik der Selbstmedikation. *Sozial- und Präventivmedizin*, 31, S. 134-136
- Schwarzer, R./Leppin, A. (1990): Sozialer Rückhalt, Krankheit und Gesundheitsverhalten. In: Schwarzer, R. (Hg.): *Gesundheitspsychologie*. Göttingen, S. 395-414
- Tallmann, K./Bohart, A.C. (1999): The client as a common factor: clients and self-healers. In: Hubble, M.A./Duncan, B.L./Miller, S.D. (eds.): *The heart and soul of change*. Washington
- Tedeschi, R.G./Park, C./Calhoun, L. (1999): Post-traumatic growth: Postive changes in the aftermath of crisis. Mahwah, New York
- Uchino, B.N./Cacioppo, J.T./Kiecolt-Glaser, J.K. (1996): The relationship between social support and Physiological Processes: A review with emphasis on underlying mechanism and implications for health. In: *Psychological Bulletin*, 119 (3), S. 488-531
- Vaux, A. (1988): *Social support. Theory, research and intervention*. New York
- Vogt, I. (2000): Mütter – die Gesundheitsexpertinnen und Krankenpflegerinnen im Alltag. *Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis*, 32 (4), S. 565-575
- Wills, T.A. (ed.) (1982): *Basic processes in helping relationships*. New York
- Wispe, L. (ed.) (1976): *Sympathy, altruism and helping*. New York
- Zenz, H. (1992): Laienhelfer in der Prävention. In: Schröder, H./Reschke, K. (Hg.): *Psychosoziale Prävention und Gesundheitsförderung*. Regensburg, S. 61-83
- Zok, K. (2006): Arzneimittelmarkt: Selbstmedikation im Fokus. *WidO-monitor*, 3 (1), S. 1-7

Die Autorinnen und Autoren

Friedrich Balck, Jg. 1945, Dr. phil., Professor für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie am Zentrum für Seelische Gesundheit im Universitätsklinikum Dresden. Arbeitsschwerpunkte: Familie und Gesundheit, Psychosoziale Aspekte der Transplantationsmedizin, Psychosoziale Aspekte chronischer Krankheiten, E-Mail: friedrich.balck@uniklinikum-dresden.de

Thomas Bals, Jg. 1957, Dr. phil., ist Hochschullehrer für Medizin- und Pflegepädagogik/ Berufliche Didaktik an der Fakultät Erziehungswissenschaften der TU Dresden. Arbeitsschwerpunkte: Qualitätsentwicklung in der Berufsbildung von Gesundheitsfachberufen, Früherkennung beruflichen Qualifikationsbedarfs in Humandienstleistungsberufen, Didaktik Gesundheits- und Pflegewissenschaften, E-Mail: Thomas.Bals@tu-dresden.de

Hendrik Berth, Jg. 1970, Dr. rer. medic., ist wissenschaftlicher Mitarbeiter, Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie am Zentrum für Seelische Gesundheit im Universitätsklinikum Dresden. Arbeitsschwerpunkte: Transformationsforschung, Inhaltsanalyse, Arbeitslosigkeitsfolgen, Psychische Aspekte in der Humangenetik, Psychoonkologie, E-Mail: berth@wiedervereinigung.de

Ludwig Bilz, Jg. 1977, Dipl.-Psych., ist wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Fakultät Erziehungswissenschaften der Technischen Universität Dresden und Mitglied der Forschungsgruppe Schulevaluation. Arbeitsschwerpunkte: Sozialisationsforschung, Gewalt in der Schule, Schule und Gesundheit, E-Mail: ludwig.bilz@tu-dresden.de

Frank Bittman, Jg. 1956, Dr. rer. nat., ist Professor für Regulative Physiologie und Prävention am Institut für Sportmedizin und Prävention der Universität Potsdam. Arbeitsschwerpunkte: Biokybernetik der Gesundheit, Prävention im Kindesalter, E-Mail: bittmann@uni-potsdam.de

Kerstin Dümmler, Jg. 1981, Dipl.-Soz., ist wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Fakultät Erziehungswissenschaften der Technischen Universität Dresden und Mitglied der Forschungsgruppe Schulevaluation. Arbeitsschwerpunkte: Bildungsforschung, Schule und Gesundheit, E-Mail: Kerstin.Duemmler@mailbox.tu-dresden.de

Andreas Hanses, Jg. 1958, Dr. phil. habil., ist Professor für Sozialpädagogik mit den Schwerpunkten Prävention und Gesundheitsförderung an der Fakultät Erziehungswissenschaften der TU Dresden. Arbeitsschwerpunkte: Rekonstruktive Soziale Arbeit, Biographieforschung, Gesundheit und Krankheit, Diagnose und Professionalisierung, E-Mail: Andreas.Hanses@tu-dresden.de

Cornelia Hähne, Jg. 1974, M. A. ist wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Fakultät Erziehungswissenschaften der Technischen Universität Dresden und Mitglied der Forschungsgruppe Schulevaluation. Arbeitsschwerpunkte: Sozialisationsforschung im Kulturvergleich, Geschlechtsspezifik, Schule und Gesundheit, E-Mail: cornelia.haehne@mailbox.tu-dresden.de

Eva Haufe, Jg. 1959, Dipl.-Math., ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut und der Poliklinik für Arbeits- und Sozialmedizin der Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus der Technischen Universität Dresden. Arbeitsschwerpunkte: Lehrergesundheit, Prävention und betriebliche Gesundheitsförderung, Public Health: Gesundheit von Bevölkerungsgruppen, Epidemiologie, E-Mail: haufe@imib.med.tu-dresden.de

Alois Herlth, Jg. 1946, Dr. rer. soc., ist wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften (Arbeitsgruppe "Prävention und Gesundheitsförderung") und kooptiertes Mitglied der Fakultät für Soziologie der Universität Bielefeld. Arbeitsschwerpunkte: Familienforschung, Sozialisationsforschung und Gesundheitsbildung, E-Mail: alois.herlth@uni-bielefeld.de

Hans Günther Homfeldt, Jg. 1942, Dr. phil., ist Universitätsprofessor für Sozialarbeit/Sozialpädagogik an der Universität Trier. Arbeitsschwerpunkte: Soziale Arbeit und Gesundheit, Ausbildungsforschung, international vergleichende Soziale Arbeit, Altenhilfe und Altenarbeit als Soziale Arbeit, schulbezogene Jugendhilfe, interprofessionelle Kooperation. E-Mail: homfeldt@uni-trier.de

Georg Hörmann, Jg. 1946, Dr. med., Dr. phil., Dr. rer. soc., Lehrstuhl Pädagogik an der Universität Bamberg, Leiter der Forschungsstelle Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Arbeitsschwerpunkte: Gesundheitspädagogik, psychosoziale Beratung, Pädagogik und Therapie, künstlerische Therapien. E-Mail: georg.hoermann@ppp.uni-bamberg.de

Wolfgang Melzer, Jg. 1948, Dr. phil., ist Professor für Schulpädagogik: Schulforschung und Leiter der Forschungsgruppe Schulevaluation an der Technischen Universität Dresden. Arbeitsschwerpunkte: Sozialisations- und Schulforschung, Schulqualität und Schulentwicklung, Gewalt in der Schule, Schule und Gesundheit, E-Mail: wolfgang.melzer@tu-dresden.de

Frank Nestmann, Jg. 1949, Dr. phil., ist Professor für Beratung und Rehabilitation am Institut für Sozialpädagogik, Sozialarbeit und Wohlfahrtswissenschaften der TU Dresden. Arbeitsschwerpunkte: Beratung, soziale Netzwerke und soziale Unterstützung, Informelle Hilfe, Gemeindepsychologie, Sozialpädagogik und Psychiatrie, E-Mail: frank.nestmann@tu-dresden.de

Dominik Ose, Jg. 1975, Dipl. Pflegewirt, MPH, ist wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften in der Arbeitsgruppe „Gesundheitsmanagement und Gesundheitsökonomie“. Arbeitsschwerpunkt: Strukturentwicklung Patienteninformation und -beratung, E-Mail: dominik.ose@uni-bielefeld.de

Ulrike Ravens-Sieberer, Jg. 1964, PD, Dr. phil., MPH, ist Professorin für Psychosoziale Versorgungsforschung und Gesundheitspsychologie an der Universität Bielefeld. Arbeitsschwerpunkt: Lebensqualität und psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen, E-Mail: Ravens-Sieberer@uni-bielefeld.de

Udo Rehm, Jg. 1969, Dr. med., Betriebsarzt bei den Regionalstellen Chemnitz und Zwickau der Sächsischen Bildungsagentur. Arbeitsschwerpunkt: Lehrergesundheit, E-Mail: rehm@imib.med.tu-dresden.de

Klaus Scheuch, Jg. 1942, Dr. med., ist Professor für Arbeitsmedizin, Direktor des Institutes und der Poliklinik für Arbeits- und Sozialmedizin der Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus der Technischen Universität Dresden und war Präsident der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin e.V.. Arbeitsschwerpunkte: Stress, Lehrergesundheit, Psychophysiologie, Umweltlärm, Public Health: Gesundheit von Bevölkerungsgruppen, Entwicklung der Arbeits- und Betriebsmedizin, E-Mail: scheuch@imib.med.tu-dresden.de

Reingard Seibt, Jg. 1954, Dr. rer. nat., ist Leiter des Labors Psychophysiologie und Vitalität am Institut und der Poliklinik für Arbeits- und Sozialmedizin der Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus der Technischen Universität Dresden. Arbeitsschwerpunkte: Prävention und betriebliche Gesundheitsförderung, Lehrergesundheit, Vitalitätsdiagnostik, Psychophysiologische Beanspruchungsforschung, E-Mail: seibt@imib.med.tu-dresden.de

Gerd Stecklina, Jg. 1962, Dr. phil., ist wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Sozialpädagogik, Sozialarbeit und Wohlfahrtswissenschaften der Technischen Universität Dresden, z.Zt. Vertretungsprofessur Fachbereich Sozialwesen an der Universität Kassel. Arbeitsschwerpunkte: Geschlechtersozialisation, Historische Sozialpädagogik, Jugendhilfe und Schule, E-Mail: gerd.stecklina@mailbox.tu-dresden.de

Stephan Sting, Jg. 1958, Dr. phil., ist Professor für Sozial- und Integrationspädagogik am Institut für Erziehungswissenschaft und Bildungsforschung der Alpen-Adria-Universität Klagenfurt. Arbeitsschwerpunkte: Soziale Arbeit und Gesundheit, sozialpädagogische Bildungstheorie, Sozialpädagogik des Kindes- und Jugendalters, E-Mail: stephan.sting@uni-klu.ac.at

Gérard Tchitckian, Jg. 1956, Dipl.-Psych., war wissenschaftlicher Mitarbeiter, Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie am Zentrum für Seelische Gesundheit im Universitätsklinikum Dresden. Arbeitsschwerpunkte: Psychoonkologie, Palliativbetreuung, Psychosoziale Aspekte chronischer Krankheiten, E-Mail: gerard.tchitckian@pol.med.tu-dresden.de

Andreas Weber, Jg. 1958, Apl. Prof. Dr. med. habil. an der Medizinischen Fakultät der Universität Erlangen-Nürnberg, Facharzt für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Umweltmedizin, wissenschaftlicher Geschäftsführer des Instituts für Qualitätssicherung in Prävention und Rehabilitation an der Deutschen Sporthochschule Köln (iqpr GmbH), Lehrbeauftragter an der Fakultät Pädagogik, Philosophie, Psychologie der Otto-Friedrich Universität Bamberg. Arbeitsschwerpunkte: Psychosoziale Gesundheit im Beruf (Burnout, Mobbing), Angewandte Sozialmedizin, Lehrergesundheit, soziale Arbeitsmedizin, betriebliches Gesundheitsmanagement, E-Mail: weber@iqpr.de

Kathy Weinhold, Jg. 1979, Dipl.-Päd., ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Sozialpädagogik, Sozialarbeit und Wohlfahrtswissenschaften der Technischen Universität Dresden. Arbeitsschwerpunkte: Informelle Hilfen, Prävention und Gesundheitsförderung, Beratung, E-Mail: Kathy.Weinhold@tu-dresden.de

Nora Wille, Jg. 1978, Dipl. Psych., MPH, ist wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Universität Bielefeld im Fachbereich Prävention und Gesundheitsförderung. Arbeitsschwerpunkte: Subjektive Gesundheit und Epidemiologie, E-Mail: nora.wille@uni-bielefeld.de

Britta Wulfhorst, Jg. 1965, Apl. Prof. Dr. rer. nat., ist Hochschullehrerin an der Universität Osnabrück im Fachbereich Humanwissenschaften, Lehrereinheit Gesundheitswissenschaften. Arbeitsschwerpunkte: Theoretische Konstituierung der Gesundheitspädagogik, Prävention von Berufskrankheiten, Patientenschulung und -beratung. E-Mail: bwulf@uos.de

Cornelia Wustmann, Jg. 1966, Dr. phil., ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Berufliche Fachrichtungen der Technischen Universität Dresden. Arbeitsschwerpunkte: Didaktik und Methodik frühkindlicher Bildung, Geschichte der Elementar- und Sozialpädagogik, Gesundheitsförde-

rung im Bereich der Kindertageseinrichtungen, E-Mail: Cornelia.Wustmann@tu-dresden.de

