Bernhard Badura

Örtliche Gesundheitsdienste und die Idee der Gesundheitsförderung*

Trotz hoher Aufwendungen für den Gesundheitssektor der Bundesrepublik müssen die Situation örtlicher Gesundheitsdienste und die Versorgung der Bevölkerung mit gesundheitsförderlichen und präventiven Leistungen als durchaus mangelhaft angesehen werden. Das liegt sicherlich einmal an der gesundheitspolitischen Dominanz einer kurativen Medizin, die für Fragen der Prävention und Gesundheitsförderung nur dort Interesse entwickelt, wo entsprechende Dienstleistungen nach dem Prinzip der Einzelleistungsvergütung abrechenbar sind. Der zweite Grund aber muß in der bereits lang anhaltenden Krise des öffentlichen Gesundheitswesens hierzulande als einem spezifisch bundesrepublikanischen Problem gesehen werden (Labisch 1984; Badura/Lenk 1986; Schmacke 1987). Das öffentliche Gesundheitswesen, d.h. der gesamte Bereich der nicht kurativen Gesundheitsversorgung der Bundesrepublik ist ohne Leitbild und bedarf zukünftig eines verstärkten Rückhalts in solider, kontinuierlicher Grundlagenforschung und Ausbildung, um seinen Entwicklungsrückstand gegenüber den USA und anderen entwickelten Gesellschaften wieder aufzuholen (Roemer 1985; Heidenberger 1986).

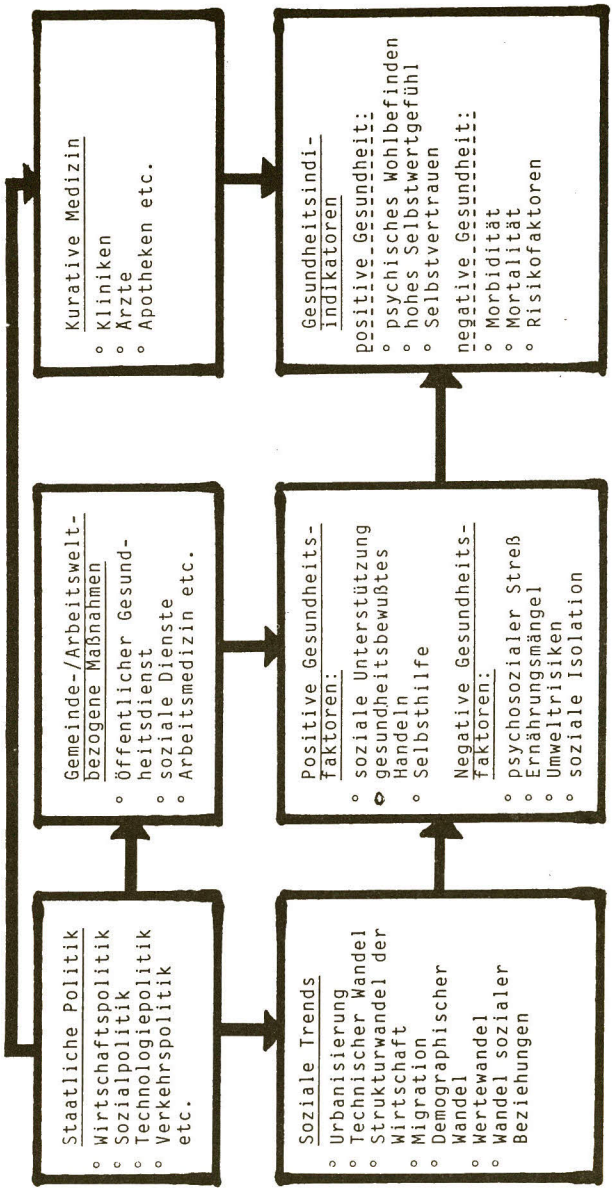
Die Idee der Gesundheitsförderung

Unter Gesundheitsförderung werden Bemühungen verstanden, die die Kontrolle der Bürger über ihre eigene Gesundheit verstärken und dadurch zur Verbesserung ihres physischen, seelischen und sozialen Wohlbefindens beitragen. Diese Bemühungen setzen beim Einzelnen selbst an, bei der Verbesserung seiner Gesundheitskompetenz und bei der Förderung gesundheitsbewußter Lebensweisen. Sie setzen darüber hinaus aber auch bei gesellschaftlichen Bedingungen und Entwicklungen an, die in der Gemeinde und auf gesamtgesellschaftlicher Ebene wirksam sind und nachweislich die Gesundheit gefährden, ihrer Förderung im Wege stehen oder aber positive Auswirkungen auf Gesundheit

* Bei dem vorliegenden Text handelt es sich um die leichte Überarbeitung eines Vortrags, den der Verfasser auf der Präventa 1986 in Düsseldorf gehalten hat.

Schaubild 1

Ansatzpunkte und Ebenen der Gesundheitsförderung



und Wohlbefinden haben. Gesundheitsförderung zielt auf Gestaltung gesellschaftlicher Bedingungen nicht mehr nur auf am Individuum ansetzende Verhaltensprävention. Gerade die Strategie individueller Verhaltensprävention hat — inspiriert vom Risikofaktorenkonzept — jahrelang die gesundheitspolitische Diskussion beherrscht und dabei wesentlich zur Vernachlässigung, ja zur Ignoranz gegenüber gesellschaftlichen Bedingungen und Determinanten von Gesundheit beigetragen. Wenn ich die sachlichen Motive richtig deute, die das europäische Büro der Weltgesundheitsorganisation dazu veranlaßten, sich unter dem Leitbild der Gesundheitsförderung an die Spitze einer New-Public-Health-Bèwegung zu stellen, so liegen sie im wesentlichen erstens in neueren Erkenntnissen sozialwissenschaftlicher und psychobiologischer Gesundheitsforschung und zweitens in einem weithin fühlbaren Wandel gesundheitsrelevanter Einstellungen in der Bevölkerung, charakterisierbar durch Stichworte wie »neues Umweltbewußtsein« oder »neues Körperbewußtsein«. Eine nicht unwesentliche Rolle spielten schließlich die entweder nur sehr bescheidenen oder überhaupt nicht klar nachweisbaren Erfolge herkömmlicher, verhaltensbezogener Präventionsprogramme etwa bei der Bekämpfung koronarer Herzkrankheiten. Die Idee der Förderung der eigenen Gesundheit scheint insgesamt sehr viel motivierender zu wirken als die Idee der Verhinderung einer bloß statistisch wahrscheinlichen, zukünftigen Erkrankung.

Das Schaubild 1 gibt einen Überblick über Annahmen, Prämissen und Konzepte der Gesundheitsförderung. Der linke untere, mit »soziale Trends« überschriebene Block verweist auf gesellschaftliche Entwicklungen, die sich gegenwärtig weltweit eher günstig oder ungünstig auf die im zweiten Block angegebenen unmittelbar gesundheitsrelevanten Faktoren auswirken. Die in diesem zweiten unteren Block genannte Faktorengruppe hat — so wird angenommen — einen direkten, entweder positiven oder negativen Einfluß auf ausgewählte Gesundheitsindikatoren des dritten Blocks. Migration, um nur ein Beispiel herauszugreifen, führt häufig zur Schwächung sozialer Bindungen und zum Rückgang sozialer Unterstützung, zugleich aber auch zu einer beträchtlichen Erhöhung von psychosozialem Streß und trägt dadurch zu überhäufiger Morbidität und Mortalität bei (vgl. dazu Badura 1987). Soziale Bewegungen haben ihrerseits in den vergangenen hundert Jahren wesentlich zur Verstärkung sozialpolitischer Anstrengungen und auf diesem Wege zur Verlängerung der Lebenserwartung und zum Rückgang häufig tödlich endender Infektionskrankheiten beigetragen, wie z.B. das bei Th. McKeown (1982) zusammengetragene Datenmaterial eindrucksvoll belegt. Auch das öffentliche Gesundheitswesen verdankt ja

seine Existenz und Wirksamkeit ursprünglich wesentlich sozialen Reformbewegungen der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts, gehört zu dem von Eduard Heimann (1929; 1980) so bezeichneten »institutionellen Niederschlag« der durch die »soziale« Frage und die Arbeiterbewegung motivierten sozialpolitischen Anstrengungen. Wenn der für die Idee der Gesundheitsförderung ebenfalls richtungsweisende René Dubos (1959) behauptet, die praktischen Erfolge der frühen Public-Health-Experten beruhten weniger auf wissenschaftlich gesicherten Erkenntnissen als auf Schlagworten, so kann davon heute jedenfalls keine Rede mehr sein. Heute spricht vielmehr vieles für eine Umkehrung der Situation: einem inzwischen rasch weiterwachsenden Bestand der für die Arbeit gemeindebezogener Gesundheitsdienste nützlichen wissenschaftlichen Grundlagen gegenüber steht mit dem öffentlichen Gesundheitsamt eine Behörde, die ihren Bezug sowohl zur neueren Grundlagenforschung wie auch zu sozialen Reformbewegungen weitgehend verloren hat.

Die Idee der Gesundheitsförderung, das deutlich zu machen ist die Absicht dieser knappen Bemerkungen, steht in einer Tradition von Prämissen und Leitideen, die für die ursprünglichen Erfolge des öffentlichen Gesundheitswesens mitentscheidend waren. Sie versucht sie weiter zu entwickeln und an die Erfordernisse des Tages anzupassen. Für die Praxis führt dies zu Ansatzpunkten, die im oberen Teil des Schaubildes angedeutet sind.

Staatliche Aktivitäten haben heute ein Ausmaß angenommen, das selbst die kühnsten Träume der frühen Sozialreformer übertrifft. Staatliche Wirtschafts-, Technologie-, Verkehrs- und andere Politiken werden damit wegen ihrer zum Teil sehr tiefgreifenden physischen, psychischen und sozialen Nebenwirkungen zu wichtigen Gegenständen gesundheitsbezogener Anstrengungen. Gesundheitsförderung auf staatlicher Ebene zielt auf eine frühzeitige Aufdeckung positiver oder negativer gesundheitlicher Folgen staatlichen Handelns und auf ihre Förderung bzw. Verhinderung oder Milderung. In diesem Zusammenhang wird häufig auch von der Bedeutung intersektoraler Anstrengungen für die Gesundheit einer Bevölkerung gesprochen. Praktisch hat sich hier bisher, wie z.B. die traurige Geschichte der zu niedrigen Alkoholbesteuerung in der Bundesrepublik und anderswo zeigt, sehr wenig getan. Auch die Erforschung dieses Bereichs steckt noch weitgehend in den Kinderschuhen. Nancy Milios Buch über »Promoting Health Through Public Policy« (1986) stellt eine in diesem Zusammenhang sehr beachtliche und nachahmenswerte Ausnahme dar. Eine wichtige Voraussetzung für gleichermaßen koordinierte und kontinuierliche An-

strengungen zur Entwicklung einer eigenen Health Promotion Policy auf bundesstaatlicher Ebene erscheint die Einrichtung einer gesonderten Abteilung für Gesundheitsförderung innerhalb der Ministerialorganisation, wie sie zum Beispiel die kanadische Regierung geschaffen hat. Die verwaltungswissenschaftliche Forschung lehrt uns jedoch, daß derartig weitreichende Innovationen administrativer Strukturen oft auf unüberwindliche Schwierigkeiten stoßen und wir deshalb auch in Zukunft auf Initiativen und auf das Engagement bereits bestehender Abteilungen angewiesen bleiben werden. Auch hier hat die Bundesrepublik noch einiges nachzuholen, wenn einzelne sehr positive Entwicklungen, insbesondere im Bereich der Forschungsförderung, nicht einfach zu den Akten gelegt werden sollen.

Für die Ausarbeitung konkreter gemeindebezogener oder arbeitsweltbezogener Programme zur Gesundheitsförderung unerläßlich sind — dies zeigen die vorliegenden internationalen Erfahrungen — interdisziplinäre Anstrengungen sowie eine enge Zusammenarbeit zwischen Grundlagenforschung und Praxis. Insbesondere Mediziner und Sozialwissenschaftler müssen noch sehr viel mehr als bisher auf der Ebene der Forschung und der Programmentwicklung zusammenwirken, um Anschluß an den internationalen Stand zu finden. Für die Entwicklung von konkreten Programmen weiter erforderlich ist — das zeigen Ergebnisse des von Herrn von Ferber koordinierten und mittlerweile abgeschlossenen Förderungsprogramms zur »Patientenaktivierung und Gesundheitsselbsthilfe« (1987) — ein verändertes Selbstverständnis von Experten und Laien und deren aktive Zusammenarbeit bei der Planung und Durchführung einzelner Programme. Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitswesens dürfen sich nicht mehr als verlängerter Arm eines Obrigkeitsstaates, sie müssen sich vielmehr als aktive, umweltoffene Dienstleistungseinrichtungen verstehen, deren Mitarbeiter tagtäglich das Prinzip der Hilfe zur Selbsthilfe praktizieren und die sich gegenüber Behörden und Arbeitswelt als Advokaten positiver Gesundheit verstehen.

Risiken und Chancen gesellschaftlicher Entwicklungen für Gesundheit und Lebensqualität der Bürger müssen zwar auf zentralstaatlicher Ebene erkannt und entsprechend reguliert werden. Die bedarfsgerechte Umsetzung staatlicher Programme ist aber immer auch und vor allem Aufgabe gemeindebezogener Aktivitäten. Kommunale Gesundheitsdienste werden damit zukünftig zu einem Brennpunkt moderner Gesundheitspolitik, einmal wegen der Grenzen und Mängel der kurativen Medizin und zum zweiten wegen zahlreicher neuer oder neu erkannter Gesundheitsprobleme als Folge der sich ständig wandelnden natürlichen,

technischen und sozialen Lebensbedingungen moderner Metropolen. Beides: Mängel und Fehlentwicklungen vorhandener Dienste und die zahlreichen neuen Aufgaben und Probleme zwingen uns zu einem Aufbruch zu neuen Ideen, neuen Organisations- und Interventionsformen im Bereich nichtkurativer, gemeindebezogener und im weitesten Sinne ökologisch orientierter Gesundheitsdienste. Der öffentliche Gesundheitsdienst in der Bundesrepublik steht damit vor der folgenschweren Entscheidung, ob er sich dem sozialen Wandel und seinen Anforderungen stellen oder aber sich weiterer Auszehrung, weiterem Verfall und der Gefahr schließlicher Auflösung aussetzen will.

Netzwerkförderung

Eine knappe Konkretisierung dieser programmatischen Bemerkungen soll am Beispiel der »Netzwerkförderung« geschehen. Unsere Sozial- und Gesundheitspolitik konzentriert sich auf Befriedigung materieller Bedürfnisse und Heilung körperlicher Schäden. Die psychosozialen Lebensgrundlagen des Menschen wurden dabei bisher als weder sonderlich problematisch noch förderbedürftig erachtet. Dies erscheint immer weniger verständlich, je mehr uns Fortschritte der Streßforschung, der Sozialepidemiologie und der Psychobiologie informieren über die Bedeutung sozialer Netzwerke und sozialer Interaktionen für das seelische Gleichgewicht und — vermittelt über komplexe psychosomatische Mechanismen — auch für das körperliche Wohlbefinden. Soziale Netzwerke und ihre Leistungen beeinflussen Streßbewältigung und Wohlbefinden. Für Gesundheitsförderung, Prävention und Wiedergenesung sind sie daher von unmittelbarer Relevanz. Aus der Vielzahl der diese These bestätigenden Befunde soll exemplarisch auf die von Berkman aus der Alameda-County-Study (Berkman/Breslow 1983) und die von Ruberman et al. (1984) aus New York verwiesen werden. Netzwerkförderung (englisch: »Networking«) ist daher ein wichtiger Schwerpunkt zukünftiger gemeindebezogener Gesundheitsförderung.

Aus der Sozialisations- und Lebensqualitätsforschung wissen wir, daß der Grad der sozialen Integration und die Qualität der sozialen Ökologie eines Menschen eine direkten positiven Einfluß auf Persönlichkeitsentwicklung und auf das Gefühlsleben haben. Stärkung vorhandener Netzwerke und Schaffung neuer Kontakt- und Kommunikationsmöglichkeiten fördern daher in der Regel das psychische Wohlbefinden und die Kompetenz des einzelnen und bilden ein wichtiges Element der Gesundheitsförderung.

Sind Menschen einer Gemeinde oder Region bereits zweifelsfrei identifizierten Risiken ausgesetzt, denen mit herkömmlichen Institutionen und Möglichkeiten nicht mehr begegnet werden kann, so erscheint die Initiierung oder Förderung einer Initiative oder sozialen Bewegung notwendig und gerechtfertigt. Dafür, daß drängende soziale und gesundheitliche Probleme erst auf den Druck sozialer Bewegungen weithin bekannt und ernsthaft bekämpft wurden, gibt es in der Geschichte und Gegenwart ausreichende Belege.

Zeigen sich in einer Population bereits massenhaft auftretende Symptome oder Risikofaktoren, so kann sich auch hier Netzwerkförderung als sinnvoll und wirksam erweisen. Eine jüngst in einer englischen Fachzeitschrift veröffentlichte Studie konnte bspw. zeigen, daß zur Bekämpfung von Hypertonie die Bildung von Entspannungsgruppen am Arbeitsplatz ebenso wirksam sein kann wie regelmäßige Medikamenteneinnahme (Patel et al. 1985).

Insbesondere für Genesungsverlauf und Lebensqualität chronisch Kranker sind soziale Netzwerke und soziale Unterstützung von außerordentlicher Bedeutung (Badura et al. 1987a; Schafft 1987; Badura et al. 1987b). Angemessene Betreuung und Beratung durch den behandelnden Arzt, eine unterstützende Partnerbeziehung und die Mitarbeit in Selbsthilfegruppen haben einen bedeutenden Einfluß auf den Langzeitverlauf einer Krankheit und, wie die Daten von Ruberman et al. und unsere eigenen Daten zeigen, auch auf die Mortalität chronisch Kranker.

Was tun?

Meine erste These lautet: Das öffentliche Gesundheitswesen benötigt ein neues Leitbild. Die zum Thema Gesundheitsförderung vorliegenden Ideen und Programme könnten dafür von großem Nutzen sein. Jenseits ihrer wissenschaftlichen Begründung ist Gesundheitsförderung eine überaus pragmatische Angelegenheit. Wer keinen Mut zu »Versuch und Irrtum« hat, sollte sich dabei eher zurückhalten. Ob eine klassische deutsche Behörde diesen Mut tatsächlich aufbringt, darf mit Recht in Zweifel gezogen werden.

Meine zweite These lautet: In der Bundesrepublik leiden gemeindebezogene Gesundheitsdienste — mehr noch als in vergleichbaren anderen Ländern — unter einem chronischen Mangel an innovativer und anwendungsbezogener Grundlagenforschung. Ein Studienfach »Gemeindemedizin« ist an deutschen Universitäten unbekannt. Wer sich dafür interessiert, muß nach England oder in die USA gehen. Über die beklagenswerte Situation der Epidemiologie hierzulande muß nichts mehr

gesagt werden. Dem öffentlichen Gesundheitswesen fehlt der dringend notwendige Rückhalt in einem Netzwerk angesehener Wissenschaftler und im Kenntnisschatz kontinuierlicher Grundlagenforschung. In Anlehnung z.B. an das Modell der London School of Hygiene and Tropical Medicine schlage ich daher an geeigneten Universitäten die Gründung von Hochschulen für öffentliche Gesundheit vor. Wenn wir auch nur einen Bruchteil der Mittel, die heute für kurative Forschung aufgewendet werden, regelmäßig in die gemeindebezogene Gesundheitsforschung fließen lassen, wäre der Volksgesundheit ein erheblicher Dienst erwiesen.

Literaturverzeichnis

Badura, B., Kaufhold, G., Lehmann, H., Pfaff, H. , Schott, T., Waltz, M., 1987a: Leben mit dem Herzinfarkt. Eine sozialepidemiologische Studie. Berlin, Heidelberg usw.

dieselben, 1987b: Leben mit dem Herzinfarkt: 4 1/2 Jahre nach Krankheitsausbruch. Oldenburg, West-Berlin. Manuskript

Badura, B., 1987: Krankheitsbewältigung als psychosozialer Prozeß. In: Badura, B., Kaufhold, G., Lehmann, H., Pfaff, H., Schott, T., Waltz, M.: Leben mit dem Herzinfarkt. Eine sozialepidemiologische Studie. Berlin, Heidelberg usw., 7-32

Badura, B., Lenk, K., 1986: Der öffentliche Gesundheitsdienst: Begräbnis oder Neubeginn? In: A. Evers, H. Wollmann (Hg.): Die Zweite Stadt. Leviathan-Sonderheft 7/1986, 306-320

Berkman, L.F., Breslow, L., 1983: Health and Ways of Living: Findings from the Alameda County Study. Oxford, New York

Dubos, R., 1959: Mirage of Health. New York

Forschungsverbund Laienpotential, Patientenaktivierung und Gesundheitsselbsthilfe, 1987: Gesundheitsselbsthilfe und professionelle Dienstleistungen. Soziologische Grundlagen einer bürgerorientierten Gesundheitspolitik. Berlin, Heidelberg usw.

Heidenberger, K., 1986: Die Ausbildung in Gesundheitspolitik und -management an der Harvard School of Public Health. In: Öff. Gesundh.-Wes. 48, 19-24

Heimann, E., (1929), 1980: Soziale Theorie des Kapitalismus. Frankfurt/M.

Labisch, A., 1984: Staat — Gemeinde — Gesundheit. Thesen zur Entwicklung, zum Stand und zur möglichen Fortentwicklung öffentlicher Gesundheitsvorsorge: In: E. Kröger (Hg.): Geschichte und Zukunft des öffentlichen Gesundheitsdienstes. 50 Jahre Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens. Schriftenreihe der Akademie für öffentliches Gesundheitswesen, Bd. 12. Düsseldorf

McKeown, Th., 1982: Die Bedeutung der Medizin. Frankfurt/M.

Milio, N., 1986: Promoting Health Through Public Policy. Ottawa

Patel, C., Marmot, M.G., Terry, D.J., Carruthers, M., Hunt, B., Patel, M., 1985: Trial of Relaxation in Reducing Coronary Risk: Four Year Follow Up. British Med. Journ. 290, 1103-1106

Roemer, M.I., 1985: More Schools of Public Health. In: D. Warning (ed.), Experiences in Primary Health Care Cooperation Conference Proceedings. Deutsche Stiftung f. Internationale Entwicklung (DSE). Berlin, 175-196

Rubermann, W., Weinblatt, A.B., Goldberg, J.D., Chandhary, B., 1984: Psychosocial Influences on Mortality after Myocardial Infarction. New Engl.J.Med. 311, 552-559

Schafft, S., 1987: Psychische und soziale Probleme krebserkrankter Frauen. München

Schmacke, N., 1987: Der Standort der Gesundheitsämter in der aktuellen gesundheitspolitischen Diskussion. In: Jahrbuch für Kritische Medizin, Bd. 12, 122-145