

Unterrichtsskript Berufspolitische Grundlagen Gesundheitswissenschaft, Prävention und Rehabilitation

Stand Juni 2011

Inhaltsverzeichnis

1 Einführung und Überblick in die nationale und internationale Gesundheitspolitik	2
1.1 Nationale und internationale Gesundheitsziele	2
1.1.1 Was sind Gesundheitsziele?	2
1.1.2 Nationale Gesundheitsziele und Gesundheitsziele in den Bundesländern	3
1.1.3 Gesundheitsziele International	5
1.2 Gesundheitssysteme	6
1.2.1 Ziele und Aufbau des Gesundheitswesens in Deutschland	6
1.2.2 Beteiligte des Gesundheitssystems	7
1.2.3 Finanzierungsmodelle	8
2 Prävention und Gesundheitsförderung	10
2.1 Definitionen	10
2.2 Prävention	10
2.2.1 Präventionsprinzipien	11
2.2.2 Stufen der Prävention	11
2.3 Modelle und Konzepte der Prävention und Gesundheitsförderung	11
3 Gesundheit, Krankheit und Behinderung	15
3.1 Definitionen	15
3.2 Konzepte und Modelle	16
3.2.1 Verhaltensmodelle	17
3.2.2 Biopsychologische Modelle	18
3.3.3 Psychodynamische Modelle	19
3.3.4 Sozialpsychologische Modelle	19
3.3.5 Soziologische Modelle	19
4 Rehabilitation	20
5 Literaturverzeichnis	23

Unterrichtsskript Berufspolitische Grundlagen Gesundheitswissenschaft, Prävention und Rehabilitation

Stand Juni 2011

1 Einführung und Überblick in die nationale und internationale Gesundheitspolitik

Das Thema Gesundheit, deren Erhalt oder Wiederherstellung, gehört für alle Menschen zu einem der wichtigsten persönlichen Themen. Seit der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts, wurde das Thema Gesundheit auch zu einem politischen Thema, so dass bestimmte Themen gesetzlich geregelt wurden.

Als Gesundheitspolitik wird der Politikbereich bezeichnet, der sich mit der Planung, Organisation, Steuerung und Finanzierung des Gesundheitssystems beschäftigt und für dessen Funktionalität verantwortlich ist. Aufgaben der Gesundheitspolitik sind dabei unter anderem Verhandlungen mit den Verbänden der Krankenkassen, der Krankenhausträger, der Ärzte und Apotheker und der Pharmaindustrie zu führen und angestrebte Regelungen in Einklang mit übergeordneten Gesundheitszielen in entsprechenden Gesetzen und Verordnungen umzusetzen. Auf Bundesebene ist in Deutschland hauptsächlich das Bundesministerium für Gesundheit zuständig. Die Bundesländer haben eigene, allerdings im Umfang weitaus geringere Zuständigkeiten (z.B. Organisation des öffentlichen Gesundheitsdienstes). Zur Gesundheitspolitik gehört andererseits auch die Beeinflussung anderer gesundheitsrelevanter Politik- und Lebensbereiche wie Bildung, Arbeit, Wohnen, Ernährung, Verkehr, Umwelt, Familie, Freizeit. Diese "indirekte Gesundheitspolitik" kann sich auf die Volksgesundheit stärker auswirken als das eigentliche Gesundheitssystem.

1.1 Nationale und internationale Gesundheitsziele

1.1.1 Was sind Gesundheitsziele?

Gesundheitsziele sind Vereinbarungen der verantwortlichen Akteure im Gesundheitssystem. Sie sind ein ergänzendes Steuerungsinstrument der Gesundheitspolitik im Rahmen von Public-Health-Ansätzen, in deren Mittelpunkt als übergeordnetes Ziel die Gesundheit der Bevölkerung steht. Die Verbesserung der Gesundheit wird dabei fokussiert, aber auch verbesserte Strukturen, die Einfluss auf die Gesundheit der Bevölkerung und die Krankenversorgung haben. Auf der Grundlage gesicherter Erkenntnisse werden für ausgewählte Zielbereiche Empfehlungen formuliert und Maßnahmenkataloge erstellt.

Unterrichtsskript Berufspolitische Grundlagen Gesundheitswissenschaft, Prävention und Rehabilitation

Stand Juni 2011

Gesundheitsziele bilden einen gemeinsamen Handlungsrahmen, der Fachkompetenzen bündelt und als Wissen bereitstellt. Sie integrieren verschiedene gesundheitspolitische Aspekte – z.B. solche zur Prävention oder Versorgung – und gehen mit ihrem politisch-kordinierenden Anspruch über diese hinaus. Erarbeitet werden Gesundheitsziele im breiten Konsens von Politik (Bund, Land, Städte und Kommunen), Kostenträgern, Leistungserbringern, Selbsthilfeorganisationen, Wissenschaft und Forschung.

Gesundheitsziele unterstützen planmäßiges Handeln und fördern sowohl Transparenz als auch die gemeinsame Wahrnehmung und Lösung von Herausforderungen, vor denen das Gesundheitswesen steht. Zielorientierung leistet einen Beitrag zur Versorgungsqualität und zur Optimierung des wirtschaftlichen Einsatzes von Ressourcen.

1.1.2 Nationale Gesundheitsziele und Gesundheitsziele in den Bundesländern

Es gibt sechs nationale Gesundheitsziele, die seit dem Jahr 2000 durch den Kooperationsverbund gesundheitsziele.de entwickelt wurden. Teilweise sind diese bereits aktualisiert und publiziert, ein siebtes wird gerade entwickelt.

- Diabetes mellitus Typ 2 (2003):
 - Erkrankungsrisiko senken
 - Erkrankte früh erkennen und behandeln
- Brustkrebs (2003):
 - Mortalität vermindern
 - Lebensqualität erhöhen
- Tabakkonsum reduzieren (2003)
- Gesund aufwachsen (2003, Aktualisierung 2010):
 - Lebenskompetenz
 - Bewegung
 - Ernährung
- Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patientensouveränität stärken (2003)

Unterrichtsskript Berufspolitische Grundlagen Gesundheitswissenschaft, Prävention und Rehabilitation

Stand Juni 2011

- Depressive Erkrankungen (2006):
 - Verhindern
 - früh erkennen
 - nachhaltig behandeln

Seit 2008 entwickelt eine Arbeitsgruppe das Gesundheitsziel „Gesund älter werden“. Der demografische Wandel in Deutschland wird nach übereinstimmender Meinung von Fachleuten das Gesundheits- und Krankheitsgeschehen in der Bevölkerung langfristig verändern und die Gesundheitsversorgung vor große Herausforderungen stellen. Diesen Herausforderungen müssen sich alle im Gesundheitswesen Verantwortung tragenden Personen und Institutionen stellen. Die Auswahl der Zielentwicklung begründet sich darin.

Es gibt in Deutschland breite Akzeptanz einer Zielorientierung und viele vergleichbare Prozesse auf den verschiedenen Ebenen. So verfolgen neben den Gesundheitszielen auf Bundesebene inzwischen alle Bundesländer länderspezifische Gesundheitsziele oder prioritäre Handlungsfelder, die richtungweisend für deren Gesundheitspolitik sind.

Es gibt keinen zentral gesteuerten Zieleprozess und auch keinen zentralen Akteur, der einen Gesundheitszielprozess verordnen kann. Die Aufgaben werden vielmehr entsprechend der Verantwortlichkeiten von verschiedenen Akteuren arbeitsteilig wahrgenommen. Entsprechend vielfältig sind vor diesem Hintergrund sowohl das Themenspektrum der Gesundheitsziele und Programme als auch die Vorgehensweise bei der Prozessorganisation und bei der Auswahl, Entwicklung, Umsetzung und Evaluation. Bei teilweise sehr unterschiedlichen Ausgangslagen ergeben sich jedoch zugleich eine Vielzahl von Parallelen und Anknüpfungspunkten, sowohl inhaltlicher wie auch organisatorischer Art.

2007 hat die Geschäftsstelle unter dem Titel Gesundheitsziele im Föderalismus eine erste Bestandsaufnahme der Strukturen, Arbeitsweise und Schwerpunkte der Gesundheitszieleprozesse in den Ländern veröffentlicht¹.

¹ siehe Anhang Tabelle 1

Unterrichtsskript Berufspolitische Grundlagen Gesundheitswissenschaft, Prävention und Rehabilitation

Stand Juni 2011

1.1.3 Gesundheitsziele International

Auf internationaler Ebene werden seit Anfang der 1970er Jahre in verschiedenen Ländern Zieleprogramme entwickelt, die dort zum Teil schon seit Jahrzehnten eine wichtige Rolle in der Gesundheitspolitik spielen. So wurden z.B. in Australien, Dänemark, England, Irland, Polen und Schweden Gesundheitsziele formuliert. Einen Überblick über den derzeitigen Stand der in den einzelnen Ländern proklamierten Gesundheitsziele bietet die Seite des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik der WHO (A. Kramer, 2005) (Edelmann, 1996)², Regionalbüro Europa.

Wichtige Impulse für die Entwicklung internationaler Gesundheitsziele gehen auf die Initiative der WHO zurück. So hat das von der WHO verabschiedete und regelmäßig überarbeitete Zieleprogramm „Gesundheit für alle“ (GFA) in den meisten der 53 Mitgliedsstaaten die Formulierung von Gesundheitskonzepten beeinflusst.

Die WHO wurde 1948 mit dem Ziel gegründet, für alle Völker das höchstmögliche Gesundheitsniveau zu erreichen. Mit ihren 193 Mitgliedstaaten ist die WHO federführend in globalen Gesundheitsfragen und in der Gestaltung der Forschungsagenda für Gesundheit, im Aufstellen von Normen und Standards und in der Formulierung evidenzbasierter Grundsatzoptionen.

Die WHO arbeitet in einem zunehmend komplexen und sich rapide verändernden Umfeld. Gesundheitspolitik ist heute weniger deutlich von anderen Bereichen zu trennen und sie erreicht inzwischen auch die Sektoren, die Auswirkungen auf gesundheitliche Chancen und Ergebnisse haben können. Die Agenda der WHO angesichts solcher Herausforderungen enthält sechs Punkte:

- zwei gesundheitliche Ziele: Förderung der Entwicklung und Förderung der Gesundheitssicherheit
- zwei strategische Bedürfnisse: Stärkung der Gesundheitssysteme und Nutzbarmachung von Forschungsergebnissen, -daten und -erkenntnissen
- zwei operative Ansätze: Ausweitung der Partnerschaften und Verbesserung der Leistung

² <http://www.gesundheitsziele.de/>

Unterrichtsskript Berufspolitische Grundlagen Gesundheitswissenschaft, Prävention und Rehabilitation

Stand Juni 2011

1.2 Gesundheitssysteme

Das Gesundheitssystem wird auch als Gesundheitswesen bezeichnet. Es umfasst in einem Land alle Personen, Organisationen, Einrichtungen, Regelungen und Prozesse, deren Aufgabe die Förderung und Erhaltung der Gesundheit sowie die Vorbeugung und Behandlung von Krankheiten und Verletzungen ist. In Österreich wird hierfür auch der Begriff Sanitätswesen verwendet.

„Das deutsche Gesundheitssystem regelt die Beziehungen im Gesundheitswesen zwischen Versicherungen, Versicherten, Leistungserbringern und anderen eingebundenen Gruppen in Deutschland.“³

1.2.1 Ziele und Aufbau des Gesundheitswesens in Deutschland

In der wissenschaftlichen Literatur werden verschiedene Ziele für ein Gesundheitswesen formuliert⁴:

- Chancengleichheit (Zugang zu Gesundheitsleistungen unabhängig von Einkommen und Status)
- Leistungsfähigkeit (schnelle und wirksame Behandlung)
- Bedarfsgerechtigkeit (Problem der Beeinflussung der Nachfrage durch die Anbieter)
- Wirtschaftlichkeit (Verhältnis von Kosten und Nutzen)
- Finanzierbarkeit (Preisbildung und Inanspruchnahme von Leistungen)

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO, siehe Kapitel 1.1.2) legte im Jahr 2000 Ziele fest, an denen sie nationale Gesundheitssysteme misst:

- das Gesundheitsniveau der Bevölkerung,
- das Eingehen auf Bedürfnisse der Bevölkerung in allgemeineren Fragen wie Würde, Selbstbestimmung, Datenschutz und Kundenorientierung, sowie
- die gerechte Verteilung der finanziellen Lasten.

³ http://de.wikipedia.org/wiki/Gesundheitssystem_Deutschlands

⁴ Vgl. <http://de.wikipedia.org/wiki/Gesundheitswesen>

Unterrichtsskript Berufspolitische Grundlagen Gesundheitswissenschaft, Prävention und Rehabilitation

Stand Juni 2011

2001 definierte die EU-Kommission Ziele für Gesundheitswesen und Altenpflege:

- Zugang für alle
- hohe Qualität und
- langfristige Finanzierbarkeit.

1.2.2 Beteiligte des Gesundheitssystems⁵

Die Beteiligten am Gesundheitssystem in Deutschland sind

- die Empfänger von Gesundheitsleistungen (Leistungsempfänger/Patienten)
- die Leistungserbringer: Ärzte, Apotheker, Pflegepersonal und sonstige Heilberufe
- die Leistungsfinanzierer: Direktzahler (*Selbstzahler*), freiwillig Versicherte in der Privaten oder Gesetzlichen Krankenversicherung, gesetzlich Versicherte, Arbeitgeber
- der Staat: seine gesetzgebenden Körperschaften wie der Bund, Länder und Kommunen und seine Regulierungs- und Überwachungsstellen, wie z. B. Gesundheitsämter
- weitere im Gesundheitswesen tätige Interessenverbände z. B. Patientenverbände und Selbsthilfeorganisationen

Abgesehen von staatlichen Krankenhäusern werden die Versorgungsleistungen weitgehend privat erbracht. Außerhalb der Krankenhäuser dominieren freie Berufe, wie niedergelassene Ärzte und Apotheker, und private Unternehmen, beispielsweise die pharmazeutische und die medizintechnische Industrie. Der Staat beteiligt sich als Leistungserbringer nur nachrangig in Form von Gesundheitsämtern, kommunalen Krankenhäusern oder Hochschulkliniken.

⁵ Vgl. <http://de.wikipedia.org/wiki/Gesundheitswesen>

Unterrichtsskript Berufspolitische Grundlagen Gesundheitswissenschaft, Prävention und Rehabilitation

Stand Juni 2011

1.2.3 Finanzierungsmodelle

Die Gesundheitswirtschaft setzt sich aus verschiedenen Akteuren zusammen. Der Kernbereich, auch erster Gesundheitsmarkt genannt, umfasst den Bereich der "klassischen" Gesundheitsversorgung, die größtenteils durch Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) und Private Krankenversicherung (PKV) (einschließlich Pflegeversicherung), zu kleineren Anteilen auch durch Arbeitgeber (Lohnfortzahlung im Krankheitsfall), den Staat (Zuschüsse zur GKV) und weitere Sozialversicherungsträger geprägt ist.

Als zweiter Gesundheitsmarkt werden alle privat finanzierten Produkte und Dienstleistungen rund um die Gesundheit bezeichnet. Dabei ist die Zuordnung, welche Waren und Dienstleistungen einen Bezug zur Gesundheit aufweisen, nicht klar definiert und teilweise umstritten. Der zweite Gesundheitsmarkt umfasst nach allgemeinem Verständnis freiverkäufliche Arzneimittel und individuelle Gesundheitsleistungen, Fitness und Wellness, Gesundheitstourismus sowie – zum Teil – die Bereiche Sport/Freizeit, Ernährung und Wohnen.

Die deutsche Gesundheitswirtschaft ist eine dynamische Wirtschaftsbranche mit hoher Innovationskraft und erheblicher ökonomischer Bedeutung für den Standort Deutschland. Die Gesundheitsausgaben beliefen sich im Jahr 2008 auf rund 263 Mrd. Euro - das entspricht einem Anteil von 10,5 v.H. des Bruttoinlandsprodukts. Im Kernbereich der Gesundheitswirtschaft werden 70% der Ausgaben durch die sozialen Sicherungssysteme finanziert. Allein die Ausgaben der GKV betrugen im vergangenen Jahr 171 Mrd. Euro (2008: 161 Mrd. Euro). Der Anteil der PKV an den Gesundheitsausgaben belief sich im Jahr 2008 auf rd. 25 Milliarden Euro oder knapp zehn Prozent. Im zweiten Gesundheitsmarkt werden knapp 55 Mrd. € ausgegeben (2005). Das entspricht fast 20 % der gesamten Konsumausgaben.

Innerhalb der Bundesregierung ist das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) federführend im Bereich der Gesundheitspolitik und damit für die Ausarbeitung der entsprechenden Gesetzesvorhaben, Verordnungen und Verwaltungsvorschriften zuständig. Auch wenn formal der Bundestag die Gesetze verabschiedet, so wird im

Unterrichtsskript Berufspolitische Grundlagen Gesundheitswissenschaft, Prävention und Rehabilitation

Stand Juni 2011

BMG die Gesundheitspolitik der Bundesregierung konzipiert und erarbeitet, denn die Hauptzuständigkeit für Fragen der Gesundheitspolitik und damit der Gesetzlichen Krankenversicherung liegt im BMG. Bei der Gesetzesvorbereitung sind Abstimmungen mit anderen Ressorts nötig, deren Geschäftsbereiche ebenfalls bestimmte Aspekte der Gesundheitspolitik umfassen, so zum Beispiel Fragen des Verbraucherschutzes (Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz), der sozialen Sicherung (Bundesministerium für Arbeit und Soziales) oder der Finanzierung (Bundesministerium der Finanzen).

Neben Bundestag und Bundesregierung bzw. dem BMG ist der Bundesrat der dritte entscheidende Akteur der Gesundheitspolitik auf Bundesebene. Er ist gleichwohl die Institution der Länder, in der die Ministerpräsidenten sich zu (gesundheits-)politischen Fragen äußern.

Der Gesetzgeber und die staatliche Gesundheitspolitik setzen den Rahmen, in dem die Partner im Gesundheitswesen ihre Entscheidungen treffen können. Dabei gilt es, gesundheitspolitische Prioritäten und eine ökonomische Verwendung der finanziellen Mittel in Einklang zu bringen.

Unterrichtsskript Berufspolitische Grundlagen Gesundheitswissenschaft, Prävention und Rehabilitation

Stand Juni 2011

2 Prävention und Gesundheitsförderung

Public Health ist die Wissenschaft und Lehre von der Verhütung von Erkrankungen, der Lebensverlängerung und der Förderung der seelischen und physischen Gesundheit und Leistungsfähigkeit. Alle Strukturen und Prozesse, mit deren Hilfe die Gesundheit der Bevölkerung erforscht (Health Protection / Gesundheitsschutz), geschützt und gefördert (Gesundheitsförderung / Health Promotion) wird, werden unter Public Health verstanden.

2.1 Definitionen

Gesundheitsschutz umfasst alle Maßnahmen, die eine Gesellschaft – unabhängig vom Verhalten des Einzelnen – aufwendet, um gesundheitlich einwandfreie Lebensverhältnisse sicherzustellen. Das Prinzip der Prävention (Vorbeugung) spielt dabei eine große Rolle.

Unter Gesundheitsförderung werden solche Maßnahmen verstanden, die den Einzelnen befähigen sollen, seine Gesundheit durch individuelle Verhaltensweisen zu erhalten und zu fördern. Gemäß der Ottawa-Charta von 1986 definiert die WHO Gesundheitsförderung folgendermaßen:

„Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen.“

2.2 Prävention

Im Unterschied zur Gesundheitsförderung, die im weitesten Sinne alle der Gesundheit dienlichen Maßnahmen im Rahmen einer Gesellschaft umfasst, ist die Prävention oder Prophylaxe auf ein bestimmtes Ziel gerichtet, nämlich der Bewahrung der Gesundheit und der Verhütung bzw. Früherkennung von Krankheit.

Unterrichtsskript Berufspolitische Grundlagen Gesundheitswissenschaft, Prävention und Rehabilitation

Stand Juni 2011

2.2.1 Präventionsprinzipien

Generell unterscheidet man zwei Präventionsprinzipien: Expositionsprophylaxe und Dispositionsprophylaxe. Expositionsprophylaxe ist die Prävention von außen. Man versteht darunter die Beeinflussung der unbelebten, belebten und sozialen Umwelt des Menschen, so dass eine möglichst geringe Gefahr entsteht. So kann man sich vor einer Grippeerkrankung durch das Tragen von Mundschutz schützen.

Dispositionsprophylaxe ist die Prävention von innen. Man versteht darunter die Förderung und Beeinflussung eines Menschen, sich an die Anforderungen der Umwelt anpassen zu können. So kann man einer Grippeerkrankung durch Impfung vorbeugen.

2.2.2 Stufen der Prävention

Die Stufen der Prävention werden unterschieden in primäre, sekundäre und tertiäre Prävention. Unter primärer Prävention versteht man die Ausschaltung von Risikofaktoren, unter sekundärer Prävention die Sicherstellung frühstmöglicher Diagnosen und Therapien und unter tertiärer Prävention die Begrenzung bzw. den Ausgleich von Krankheitserregern.

2.3 Modelle und Konzepte der Prävention und Gesundheitsförderung⁶

Im Ratgeber der Bundesregierung zur Gesundheitlichen Prävention, werden Prävention und Gesundheitsförderung als Aufgaben der Bundesregierung gesehen, die viele Politikbereiche betreffen und nicht nur Sache einzelner Bundesministerien ist. Gesundheit ist ein multidimensionales Geschehen und hängt mit der gesamten Lebensführung und dem Lebensumfeld zusammen: mit Ernährung, Bewegung, dem Umgang mit Stress und Suchtmitteln, aber auch mit Infektionsrisiken und Unfällen. Außerdem beeinflussen Bildung und soziale Lage und nicht zuletzt die Arbeitsbedingungen sowie die Umwelt die Gesundheit.

⁶ Vgl. Ratgeber der Bundesregierung zur Gesundheitsförderung und Prävention (www.bundesgesundheitsministerium.de)

Unterrichtsskript Berufspolitische Grundlagen Gesundheitswissenschaft, Prävention und Rehabilitation

Stand Juni 2011

Die Bundesregierung formuliert es als ihre Aufgabe, einen gesunden Lebensstil zu fördern. Dazu zählen insbesondere die Familie, die Lern- und Arbeitswelt, das Wohnumfeld und die Umwelt. Ziel ist dabei, die Eigenverantwortung und das Gesundheitsbewusstsein der Bürgerinnen und Bürger zu stärken, um das Entstehen von Krankheiten zu verhindern.

Die betriebliche Gesundheitsförderung ist ein Modell der Prävention und Gesunderhaltung. Betriebliche Gesundheitsförderung umfasst alle gemeinsamen Maßnahmen von Unternehmerinnen und Unternehmern und ihren Beschäftigten zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz. Die Krankenkassen wirken an der Gesundheitsförderung in den Betrieben mit. Dies geschieht unter anderem durch Beratungsangebote und Förderungen bzw. Kostenerstattung spezieller gesundheitsfördernder Maßnahmen.

Konzepte der Gesundheitsförderung verfolgen in der Regel den personenbezogenen Ansatz und den strukturellen Ansatz. Optimalerweise setzen Konzepte zur Gesundheitsförderung auf beiden Ebenen an. Eine andere Form der Darstellung dieser beiden Ansätze gibt das BMG in der Broschüre „Unternehmen unternehmen Gesundheit“:

„Die betriebliche Gesundheitsförderung umfasst Maßnahmen, die auf das Verhalten von Menschen ausgerichtet sind (Verhaltensprävention), und Maßnahmen, die Arbeitsbedingungen analysieren (Verhältnisprävention). Oftmals ist eine klare Trennung in der Praxis nicht möglich und auch nicht sinnvoll, da die Bereiche sich gegenseitig beeinflussen. So verursachen z. B. Über- und Unterforderung von Beschäftigten Stress und Demotivation. Um diese Auswirkungen zu vermeiden, sind neben Kursen zur Stressbewältigung auch Änderungen der Arbeitsbedingungen notwendig. Nachfolgend sind mögliche Maßnahmen beispielhaft dargestellt.“⁷ (siehe Abbildung Seite 14)

Der strukturelle Ansatz konzentriert sich auf Gesundheitsangebote, wie zum Beispiel in Schulen, Krankenhäusern oder Betrieben. Es geht um die Verbesserung der Infrastruktur im Gesundheitsbereich und darum, einen gesundheitsfördernden Rahmen in einem bestimmten „Setting“ zu ermöglichen. Ein Setting ist dabei ein soziales System, das eine Vielzahl relevanter Umwelteinflüsse auf eine bestimmte Personengruppe umfasst und ein System, in dem Bedingungen von Gesundheit und Krankheit auch gestaltet werden können.

⁷ Unternehmen unternehmen Gesundheit. Betriebliche Gesundheitsförderung in kleinen und mittelständischen Unternehmen. S.12f. www.bundesgesundheitsministerium.de

Unterrichtsskript Berufspolitische Grundlagen Gesundheitswissenschaft, Prävention und Rehabilitation

Stand Juni 2011

Beim personenbezogenen Ansatz setzt Gesundheitsförderung bei den Personen selbst an und zwar in ihrem ganz konkreten, individuellen Lebensumfeld. Der Ansatz verfolgt das Ziel der Stärkung der Gesundheitskompetenz des Menschen, womit Wissen über bestimmte Themen und Eigenverantwortung unmittelbar verbunden ist. Meist werden bei Konzepten personenbezogenem Ansatz Zielgruppen angesprochen, z.B. Kinder und Jugendliche, Erwachsene, chronisch Kranke.

Mögliche Präventionsmaßnahmen

Kategorie	Verhaltensorientierte Maßnahmen	Verhältnisorientierte Maßnahmen
Ernährung	<ul style="list-style-type: none">• Ernährungskurse, Ernährungsberatung	<ul style="list-style-type: none">• gesunde Kantinenkost
Bewegung/ Ergonomie	<ul style="list-style-type: none">• Rückenurse, Walking	<ul style="list-style-type: none">• gesundheitsfördernde Arbeitsplatzgestaltung
Stressbewältigung	<ul style="list-style-type: none">• Kurse zur Entspannung, Stressmanagement• Weiterbildung	<ul style="list-style-type: none">• gesundheitsgerechte Mitarbeiterführung
Suchtprävention	<ul style="list-style-type: none">• Kurse zur Tabakentwöhnung	<ul style="list-style-type: none">• rauchfreier Betrieb• Verbesserung des Betriebsklimas (Mobbing, Mitarbeiterführung)
Organisationsgestaltung	<ul style="list-style-type: none">• Fort- und Weiterbildung im Bereich Organisation und Gesundheit	<ul style="list-style-type: none">• Etablierung von Gesundheitszirkeln• bauliche Maßnahmen zur Gesundheitsförderung
Arbeitsgestaltung	<ul style="list-style-type: none">• Fort- und Weiterbildung im Bereich Arbeitsgestaltung	<ul style="list-style-type: none">• Arbeitsplatzwechsel• flexible Arbeitszeiten
Unternehmenskultur	<ul style="list-style-type: none">• Führungskräfte Schulung	<ul style="list-style-type: none">• Leitbild• transparente Kommunikation• Führungskompetenz

Im Zentrum der Gesundheitsförderung steht die frühzeitig beginnende und kontinuierliche Förderung bestimmter Ressourcen. Dazu gehören personale, materielle

Unterrichtsskript Berufspolitische Grundlagen Gesundheitswissenschaft, Prävention und Rehabilitation

Stand Juni 2011

und soziale Ressourcen. Die Maßnahmen der Gesundheitsförderung umfassen mehrere eng aufeinander abgestimmte personalkommunikative und strukturelle Maßnahmen.

Zu den personalkommunikativen Maßnahmen gehören Information und Aufklärung, Lebenskompetenzförderung (Life Skill Programme), kulturpädagogische Ansätze (z.B. theaterpädagogische Projekte), Bürgerbeteiligung / Empowerment (z.B. Gesundheitszirkel in Gemeinden, Elterngruppen, Seniorenbeiräte) und Multiplikatoren zur Gewährleistung des Informationsflusses. Zu den strukturellen Maßnahmen gehört die Schaffung gesundheitsfördernder Rahmenbedingungen (z.B. räumliche Gegebenheiten), Aufbau von Netzwerken sowie die Kooperation und Koordination von Projekten.

Unterrichtsskript Berufspolitische Grundlagen Gesundheitswissenschaft, Prävention und Rehabilitation

Stand Juni 2011

3 Gesundheit, Krankheit und Behinderung

Hinter den Begriffen Gesundheit, Krankheit und Behinderung stehen komplexe Phänomene, auf die sich Maßnahmen der Prävention, Gesundheitsförderung, Rehabilitation oder Therapie einstellen müssen, um erfolgreich zu sein. Verschiedene Modelle versuchen, mit der Komplexität der Phänomene umzugehen. Auch wenn die Begrifflichkeiten und die Gesundheits- und Krankheitsmodelle isoliert keinen Nutzen zu haben scheinen, so bringt doch die Betrachtung der einzelnen Bestandteile des Ganzen Klarheit und Struktur und ermöglicht eine Orientierung.

3.1 Definitionen

Gesundheit wurde 1946 durch die Weltgesundheitsorganisation (World Health Organization, WHO) definiert:

„Gesundheit ist ein Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht allein das Fehlen von Krankheit und Gebrechen.“

Auch das Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft, Forschung und Technologie beschreibt Gesundheit 1997 nicht nur als das Fehlen von Krankheit:

„Gesundheit wird als mehrdimensionales Phänomen (seltsames, ungewöhnliches Ereignis) verstanden und reicht über den Zustand der Abwesenheit von Krankheit hinaus.“

So verstanden ist Krankheit nicht nur das Vorliegen einer Störung der Vorgänge im Körper oder einzelner Organe, sondern eine Störung des Wohlbefindens, was psychisches, physisches und soziales Wohlbefinden einschließt.

Gesundheit bedeutet⁸:

- Das Streben nach Optimierung aller Gefühle von psychischem, physischem und sozialem Wohlbefinden
- Die Fähigkeit zu haben, das momentan machbare umfassende Wohlbefinden herzustellen und zu erhalten

⁸ Vgl. Kramer: Hygiene. München: Urban&Fischer, 2005. Seite 1.

Unterrichtsskript Berufspolitische Grundlagen Gesundheitswissenschaft, Prävention und Rehabilitation

Stand Juni 2011

- Die Fähigkeit, sich bei vorhandenen Einschränkungen des Wohlbefindens damit abzufinden und zu lernen, mit diesen Einschränkungen umzugehen (coping)
- Die Fähigkeit, Schicksalszufriedenheit zu entwickeln und auf die Umwelt zu übertragen

Krankheit bedeutet⁹:

- Die Unfähigkeit, dem Anspruch der optimalen Gesundheit nachkommen zu können
- Eine Reaktion des Einzelnen auf Fehlverhaltensweisen seiner eigenen Person, seiner Lebensführung, seiner Umwelt und seines sozialen Umfeldes
- Bewusstes oder unbewusstes Herbeiführen von Krankheit oder nicht verhinderte Abweichung vom Gesundheitspfad
- Eine aus Störungen normaler Lebensvorgänge von Körper, Geist und Seele ausgelöste Minderbereitschaft bzw. -fähigkeit, das größtmögliche Zufriedenheitsmaß zu entwickeln

Behinderung bedeutet, dass eine Person durch das Zusammenspiel ungünstiger Umweltfaktoren, eine dauerhafte und gravierende Beeinträchtigung der gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Teilhabe bzw. Teilnahme erfährt. Grundsätzlich lassen sich Behinderungszusammenhänge in körperliche Behinderung, Sinnesbehinderung, Sprachbehinderung, psychische Behinderung, Lernbehinderung und geistige Behinderung kategorisieren.

3.2 Konzepte und Modelle

Gesundheits- und Krankheitsmodelle sind der wissenschaftliche Versuch Gesundheit und Krankheit unter einem bestimmten Blickwinkel zu betrachten. In der heutigen gesundheitswissenschaftlichen Bewegung werden die Ergebnisse der Modelle miteinander verknüpft, um die komplexen Phänomene von Gesundheit und Krankheit erfassen zu können. Verhaltensmodelle, biopsychologische Modelle, psychodynamische Modelle, sozialpsychologische Modelle und soziologische Modelle werden in den folgenden Kapiteln dargestellt.

⁹ Vgl. ebd.

3.2.1 Verhaltensmodelle

Das menschliche Verhalten spielt eine wichtige Rolle bei der Entstehung und Bewältigung von Krankheiten. Diejenigen Verhaltensweisen, die sich auf die menschliche Gesundheit auswirken, werden Gesundheitsverhalten genannt. Ein Beispiel für ein günstiges Gesundheitsverhalten ist körperliche Aktivität. Sie schützt vor der Entstehung von Herzerkrankungen und Krebs. Beispiele für ungünstiges, riskantes Gesundheitsverhalten sind Bewegungsmangel, ungesunde Ernährung und Zigarettenrauchen. Diese Verhaltensweisen sind Risikofaktoren für die Entstehung von Herzkrankheiten und Krebs. Das Verhalten eines Menschen, der schon an einer Krankheit leidet, wird als Krankheitsverhalten bezeichnet. Ein Beispiel für ein günstiges Krankheitsverhalten ist die Mitarbeit bei der medizinischen Therapie, z.B. regelmäßige Medikamenteneinnahme (Compliance). Anhand von Verhaltensmodellen lässt sich das Gesundheits- oder Krankheitsverhalten eines Menschen erklären und daraus Strategien ableiten, sein Verhalten in eine günstigere Richtung zu beeinflussen.

Verhaltensmodelle gehen von der Annahme aus, dass gewisse Krankheiten auf Lernprozessen basieren und daher wieder „verlernt“ werden können (z.B. Phobien). Verhaltensmodelle basieren auf der Lerntheorie, die sich in drei große Richtungen einteilen lässt:

- Verhaltenstheorien
- Kognitive Lerntheorien
- Handlungstheorien

Verhaltenstheorien sind behavioristische (behavior = Verhalten) Theorien, die unter anderem auf Pawlow und Watson zurückgehen. Sie zeichnete sich dadurch aus, experimentell äußeres Verhalten zu erfassen. Daraus resultierte zu Anfang die Erkenntnisse der Reiz-Reaktions-Verbindungen. Umweltereignisse oder Reize lösen unter bestimmten Bedingungen ein gelerntes Antwortverhalten (Reaktion) aus. Erweitert wurde diese Sicht durch Skinners Forschung. Entscheidend für das Lernen und damit das Verhalten sind nicht mehr die Bedingungen, unter denen Reize bestimmte Reaktionen auslösen können, sondern die belohnenden oder bestrafenden Konsequenzen. Die Außensteuerung wird der Theorie zugefügt.

Unterrichtsskript Berufspolitische Grundlagen Gesundheitswissenschaft, Prävention und Rehabilitation

Stand Juni 2011

Kognitive Lerntheorien stellen die innere Repräsentation der Umwelt in den Mittelpunkt des Interesses. Kognitives Lernen wird als bewusster Prozess der Informationsaufnahme und Informationsverarbeitung aufgefasst. Die Person ist aktiv an dem Prozess beteiligt. Das Erfassen von Beziehungen und deren sprachlich-begriffliche Formulierung führen zu einer Organisation und Strukturierung der Erfahrung. Die Inhalte der kognitiven Struktur stellen eine wesentliche Bedingung für neues Lernen dar.

Handlungstheorien befassen sich in besonderer Weise mit dem Zusammenhang zwischen Kognition und Handlung. Der Mensch wird dabei als Subjekt gesehen, das sich selbst Ziele setzen kann und Mittel zur Erreichung dieser Ziele bereitstellt. Der Mensch wird nicht mehr wie bei behavioralen Modellen als unter der Kontrolle der Umwelt stehend gesehen, sondern ist von sich aus gegenüber der Umwelt aktiv. Es findet Innensteuerung statt.

Im Bereich der Verhaltenstherapie spielen oben genannte Theorienmodelle eine Rolle. In der Verhaltenstherapie geht man davon aus, dass pathologische Störungen auf die gleiche Art gelernt werden, wie „normales“ Verhalten. Die Therapie stellt ein „therapeutisches Lernen“ dar, bei dem es darum geht pathologische Verhaltensweisen zu verlernen oder umzulernen. Verhaltenstherapien finden bei Krankheitsbildern wie Depression oder Panikstörungen Anwendung.

3.2.2 Biopsychologische Modelle

Biopsychologische Modelle von Gesundheit und Krankheit gehen davon aus, dass Gesundheit und Krankheit durch die Wechselwirkung physiologischer und psychologischer Faktoren bestimmt werden. So geht man beispielsweise davon aus, dass Stress zu chronischen Darmerkrankungen führen kann oder sich Ärger in Bluthochdruck darstellt. Im Fokus steht zudem das Verhältnis von Gehirn und Verhalten, d.h. die Frage, welche neuronalen Zustände welche motorischen Aktionen bewirken.

3.3.3 Psychodynamische Modelle

Psychodynamische Modelle gehen davon aus, dass nicht alle psychischen Prozesse bewusst stattfinden, sondern vielmehr auch unbewusste Prozesse das Verhalten eines Menschen steuern. Dabei gibt es eine ununterbrochene Kausalität der psychischen Prozesse. Ereignisse der frühen Kindheit werden als prägend für das spätere psychische Leben angesehen. Nach psychoanalytischer Auffassung sind psychische Störungen der Ausdruck eines intrapsychischen, verborgenen Konflikts, der sich im Unbewussten befindet. Psychoanalyse als Therapiemethode hat das Ziel, unbewusste Konflikte aufzudecken und zu bearbeiten. Die unbewussten Anteile der Persönlichkeit sollen reduziert werden.

3.3.4 Sozialpsychologische Modelle

Sozialpsychologische Modelle gehen von der Annahme aus, dass soziale Rollen, Normen und Einstellungen Gesundheit und Krankheit beeinflussen. Die beeinflussenden Faktoren werden in psychische und soziale Risiko- und Schutzfaktoren unterschieden. So gehören zu den psychischen Risiko- und Schutzfaktoren beispielsweise Verlusterlebnisse, mangelnde soziale Integration, die Sichtweise, dass Probleme als Herausforderung zu verstehen sind. Zu den sozialen Risiko- und Schutzfaktoren gehören z.B. sozialer Rückhalt, soziale Isolation oder Rollenverlust.

3.3.5 Soziologische Modelle

Soziologische Modelle beschäftigen sich mit der Frage, wie sich die Sozialstruktur auf Gesundheit und Krankheit auswirkt. Die ungleiche Verteilung von Chancen, Möglichkeiten und Freiheiten einer Gesellschaft, wirkt sich nach diesem Modell auf die Gesundheit des Menschen aus. Die gesundheitliche Ungleichheit einer Gesellschaft korreliert mit verschiedenen sozialen Kriterien. Es herrschen beispielsweise Zusammenhänge zwischen sozioökonomischen Status und gesundheitsbezogenem Verhalten.

Unterrichtsskript Berufspolitische Grundlagen Gesundheitswissenschaft, Prävention und Rehabilitation

Stand Juni 2011

4 Rehabilitation¹⁰

Rehabilitation im Sinne der Gesundheit ist das Bestreben einen Menschen wieder in seinen vormals existierenden körperlichen Zustand zu versetzen. Medizinische Rehabilitation versucht dabei, einen bedrohlichen Zustand, der zum Beispiel durch einen Unfall geschehen ist, zu beseitigen, zu mildern oder Folgen zu beseitigen. Dazu dienen Reha-Kliniken und ambulante Rehamaßnahmen.

Gesetzliche Grundlage für die Rehabilitation sind das Sozialgesetzbuch¹¹:

- SGB IX Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen
- SGB V für die gesetzliche Krankenversicherung
- SGB VI für die Rentenversicherung
- SGB VII für die Unfallversicherung
- SGB VIII für die Jugendhilfe
- SGB XII für die Sozialhilfe (Eingliederungshilfe)
- SGB III für die Bundesagentur für Arbeit, auch zuständig für SGB II und SGB IX
- BVersG für die Versorgungsverwaltung

In Deutschland gibt es sieben Arten von Leistungsträgern im Bereich der Rehabilitation: die Bundesagentur für Arbeit, die gesetzliche Rentenversicherung, die gesetzlichen Krankenkassen, gesetzliche Unfallversicherungen, Träger der Kriegsopferversorgung und Kriegsopferversorge, Träger der öffentlichen Jugendhilfe und die Träger der Sozialhilfe. In den meisten Fällen sind die gesetzliche Rentenversicherung oder die gesetzliche Krankenversicherung die zuständigen Leistungsträger.

In den gemeinsamen Rahmenempfehlungen für ambulante und stationäre Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen zwischen den Leistungsträgern und den Verbänden, wird als Ziel für medizinische Rehabilitation definiert, dass manifeste Beeinträchtigungen der Teilhabe am Alltagsgeschehen (Schule, Beruf, gesellschaftliches Leben) durch geeignete Rehaleistungen zu vermeiden, zu beseitigen bzw. zu vermindern sind oder eine Verschlimmerung durch die Maßnahme verhütet werden kann. Es wird eine

¹⁰ Vgl. Gemeinsame Rahmenempfehlung für ambulante und stationäre Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen auf der Grundlage des SGB V

¹¹ Vgl. www.wikipedia.org/wiki/Rehabilitation

Unterrichtsskript Berufspolitische Grundlagen Gesundheitswissenschaft, Prävention und Rehabilitation

Stand Juni 2011

möglichst selbstständige und unabhängige Lebensführung angestrebt. Bei bereits eingetretener Pflegebedürftigkeit ist das Ziel der Rehamaßnahme, die Selbstbestimmungsfähigkeit und die Selbsthilfefähigkeit soweit wie möglich zu fördern und zu erhalten. Inhalte medizinischer Rehabilitationen sind:

- Diagnostische Maßnahmen
- Therapeutische Verfahren und Methoden

Die Inhalte beziehen sich auf die Gebiete der Medizin, Psychologie, Pädagogik und Gesundheitsbildung unter Einschluss psychosozialer Hilfen, die nach dem allgemein anerkannten Stand wissenschaftlicher, insbesondere rehabilitationswissenschaftlicher Erkenntnisse geeignet sind, das angestrebte Rehabilitationsziel zu erreichen.

Rehabilitationsleistungen werden auf der Basis eines ganzheitlich orientierten, dem aktuellen Stand wissenschaftlicher Erkenntnisse entsprechenden nachprüfbaren Konzeptes erbracht. Dies geschieht in Form von:

- Rehabilitationsspezifischer Diagnostik
- Ärztlicher Behandlung
- Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln
- Physikalischer Therapie
- Funktionstraining, Sporttherapie
- Logopädie
- Ergotherapie
- Belastungserprobung und Arbeitstherapie
- Psychologischer Betreuung, Psychotherapie, Soziotherapie
- Gesundheitsbildung mit Informationen über Krankheit und Krankheitsbewältigungsstrategien
- Motivationsverbesserung und Verhaltensmodifizierung
- Sicherung der Versorgung mit Hilfsmitteln einschl. Schulung
- Patientenschulung
- Diätetik
- Anleitung zur Selbsthilfe
- Rehabilitationsberatung, Sozialberatung, ggf. Wohnraumberatung
- Pädagogik

Unterrichtsskript Berufspolitische Grundlagen Gesundheitswissenschaft, Prävention und Rehabilitation

Stand Juni 2011

- Angehörigenberatung/-anleitung
- Einleitung der Nachsorge

Die medizinische Rehabilitation erfordert einen Behandlungsansatz, der über das Erkennen, Behandeln und Heilen einer Krankheit hinausgeht. Sie ist ausgerichtet auf die aus einer Schädigung folgenden Fähigkeitsstörung oder drohenden oder bereits manifesten Beeinträchtigung in der Teilhabe. Dabei sind körperliche, geistig-seelische und psychosoziale Ressourcen und Belastungsfaktoren zu berücksichtigen. Die Rehabilitation erfordert eine individuelle, der Lage des Einzelfalls entsprechende Anwendung medizinischer Maßnahmen. Dabei ist auch die Verzahnung oben aufgeführter Inhalte sowie die Unterstützung von Bezugspersonen erforderlich. Rehabilitationsmaßnahmen stehen stets unter ärztlicher Verantwortung.

Zur Sicherung langfristiger Rehabilitationserfolge kommt es in der Nachbetreuung darauf an, die Vorschläge aus dem ärztlichen Abschlussgespräch und dem Entlassungsbericht aufzugreifen und die gezielte Motivierung für eine Stärkung der Eigenverantwortung des „Patienten“ für die eigene Gesundheit durch entsprechende Angebote nachhaltig zu unterstützen. Dabei nimmt der Austausch von Erkenntnissen und Erfahrungen unter den Betroffenen sowie zwischen dem Betroffenen und dem Therapeuten eine wichtige Funktion ein. In Form von Selbsthilfegruppen wird dieser Ansatz verfolgt.

Unterrichtsskript Berufspolitische Grundlagen Gesundheitswissenschaft, Prävention und Rehabilitation

Stand Juni 2011

5 Literaturverzeichnis

Weltgesundheitsorganisation. (1998). *Gesundheit für alle, Nr.5*. Dänemark: WHO.

A. Kramer, G. D. (2005). *Hygiene*. München: Elsevier GmbH.

Anonym. (2003). *Gesundheitsförderung in der Deutschsprachigen Gemeinschaft*. nicht bekannt: nicht bekannt.

BMG. (2010). *Unternehmen unternehmen Gesundheit*. Berlin: BMG.

BMG. (2010). *Ratgeber der Bundesregierung zur Gesundheitsförderung und Prävention*. Berlin: BMG.

Edelmann, W. (1996). *Lernpsychologie*. Weinheim: Beltz.

Deutschland, A. f. (2001). *Entwurf Positionspapier*. unbekannt: AGD.

MDS. (1999). *Gemeinsame Rahmenempfehlung für ambulante und stationäre Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen auf der Grundlage des SGB V*. Berlin: MDS.

Webseiten:

www.gesundheitsziele.de

www.wikipedia.org

www.bundesgesundheitsministerium.de

www.dnbgf.de

www.dvfr.de

www.rki.de

www.mds-ev.de

www.who.int