

Gesundheitsförderung als neue Aufgabe der gesetzlichen Krankenversicherungen in
Österreich – Alibi oder Re-orientierung?

DIPLOMARBEIT

Zur Erlangung des Magistergrades der

„Philosophie“

an der Fakultät für „Sozialwissenschaften“

der Universität Wien

eingereicht von

Katharina Resch

Wien, März 2007

Erklärung zum selbstständigen Verfassen der Arbeit

„Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig verfasst habe. Ich habe keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt.

Ich habe die Arbeit bzw. Teile davon weder im In- noch im Ausland einer Beurteilerin/einem Beurteiler zur Begutachtung als Prüfungsarbeit vorgelegt.“

Wien, März 2007

Katharina Resch

Inhaltsverzeichnis

ABSTRACT (DT.)	5
ABSTRACT (ENGL.)	5
1. EINLEITUNG UND FORSCHUNGSVORHABEN	6
2. GESUNDHEIT, KRANKHEIT UND CO – WAS HINTER DEN BEGRIFFEN STECKT	10
2.1. GESUNDHEIT	10
2.2. KRANKHEIT.....	12
2.3. KURATION	13
2.4. PRÄVENTION UND REHABILITATION	13
2.5. PUBLIC HEALTH ALS TEILGEBIET DER GESUNDHEITSWISSENSCHAFTEN	16
3. WISSENSCHAFTLICHE GRUNDLAGEN ZUR GESUNDHEIT	18
3.1. SALUTOGENESE NACH ANTONOVSKY	18
3.2. EINE SYSTEMTHEORETISCHE PERSPEKTIVE ZU GESUNDHEIT.....	20
3.3. ZUSAMMENFÜHRUNG DER PERSPEKTIVEN.....	22
4. GESUNDHEITSFÖRDERUNG – DAS KONZEPT UND SEINE VIELFALT	24
4.1. DEFINITION VON GESUNDHEITSFÖRDERUNG.....	24
4.2. GESUNDHEITSFÖRDERUNG UND PRÄVENTION – BEGRIFFLICHE ABGRENZUNG.....	25
4.3. INTERNATIONALE ENTWICKLUNGEN IN DER GESUNDHEITSFÖRDERUNG	27
4.4. HAUPTBEGRIFFE IN DER GESUNDHEITSFÖRDERUNG	29
4.4.1. <i>Fünf Handlungsebenen der Gesundheitsförderung</i>	29
4.4.2. <i>Verhalten- versus Verhältnisprävention</i>	33
4.4.3. <i>Ansätze in der Gesundheitsförderung</i>	34
4.4.4. <i>Der Setting – Ansatz</i>	35
4.4.5. <i>Organisationsentwicklung für Gesundheitsförderung</i>	38
4.5. AUFBAU EINES GESUNDHEITSFÖRDERUNGSPROJEKTES.....	39
4.6. ZUSAMMENFASSUNG.....	41
5. DIE GESUNDHEITSFÖRDERUNG AM BEISPIEL DER ÖSTERREICHISCHEN KRANKENVERSICHERUNG	42
5.1 DIE KRANKENVERSICHERUNGEN ALS AKTEURE IN DER GESUNDHEITSFÖRDERUNG.....	42
5.2. DIE GESETZLICHEN KRANKENVERSICHERUNGEN IN ÖSTERREICH.....	43
5.3. GESCHICHTLICHE ENTWICKLUNG DER SOZIALVERSICHERUNG	46
5.4. ZENTRALE AUFGABENGEBIETE DER KRANKENVERSICHERUNGEN.....	47
5.4.1 <i>Funktionen im Krankenbehandlungssystem</i>	48
5.4.2. <i>Funktionen im Gesundheitssystem</i>	50
5.5. SCHLUSSFOLGERUNGEN	52
6. DIE GESETZLICHEN BESTIMMUNGEN ZUR GESUNDHEITSFÖRDERUNG	55
6.1. BEGRIFFSBESTIMMUNGEN: PFLICHTLEISTUNGEN, PFLICHTAUFGABEN, FREIWILLIGE LEISTUNGEN.....	55

6.2. GESETZLICH VORGESCHRIEBENE LEISTUNGEN	56
6.3. Kernaufgaben: Kuration und Prävention (inkl. Rehabilitation)	57
6.4. Die erweiterte Leistung: Gesundheitsförderung	59
6.5. Zusammenfassung	61
7. Methodische Vorgehensweise	63
7.1. Fragestellung(en)	63
7.2. Das Leitfadengestützte ExpertInneninterview	64
7.3. Auswahl der ExpertInnen	64
7.4. Leitfaden	65
7.5. Auswertung	66
8. Ergebnisse der Leitfadengestützten ExpertInneninterviews	68
8.1. Die geschichtliche Entwicklung der Gesundheitsförderung bei den befragten Trägern	68
8.2. Personelle Ressourcen	70
8.3. Gesundheit und Gesundheitsförderung	73
8.4. Funktionen und Rollenbeschreibungen	77
8.4.1. Informationszentrum	77
8.4.2. Leistungsanbieter	79
8.4.3. Geldgeber	83
8.4.4. Enabler	84
8.4.5. Servicestelle für LeistungsanbieterInnen	84
8.4.6. Kooperations- und Vermittlungszentrum	85
8.4.7. Forschungs- und Entwicklungszentrum	87
8.5. Settings und Zielgruppen	89
8.5.1. Settings	89
8.5.2. Zielgruppen	93
8.6. Evaluation in der Gesundheitsförderung	96
8.7. Blick in die Zukunft	100
8.8. Zusammenfassung	103
9. Diskussion der Ergebnisse	106
9.1. Resümee	106
9.2. Beantwortung der Forschungsfragen	108
9.3. Ausblick	108
10. Literaturverzeichnis	110
Tabelleverzeichnis	117
Abbildungsverzeichnis	117
Abkürzungen	117
Curriculum Vitae	118

Abstract (dt.)

Die alternde Bevölkerung, der Anstieg von Gesundheitsrisiken und chronischen Krankheiten bestimmen das Gesundheitssystem unserer Zeit. Würden Gesundheitsrisiken früher erkannt werden und Ressourcen rechtzeitig aufgebaut werden, könnte vielen Krankheiten vorgebeugt werden. Gesundheitsförderung zielt darauf ab, die Gesundheitsressourcen von Individuen, Gruppen und Lebenswelten zu verstärken, damit diese ein Höchstmaß an physischem, seelischem und sozialem Wohlbefinden erlangen.

Die gesetzlichen Krankenversicherungen sind seit mehr als 120 Jahren fester Bestandteil des österreichischen Gesundheitssystems. Ihr Hauptaufgabenbereich liegt in der Behandlung und Kuration von Krankheiten. Seit 1992 ist auch die Gesundheitsförderung Teil ihres Aufgabenspektrums.

Wie ist die Einführung der Gesundheitsförderung in die gesetzliche Krankenversicherung vonstatten gegangen? Wie haben die Krankenversicherungen, die üblicherweise zu pathogenen Krankenbehandlungssektor gezählt werden und nicht zum salutogenetisch-orientierten Gesundheitssystem, auf diese Neuerungen reagiert? Die Forschungsfragen wurden in der vorliegenden Arbeit mit Hilfe einer sozialwissenschaftlichen Literaturanalyse und qualitativen ExpertInneninterviews mit den VertreterInnen der gesetzlichen Krankenversicherungen bearbeitet.

Abstract (engl.)

The ageing population, increasing health threats and the rise of chronic diseases characterize the Austrian health care system today. If health risks were detected earlier and resources built up in time, many diseases could be prevented or even avoided in the first place. Health promotion aims at reinforcing health resources of individuals, groups and settings in order to reach a maximum of physical, mental and social well-being.

The social health insurance funds have been a component of the Austrian health care system for over 120 years now. Their overall area of responsibility lies in the treatment and curing of diseases. Since 1992 health promotion has become an "additional" part of their responsibilities.

How did the integration of health promotion into the social health insurance funds go about? How did the insurance funds, which are traditionally located in the pathogenic health sector as opposed to the salutogenetic health sector, react to these changes? The research questions were elaborated on by means of a literature review and by conducting qualitative interviews with the social health insurance funds in Austria.

1. Einleitung und Forschungsvorhaben

Einleitung

„Ein Arzt steht am Ufer eines schnell fließenden Flusses und hört die verzweifelten Schreie einer ertrinkenden Frau. Er springt ins Wasser, holt die Frau heraus und beginnt die künstliche Beatmung. Aber als sie gerade anfängt zu atmen, hört er einen weiteren Hilfeschrei. Der Arzt springt abermals ins Wasser und holt einen weiteren Ertrinkenden, trägt ihn ans Ufer und beginnt mit der Wiederbelebung. Und als der gerade zu atmen anfängt, hört er einen weiteren Hilferuf. Das geht immer weiter und weiter in endlosen Wiederholungen. Der Arzt ist so sehr damit beschäftigt, ertrinkende Menschen aus den Fluten herauszuholen und wiederzubeleben, dass er nicht mal Zeit hat nachzusehen, wer denn die Leute stromaufwärts in den Fluss hineinstößt.“ (Kühn 1993 zitiert nach Steen 2005: 25)

Die Flussparabel von Kühn ist in vielerlei Hinsicht lehrreich. Die Medizin hilft individuell, problembezogen und unmittelbar, jedoch bekämpft sie nicht die Ursache dafür, dass Menschen erkranken. Dieses Phänomen nennt Deszy (1995:9) „Drehtürmedizin“ – „was heute behandelt und geheilt wird, ist morgen wieder zerstört.“ (ebd. 1995:9). Dadurch steigen u.a. die Kosten im Gesundheitssystem stetig an. Die Medizin setzt dort an, wo bereits ein Schaden entstanden ist. Gesundheitsförderung setzt dort an, wo noch keine Gefahren oder Risiken für den Menschen entstanden sind. Sie fördert einerseits Gesundheitspotenziale und Ressourcen und befähigt Menschen so, ein Höchstmaß an Gesundheit zu erreichen. Andererseits setzt die Gesundheitsförderung einen Schwerpunkt auf die Schaffung gesunder Lebenswelten (vgl. Pelikan, Halbmayer 1999).

Gesundheit und Krankheit (Kapitel 2)

Das Altern der Bevölkerung, steigende Gesundheitsrisiken und der Anstieg chronisch kranker Menschen bestimmen das Gesundheitssystem der heutigen Zeit (vgl. Yahsi 2001). Würden Risiken früher erkannt werden und Ressourcen rechtzeitig gesteigert werden, könnten viele Erkrankungen verhindert oder gemildert werden, was zu einer weniger hohen Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen sowie zu Kosteneinsparungen im gesamten System führen würde. Die Prioritäten in unserem System liegen bei Akut- und Notfallmedizin sowie in der Krankenbehandlung, jedoch nicht bei Rehabilitation, Prävention oder Gesundheitsförderung (Badura 1999:239). „Wir kennen viele Krankheiten, aber nur eine Gesundheit...“ (Pelikan, Wolff 1999:14).

Wissenschaftliche Grundlagen der Gesundheit (Kapitel 3)

Gesundheit liegt sowohl in der individuellen Verantwortung des Einzelnen als auch in der Schaffung gesunder Lebenswelten. Der gesundheitswissenschaftliche Diskurs behandelt sowohl individuelle Potenziale und Ressourcen zur Erreichung optimaler Gesundheit (siehe Kapitel 3.1) als auch den Einfluss von Systemen und Umwelten auf die menschliche Gesundheit (siehe Kapitel 3.2).

Gesundheitsförderung – das Konzept und seine Vielfalt (Kapitel 4)

„Gesundheitsförderung zielt darauf ab, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie dazu zu befähigen, körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen.“ (WHO 1948 zitiert nach Pelikan, Wolff 1999). Gesundheitsförderung kann als strategisches Instrument der Gesundheits- und Sozialpolitik gesehen werden, das nicht nur repariert und reagiert, sondern auch aktiv Gesundheitspotenziale aufbaut (Bischof 1997: 30).

Gesundheitsförderung stellt ein relativ neues Phänomen in Österreich sowie auch international dar. Sie hat sich erst Anfang der 1990er Jahre in Österreich etabliert, nachdem durch Vorarbeiten der Weltgesundheitsorganisation (WHO) im Jahr 1986 die „Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung“ erlassen wurde, das erste international anerkannte Dokument zur Gesundheitsförderung.

Gesundheitsförderung am Beispiel der österreichischen Krankenversicherungen (Kapitel 5)

Das österreichische Sozialversicherungssystem besteht bereits seit dem Jahr 1888 (vgl. Wendt 2003). 99% der österreichischen Bevölkerung sind in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert (vgl. Streissler 2004). Die Krankenversicherungsträger erbringen Sach- und Dienstleistungen im Aufgabenbereich der Krankenbehandlung und der Prävention von Krankheiten und Unfällen. Seit 1992 ist auch die Gesundheitsförderung Teil ihrer Aufgabenbereiche. Diese Entwicklung stellt einen Quantensprung in der Geschichte der Sozialversicherung dar.

Gesetzliche Grundlagen der Gesundheitsförderung in Österreich (Kapitel 6)

In Österreich wurde 1992 erstmals eine gesetzliche Grundlage für Gesundheitsförderung in Form einer Gesetzesnovelle zum Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz (ASVG)

geschaffen. Im Jahr 1998 folgte dann ein eigenes Bundesgesetz zur Gesundheitsförderung („Gesundheitsförderungsgesetz“).

Die gesetzlichen Krankenversicherungen wurden in der vorliegenden Arbeit als Akteure in der Gesundheitsförderung für eine empirische Untersuchung ausgewählt.

Empirische Untersuchung (Kapitel 7)

Das Thema „Gesundheitsförderung als Aufgabengebiet der gesetzlichen Krankenversicherungen in Österreich“ wurde mit den sozialwissenschaftlichen Methoden der Literaturanalyse (Kapitel 2-5), der Analyse von Gesetzestexten (Kapitel 6) und leitfadengestützten ExpertInneninterviews (Kapitel 7-8) bearbeitet. Die Literaturanalyse umfasste wissenschaftliche und vor allem gesundheitssoziologische Quellen zum Thema Gesundheitsförderung aus der Perspektive der Krankenversicherungen in Österreich. Zur Analyse der gesetzlichen Lage der Gesundheitsförderung in Österreich dienten das ASVG und das Gesundheitsförderungsgesetz. Die leitfadengestützten ExpertInneninterviews wurden mit ExpertInnen der sozialen Krankenversicherungen (N=10) in Österreich im Zeitraum von März 2006 bis August 2006 geführt.

Diese Arbeit verfolgt das Ziel, die Einführung der Gesundheitsförderung in ein seit Jahren von der Krankenbehandlung dominiertes Sozialversicherungssystem zu analysieren. Wie und wann ist die Einführung der Gesundheitsförderung in Österreich von statten gegangen? Wie setzen die Krankenversicherungen Gesundheitsförderung um?

Daraus ergeben sich folgende Forschungsfragen:

Wie wird Gesundheitsförderung in ein von der Krankenbehandlung dominiertes Sozialversicherungssystem eingeführt? Oder anders ausgedrückt: Wie erfolgt die Einführung der Gesundheitsförderung in die gesetzliche Krankenversicherung in Österreich, deren Kernaufgabe die Krankenbehandlung darstellt?

Seit wann setzen die Krankenversicherungen in Österreich Maßnahmen zur Gesundheitsförderung um? Wie reagierten sie auf internationale Entwicklungen zur Gesundheitsförderung, wie die Entstehung der Ottawa Charta aus dem Jahr 1986?

Welches Verständnis von Gesundheitsförderung haben die gesetzlichen Krankenversicherungen in Österreich? Wie wird die Abgrenzung zwischen Prävention und Gesundheitsförderung beschrieben?

Ergebnisse der empirischen Untersuchung (Kapitel 8)

Die ExpertInnen der sozialen Krankenversicherungen wurden zu ihrer Arbeit im Bereich der Gesundheitsförderung befragt, ihrem Verständnis von Gesundheitsförderung, ihren Leistungen, personellen Ressourcen, den Zielgruppen und Settings, auf die sich ihre Angebote beziehen und in welchen Funktionen sie sich in Zukunft im Arbeitsbereich der Gesundheitsförderung sehen würden.

Diskussion der Ergebnisse (Kapitel 9)

In einem abschließenden Kapitel werden die Ergebnisse der Literaturanalyse, der Analyse der Gesetzestexte und den qualitativen Leitfadeninterviews zusammengefasst und diskutiert.

Die vorliegende Arbeit soll einen Beitrag dazu leisten, die Gesundheitsförderung in Österreich voranzutreiben.

2. Gesundheit, Krankheit und Co – was hinter den Begriffen steckt.

Die wissenschaftlichen Diskurse über Krankenbehandlung, Heilung und Vorbeugung von Symptomen sind zahlreich – Abhandlungen über Gesundheit und Gesundheitsförderung sind jedoch spärlich gesät. Es existiert keine von allen Disziplinen anerkannte, einheitliche, wissenschaftliche Definition zur Gesundheit. Im Folgenden seien die Abgrenzungen zwischen Gesundheit (2.1) und Krankheit (2.2), Krankenbehandlung (2.3) und Prävention (2.4) sowie Public Health (2.5) erläutert. Eine klare Trennung der Begrifflichkeiten gilt als Voraussetzung für eine wissenschaftliche Diskussion über die Gesundheitsförderung.

2.1. Gesundheit

Im alltäglichen Gebrauch wird unter Gesundheit meist die „Abwesenheit von Krankheit“ verstanden (Badelt, Österle 2001:30; Greiner 1998:40). Es gibt jedoch unzählige Definitionen von Gesundheit, je nachdem wer die Definition gibt und welchem Zweck diese dienen soll (Badelt, Österle 2001:31).

Definitionen zur Gesundheit können einerseits monodisziplinär und andererseits interdisziplinär ausfallen (vgl. Waller 2002).

Zu den monodisziplinären Gesundheitsdefinitionen zählen u.a. Parsons soziologische Erklärung als „Zustand optimaler Leistungsfähigkeit einer Person zur wirksamen Erfüllung der sozialen Rollen und Aufgaben, die ihm/ihr im Zuge des Prozesses der Sozialisation übertragen wurden“ (zitiert nach Kühn 1993: 30) oder Freuds psychologische Definition von Gesundheit als „die Fähigkeit, lieben und arbeiten zu können“. Andere Definitionen sind interdisziplinär, wie jene der WHO aus dem Jahr 1948, die Gesundheit „als den Zustand des völligen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur als das Freisein von Krankheit und Gebrechen“ (Pelikan, Halbmayer 1999: 13) definiert. Gesundheit ist also nicht nur das Freisein von Krankheit, Schmerz und Leiden sondern ist darüber hinaus als positiver Begriff zusätzlich zu mehr bestimmt. So hat die WHO im Jahr 1986 einen allumfassenden Gesundheitsbegriff vorgegeben, der da lautet „Gesundheit ist das vollständige soziale, körperliche und seelische Wohlbefinden“, d.h. Gesundheit ist ein alle Lebensbereiche umfassender Begriff.

Gesundheit kann Waller (2002) zufolge auch als Wertaussage („Gesundheit als höchstes Gut“), als Abgrenzungskonzept („Gesundheit ist mehr als die Abwesenheit von Krankheit“)

oder als Funktionsaussage („Gesundheit ist Leistungsfähigkeit“ oder „Gesundheit ist das Funktionieren der Körperfunktionen“) definiert werden.

Der in unserer Gesellschaft vorherrschende Gesundheitsbegriff wird stark von der Medizin geprägt. „Wir kennen viele Krankheiten, aber nur eine Gesundheit, bzw. eine Vielzahl an Krankheitsindikatoren und nur wenige entwickelte und anerkannte Gesundheitsindikatoren“ (Pelikan, Wolff 1999: 14). Das Krankheitsbild von PatientInnen beruht hauptsächlich auf biologischen Befunden bzw. medizinischen Diagnosen, d.h. Gesundheit wird als Eigenschaft biologischen Lebens gesehen (Naidoo und Wills 2003:9). Im traditionellen biomedizinischen Gesundheitsverständnis ist Gesundheit ein dichotomes Merkmal, entweder eine Person ist krank oder gesund (vgl. Greiner 1998).

Mehrdimensionale Konzepte verstehen Gesundheit und Krankheit als Kontinuum. Die meisten Ausführungen über Gesundheit und Krankheit berichten darüber, warum der Mensch krank ist (pathogene Ansätze), während u.a. der amerikanisch – israelisch Medizinsoziologe Aaron Antonovsky die Frage „Was hält den Menschen gesund?“ erforschte (salutogenetischer Ansatz).

Auch empirische Studien bestätigen, dass Gesundheit nicht nur ein objektiver Zustand, sondern ein subjektives Phänomen darstellt. Die Studie von Wolf/Mandl kommt zu folgenden Ergebnissen:

Das jeweilige Verständnis von Gesundheit variiert je nach subjektivem Gesundheitsverhalten bzw. eigener Krankheitsgeschichte. Aus individueller Sicht kann Gesundheit als Abwesenheit von Krankheit, als Fähigkeit zur Voraussetzung für ein produktives Leben oder als umfassendes Wohlbefinden definiert werden. Individuelle Auffassungen der eigenen Gesundheit hängen stark mit der eigenen Befindlichkeit und den eigenen Lebenserfahrungen zusammen. Gesundheit kann neben der Abwesenheit von Krankheit noch viel mehr Facetten beinhalten (Wolf, Mandl 2005:7): Schmerz- und Beschwerdefreiheit, keine Beeinträchtigung von Lebensaktivitäten, die Fähigkeit, soziale Anforderungen, Krisen und Belastungen zu bewältigen, Liebes- und Genussfähigkeit und viele mehr.

Laien definieren Gesundheit anders als Professionelle (Pelikan, Halbmayer 1999: 17). In verschiedenen Fachrichtungen, wie z.B. Medizin, Psychologie oder Soziologie, herrschen unterschiedliche Gesundheitsbegriffe vor. Gesundheit bzw. Krankheit ist für ExpertInnen ein objektiv zu diagnostizierendes Phänomen, für Laien jedoch ein subjektiv empfundenes und zu beurteilendes Phänomen (Kühn 1993: 27). Ein rein subjektives Gesundheitsmodell bringt

seine Vorteile und auch seine Probleme mit sich, denn Gesundheit als subjektiven Zustand oder Gut zu bezeichnen, bedeutet, dass es wenig Richtlinien für gesellschaftlichen Handlungsbedarf gibt. Wenn jeder selbst entscheidet, ob er gesund/krank ist, wer entscheidet dann über präventiven Handlungsbedarf (vgl. Greiner 1998)? Beide Konzepte (subjektives und objektives Gesundheitsverständnis) müssen Teil einer Gesundheitsdefinition sein (ebd. 1998:52).

2.2. Krankheit

Im folgenden Abschnitt werden die Unterschiede zwischen Krankheit und Gebrechen (Definition der WHO) erörtert und das Thema „Krankheit“ im Lichte verschiedener soziologischer Theorien betrachtet.

Die WHO unterscheidet zwischen Krankheit und Gebrechen, d.h. einem akuten und einem chronischen Zustand – ein Konzept, das auch in der Literatur häufig übernommen wird. Es kann zwischen „Disease“, „Illness“ und „Sickness“ differenziert werden. Disease ist ein quasi objektiver medizinischer Krankheitsstatus und bezieht sich auf Befunde, Standards und medizinische Expertendiagnosen. Illness wird in der Literatur als subjektives Krankheitserleben definiert. Sickness gilt als die gesellschaftlich zugeschriebene, deviante Krankenrolle (Pelikan, Wolff 1999: 14; Greiner 1998: 52).

In der Soziologie wurde „Krankheit“ im Rahmen zahlreicher Theorien näher untersucht, wie z.B. im Strukturfunktionalismus und dem Stigmatisierungs- bzw. Labelingansatz (BZGA 1996: 110) und der Systemtheorie (vgl. Simon 1995), die hier kurz angeschnitten werden.

Der Stigmatisierungsansatz geht von Krankheit als „abweichendes Verhalten“ aus, eine Abweichung, die erst aus dem Etikettierungsprozess entsteht (und in unserer Gesellschaft mit einer medizinischen Diagnose einhergeht). Dieser Theorie zufolge werden Krankheiten hauptsächlich sozial definiert und nicht biologisch (z.B. psychische Störungen und Auffälligkeiten).

Der Theorie des Strukturfunktionalismus zufolge nimmt die Medizin eine soziale Kontrollfunktion ein, sie definiert bestimmte Verhaltensweisen als erwünscht oder unerwünscht und entscheidet über die Leistungsfähigkeit einer Person. Diese Leistungsfähigkeit gilt als eine zentrale Rollenerwartung an den Menschen im sozialen System. Die Aufgabe der Medizin besteht darin, die Funktionalität, Leistungsfähigkeit oder Konformität wiederherzustellen, sofern ein Defizit herrscht.

Simon (1995) beschreibt Krankheit aus einer soziologisch – systemischen Perspektive. Er geht davon aus, dass Körper, Psyche und soziale Prozesse drei autopoietische Systeme sind. Krankheit definiert er als „Reaktion des Systems Organismus auf interne Veränderungen des Netzwerks der Interaktionen der Komponenten“, wie z.B. interzelluläre Veränderungen, oder als störende Interaktion mit der Umwelt, wie z.B. der Biss eines Hundes oder ein Virus (Simon 1995: 66). Symptome sind nicht von sich selbst ausgehend Symptome sondern werden erst durch Kommunikation dazu gemacht.

2.3. Kuration

Das Gesundheitswesen kann sehr vereinfacht in drei Teilbereiche gegliedert werden - Kuration, Prävention (zu der auch die Rehabilitation zählt) und Gesundheitsförderung - „wobei der kurative Bereich das Gesundheitswesen heute klar dominiert.“ (Badelt, Österle 2001:32).

Der kurative Bereich umfasst den Bereich der Krankenbehandlung. „Im kurativen Bereich werden Schädigungen, die infolge von Krankheiten oder Unfällen bereits eingetreten sind, behandelt.“ (Badelt, Österle 2001:34). Die Krankenbehandlung kann stationär („intramural“), bei niedergelassenen Fachkräften (z.B. in einer Arztpraxis) oder im Wohnbereich des Patienten stattfinden („extramural“). Inhaltlich dominiert im kurativen Bereich der medizinische Krankheitsbegriff sowie der top – down expertengeleitete Behandlungsansatz.

Aufgrund der Grenzen der kurativen Medizin (Hildebrandt; Trojan 1988:63) (u.a. Anstieg chronischer Krankheiten, zunehmende Alterung der Bevölkerung, verstärkte Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen usw.) kommt der Prävention und der Gesundheitsförderung zunehmend Bedeutung zu.

2.4. Prävention und Rehabilitation

Prävention oder Gesundheitsvorsorge¹ zielt darauf ab, etwaige Einschränkungen der Gesundheit durch vorbeugende Maßnahmen zu verhindern. „Unter dem Begriff Prävention versteht man die Verhütung von Krankheiten durch Ausschaltung von Krankheitsursachen, durch Früherkennung und Frühbehandlung oder durch die Vermeidung des Fortschreitens einer bestehenden Krankheit.“ (Grasböck 2004:42).

¹ „Prae-venire“ bedeutet aus dem Lateinischen übersetzt „einer Sache zuvorkommen“.

Eine Einteilung präventiver Maßnahmen kann nach drei Gesichtspunkten erfolgen: nach dem (i) Zeitpunkt, der (ii) Zielgröße und der (iii) Methode der Maßnahmen. Nach dem (i) Zeitpunkt unterscheiden wir primäre, sekundäre und tertiäre Prävention, nach der (ii) Zielgröße personale Prävention, Verhaltensprävention und Verhältnisprävention und nach der (iii) Methode Gesundheitsaufklärung- und -beratung, Gesundheitserziehung- und -bildung, Gesundheitstraining und Präventivmedizin sowie Gesundheitsselbsthilfe (Waller 2002:180).

(i) Maßnahmen zur Verhinderung des Auftretens von Krankheiten nennt man Primärprävention. „Die Primärprävention wendet sich an gesunde Menschen und hat die Vermeidung von Krankheitsursachen und somit die Erhaltung und die Verbesserung der Gesundheit zum Ziel.“ (Meggeneder 1996:98). Primäre Prävention kann unspezifisch sein und die gesamte Bevölkerung ansprechen (unspezifische Maßnahmen), wie z.B. Schutzimpfungen, Fluoridzufuhr zur Kariesprophylaxe oder Gesundenuntersuchungen oder sie kann sich gezielt an Risikogruppen wenden (spezifische Maßnahmen), wie z.B. übergewichtige Personen oder RaucherInnen (Bischof 1997:31). Viele Krankheiten verlangen ein zielgruppenspezifisches Eingreifen vor Eintritt der Krankheit (z.B. Suchtprobleme bei Jugendlichen, Aids, Ernährungs- und Bewegungsverhalten von Büroangestellten usw.).

Sekundäre Prävention umfasst Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten, um den Krankheitsverlauf positiv zu beeinflussen und Heilungschancen zu erhöhen, d.h. eine Krankheit sollte nach Möglichkeit vor ihrem Ausbrechen erkannt werden. Dazu werden z.B. Früherkennungsuntersuchungen (sogenannte „Screenings“) einerseits für die gesamte Bevölkerung (Gesundenuntersuchung) oder auch für bestimmte Risikogruppen (z.B. RaucherInnen, DiabetikerInnen etc.) angeboten (Badelt, Österle 2001:33; Meggeneder 1996:97). Ziel sekundärer Prävention ist es, die Wahrscheinlichkeit und das Ausmaß der Ausbreitung bzw. Dauer einer Krankheit zu reduzieren. Zielgruppe sekundärer Prävention sind Menschen, die bereits Symptome einer Krankheit aufweisen. Der biomedizinische Gesundheitsbegriff dominiert die sekundäre Prävention sowie auch die tertiäre Prävention.

Tertiäre Prävention (zu der auch die Rehabilitation zählt) setzt dort an, wo eine/mehrere Krankheiten vorhanden bzw. bereits diagnostiziert wurden. Prävention soll hier eine Verschlimmerung oder das Wiederauftreten der Krankheit sowie typische Begleiterscheinungen verhindern. Das Ziel ist die Wiederherstellung der Funktionsfähigkeit und der Lebensqualität nach einem Krankheitsereignis. Zur Tertiärprävention zählt außerdem die sogenannte Rezidivprophylaxe, die Vermeidung eines Rückfalls oder eines Wiederauftretens der Krankheit nach deren Abheilung.

Die Sekundär- und Tertiärprävention setzen also bei einer bereits ausgebrochenen, vorhandenen Krankheit an, die primäre Prävention sowie die Gesundheitsförderung setzen jedoch schon davor an. Während die Prävention risikosenkend eingesetzt wird, wirkt die Gesundheitsförderung zusätzlich ressourcensteigernd. Primärprävention ist in der Praxis der Gesundheitsförderung oft mit dieser verknüpft.

Aus wirtschaftlicher Sichtweise kommt der Prävention vor dem Hintergrund steigender Zivilisationskrankheiten aus Kostengesichtspunkten größte Bedeutung zu. „Durch Bekämpfung der Krankheitsursachen können Schäden vermieden werden, so dass sich die Verwendung eines größeren Teils des Gesundheitsbudgets für Prävention auch ökonomisch rechnet.“ (Streissler 2004: 25).

Rehabilitation bedeutet übersetzt „Wiedereingliederung“ in den Alltag oder das berufliche Leben. Man unterscheidet üblicherweise zwischen drei Arten der Rehabilitation: medizinische Rehabilitation, berufliche Rehabilitation und soziale Rehabilitation.

Medizinische Rehabilitation zielt auf die Beseitigung von Gesundheitsschäden ab, die die Erwerbsfähigkeit und den Gesundheitszustand im Allgemeinen bedrohen. Berufliche Rehabilitation versucht durch entsprechende Maßnahmen die Betroffenen wieder in den beruflichen Alltag zu integrieren und soziale Rehabilitation umfasst alle Leistungen zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben.

(ii) Im Bezug auf die Zielgröße unterscheidet man medizinische Prävention, Verhaltensprävention und Verhältnisprävention. Medizinische Prävention ist durch den Einsatz medizinischer Mittel/Diagnosen bzw. Früherkennungsmaßnahmen (Schutzimpfungen) gekennzeichnet. Verhaltensprävention zielt darauf ab, das Verhalten einzelner Personen möglichst gesundheitsfördernd zu gestalten, d.h. den Einzelnen darüber zu beraten, wie er/sie gesund leben, arbeiten und wohnen kann. „Im Rahmen der so genannten „Verhaltensprävention“ werden Maßnahmen zur Beeinflussung individueller Lebensstile gesetzt.“ (Badelt, Österle 2001: 33). Während Verhaltensprävention auf das individuelle Gesundheitsverhalten abzielt, ist Verhältnisprävention auf die „Veränderung gesundheitsbelastender bzw. gesundheitsschädigender Lebensverhältnisse ausgerichtet.“ (Badelt, Österle 2001: 33). Faktoren, die außerhalb individuellen Einflusses stehen, wie das politische System, Nachbarschaftsverhältnisse oder die Gesundheitsversorgung im jeweiligen Land sollen ebenfalls optimal gestaltet werden, um dem Menschen ein Höchstmaß an Gesundheit zuteil werden zu lassen.

(iii) Die Methoden Gesundheitsaufklärung- und -beratung, Gesundheitserziehung- und -bildung, Gesundheitstraining und Präventivmedizin sowie Gesundheitsselbsthilfe und viele mehr stehen in dieser Arbeit eher im Hintergrund des darzustellenden Themas. Auf die verschiedenen Methoden der Gesundheitsförderung wird jedoch in Kapitel 4.4 kurz eingegangen.

2.5. Public Health als Teilgebiet der Gesundheitswissenschaften

Mit dem Begriff „Gesundheitswissenschaften“ werden jene Wissenschaften bezeichnet, die sich mit Gesundheit beschäftigen, z.B. die Gesundheitssoziologie, die Gesundheitsökonomie usw. Werden diese Wissensgebiete gezielt für die Verbesserung der Gesundheit oder der Gesundheitsversorgung eingesetzt, so spricht man H. Waller (2002:7) zufolge von „Public Health“. Die Public Health ist von der Reichweite her eher als Teilgebiet der Gesundheitswissenschaft zu bezeichnen (Waller 2002:9). Public Health wird häufig mit öffentlichen, organisierten Bemühungen assoziiert, die Qualität der Krankenversorgung, der Prävention und der Gesundheitsberichterstattung usw. zu verbessern. Das Einsatzgebiet der Public Health ist dort, wo Stellen und professionelle Rollen geschaffen werden, um gesundheitliche Probleme oder Potenziale zu bearbeiten (vgl. Grossman 1996).

Public Health beschäftigt sich mit allen Teilbereichen des Gesundheitswesens sowie mit organisatorischen, politischen bzw. ökonomischen Fragen und stellt damit die traditionelle, kurative Medizin in Frage (Badelt, Österle 2001:33). „Während die moderne kurative Medizin im 20. Jahrhundert große Erfolge erzielen und stark wachsen konnte und weiter wächst, ist der Public-Health-Sektor zunehmend vernachlässigt worden und vielerorts sogar geschrumpft.“ (Medizinische Universität Graz 2003:4) Public Health ist ein sehr dynamisches, fächerübergreifendes Fachgebiet, das auf zwei Ziele ausgerichtet ist:

- „Erhaltung und Förderung der Gesundheit der gesamten Bevölkerung oder großer Bevölkerungsgruppen
- Weiterentwicklung des Gesundheitssystems im Sinne einer wachsenden Versorgungsqualität und Wirtschaftlichkeit.“ (ebd. 2003:4)

Die Public Health Bewegung lässt sich in zwei Strömungen einteilen: die „Old Public Health“ und die „New Public Health“ Bewegung. Die Unterschiede seien im Folgenden kurz beleuchtet:

Old Public Health ist eine Kernwissenschaft, die medizinnah, krankheitsbezogen und expertenorientiert vorgeht (Grossman 1996:13). Zur Old Public Health zählen Fachgebiete der Hygiene, Mikrobiologie, Epidemiologie und der Prävention (vgl. Waller 2002). Die sogenannte New Public Health fragt nicht nur nach der Beseitigung von Krankheiten und deren ursächliches Entstehen sondern nach den Bedingungen von Gesundheit und den Potenzialen für die Förderung ebenderselben. „New Public Health bezeichnet einen noch unscharf definierten Wissenschafts- und Praxisbereich, der sich auf die gesellschaftlichen Bedingungen und Prozesse der Entstehung von Gesundheit und Krankheit sowie die Auseinandersetzung mit Gesundheitsproblemen, Krankheiten und Behinderung bezieht, einschließlich der sozialen und ökonomischen Folgen.“ (Noack 1996: 349) Im Gegensatz zur Old Public Health sieht sich die „neue“ Public Health als ein multidisziplinäres, multiprofessionelles und gesundheitsorientiertes Arbeitsfeld. Multidisziplinarität will heißen, dass sich verschiedene Disziplinen der Gesundheitsförderung annehmen – so die Gesundheitssoziologie, die Sozialmedizin oder die Gesundheitsökonomie. Dass die Förderung der Gesundheit in den Händen vieler Professionen liegt, d.h. von Sozialwissenschaftlern, Biologen, Juristen, Psychologen und vielen mehr bearbeitet wird, bezeichnet man hier als Multiprofessionalität. Die New Public Health arbeitet mit einem positiven, biopsychosozialen Gesundheitsbegriff, der biologische, psychische und soziale Ursachen für Gesundheit und Krankheit mit einschließt. Die New Public Health stellt deshalb einen wesentlichen Fachbereich im Gesundheitssystem dar, da allgemeiner Konsens darüber besteht, dass bisherige biomedizinische, kurativ orientierte Versorgungssysteme immer weniger in der Lage sind, wachsenden Gesundheitsproblemen zu begegnen (vgl. Noack 1996).

Eine Umorientierung von Krankenbehandlung und Vorbeugemaßnahmen auf die Gesundheitsförderung braucht gute fachliche Multiplikatoren. Public Health schafft wissenschaftliche Grundlagen und stellt durch Professionalisierung die notwendige Expertise zur Verfügung, um eine Umorientierung zu stimulieren (vgl. Grossman 1996).

Gesundheitsförderung und New Public Health sind einander ergänzende Konzepte. Beiden Strömungen liegt eine wissenschaftliche Debatte zugrunde, die im folgenden Kapitel angesprochen wird.

3. Wissenschaftliche Grundlagen zur Gesundheit

Wie bereits im vorangegangenen Kapitel festgestellt wurde, ist Gesundheit nicht nur die Sache einzelner Personen. Gesund zu sein setzt nicht nur die Führung eines gesunden Lebensstils voraus, sondern erfordert ebenso gesunde Lebensbedingungen. Die wissenschaftliche Debatte zur Gesundheit und zur Gesundheitsförderung nimmt sowohl individuelle, gesundheitsrelevante Merkmale wahr (3.1 wie der salutogenetische Ansatz nach Antonovsky) und setzt sich auch mit der Meso-, und Makroebene der Gesundheit bzw. mit gesunden Lebensbedingungen auseinander (3.2 eine systemtheoretische Perspektive zur Gesundheit). Diese wissenschaftliche Debatte ist in vielen Disziplinen heimisch und setzt sich mit Fragen der Gesundheit und der Krankheit auf einer wissenschaftlichen Ebene auseinander. Im Anschluss findet ein Vergleich beider Perspektiven statt (3.3).

3.1. Salutogenese nach Antonovsky

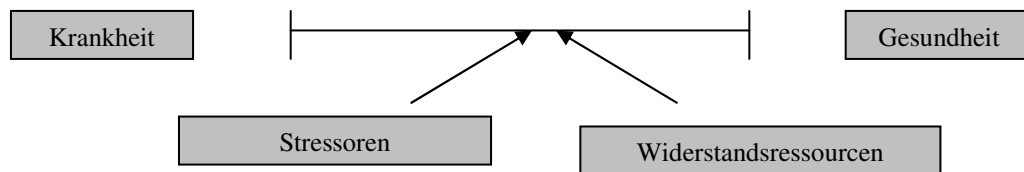
Ende der 1980er Jahre belebte ein gesundheitssoziologischer Ansatz gesundheitswissenschaftliche Debatten, der sich dem traditionellen biomedizinischen Paradigma gegenüberstellte: Antonovsky's Konzept der Salutogenese (Steen 2005:101).

Grundsätzlich sind die wissenschaftlichen Diskurse zur Pathogenese² zahlreich – jene zur Salutogenese jedoch gering gesät. Die Frage nach der Entstehung und dem Erhalt der Gesundheit zu stellen, anstatt der Behandlung von Krankheiten und deren Vorbeugung nachzujagen, ist relativ „neu“.

Das Prinzip der Salutogenese fragt: Was geschieht, damit Menschen gesund bleiben? Was schützt ihre Gesundheit, obwohl sie immer wieder erkranken? Der Begriff „Salutogenese“ kommt aus dem Lateinischen und setzt sich aus „salus“ und „genus“ zusammen. „Salus“ bedeutet Gesundheit, Wohl, Heil und „genus“ (siehe Genesis, Genese, Genetik usw.) bedeutet Entstehung, Entwicklung (Duden: 2001). Salutogenese heißt demnach Gesundheitsentstehung. Aaron Antonovsky zufolge bewegt sich der Mensch auf einem Kontinuum zwischen Gesundheit und Krankheit.

² Die Pathogenese beantwortet die Frage nach der Entstehung von Krankheiten.

Abbildung 1: Gesundheit – Krankheit – Kontinuum nach Antonovsky



Den Risikofaktoren stehen sogenannte Widerstandsressourcen („generalized resistance resources“) gegenüber, die auf verschiedenen Ebenen angesiedelt sein können:

Individuelle Stärken (z.B. Flexibilität, Stressvermeidung), soziale Ressourcen (z.B. Familie), soziokulturelle Kraftquellen (z.B. kulturelle Werte, Glaubensüberzeugungen) und materielle Ressourcen (z.B. finanzielle Sicherheit, Wohnung). Sind diese Faktoren ausreichend vorhanden, vermag es der Einzelne, einen Sinn für Kohärenz („sense of coherence“ oder SOC) auszuprägen und Gesundheit dauerhaft zu verankern. Antonovsky verwirft hier die herkömmliche Trennung zwischen gesund und krank als absolute Gegensätze, sondern weist drauf hin, dass sich der Mensch auf diesem Kontinuum befindet und gleichzeitig Anteile von Gesundheit und Krankheit in sich trägt.

Lebensweltbezogene Faktoren wie kulturelle Stabilität, soziale Unterstützung, finanzielle Mittel etc. erleichtern Menschen, mit Stressoren umzugehen. Drei Faktoren machen den SOC aus: Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit (vgl. Antonovsky 1997).

- Verstehbarkeit („Comprehensibility“)

Verstehbarkeit meint, dass die Lebenswelt und ihre Herausforderungen verstehbar sind und den Menschen nicht überwältigen können.
- Handhabbarkeit („Manageability“)

Handhabbarkeit bedeutet, genügend Ressourcen zur Verfügung zu haben, um Probleme lösen zu können und Schwierigkeiten begegnen zu können.
- Bedeutsamkeit („Meaningfulness“)

Bedeutsamkeit ist der Motiv aspekt, d.h. Bedeutung und Sinn im Leben motivieren den Menschen, Ereignisse des Lebens zu meistern und schwierige Erlebnisse als Herausforderung zu sehen.

Alle drei Faktoren gemeinsam ergeben den „sense of coherence“ (Kohärenzsinn), d.h. ein sinnvolles Erleben von Ereignissen, ein positives Selbstbild und das Vorhandensein von salutogenen Ressourcen (Steen 2005:103).

Antonovsky nimmt auch zur Pathogenese Stellung (Antonovsky 1997: 29ff). Die pathogene Sichtweise wird von Antonovsky als „eingeschränkte Sicht“ bezeichnet (ebd. 23), da sie eine gewisse Blindheit gegenüber der gesamten Lebenssituation des Patienten mit sich bringe. Antonovsky trifft zusammenfassend folgende Hauptaussagen:

- Die dichotome Klassifizierung von Menschen als gesund oder krank wird verworfen und das multidimensionale Gesundheits-Krankheits-Kontinuum angenommen.
- Salutogenese verhindert, dass wir uns lediglich mit der Ätiologie einer Krankheit beschäftigen, sondern uns auf die gesamte Geschichte der Menschen konzentrieren.
- Anstatt nach den Ursachen für Krankheiten zu fragen, richtet sich die Aufmerksamkeit auf Copingressourcen.
- Stressoren müssen nicht notwendigerweise negative Auswirkungen auf die Gesundheit haben.

Ein ähnliches Konzept wie jenes der Salutogenese wurde 1979 von Suzanne Kobasa entwickelt, welches Antonovsky „Konzept der Widerstandsfähigkeit“ nennt (Antonovsky 1997: 48). Der Kinderarzt Thomas Boyce (1985) entwickelte ebenfalls Fragestellungen, die in Richtung Salutogenese gehen. Seine Arbeit wurde unter dem Begriff „Permanenzgefühl“ bekannt. Dies besagt, dass rituelles Handeln zur positiven Verarbeitung einer Krise beitragen kann. Er erforschte, dass Kinder, die in stabiler familiärer Routine aufwachsen, weniger anfällig für Erkrankungen der Atemwege wären.

3.2. Eine systemtheoretische Perspektive zu Gesundheit

Gesunde Lebenswelten und Umwelten haben einen ebenso großen Einfluss auf die Gesundheit wie das individuelle Gesundheitsverhalten. In diesem Kapitel soll ein meso- bzw. makrosoziologischer Ansatz vorgestellt werden.

Systeme müssen sich ständig autopoietisch reproduzieren. Für Personensysteme bedeutet das eine ständig aufeinander abgestimmte Reproduktion des strukturell gekoppelten Zusammenhangs von Körper, Psyche und sozialem Status. Autopoiesis erfolgt durch innersystemische Reproduktionsprozesse auf der Basis von Austausch mit den relevanten

natürlichen und gesellschaftlichen Umwelten eines Systems (vgl. Pelikan, Halbmayer 1999:18). Gesundheit oder Krankheit einer Person hängt also nicht nur von der Person selbst ab, sondern auch von den für die Person relevanten Umwelten.

Das Individuum wird in der Systemtheorie als „System“ angesehen. Der Mensch kann jedoch nicht als ein einziges System dargestellt werden, sondern er besteht aus drei Teilsystemen, dem Körper oder Organismus, dem Geist oder mentalen System und der Person bzw. dem sozialen Status. Alle drei Systeme müssen erhalten werden, um bestehen zu können. „Organisms reproduce metabolically, minds with ongoing thoughts and persons by communication“ (vgl. Pelikan 2007). Die drei Systeme sind autopoietisch, jedoch durch strukturelle Kopplungen miteinander verbunden. Wird der Körper beispielsweise krank, leidet die Psyche mit. Verliert die Person ihren Arbeitsplatz (sozialen Status), wirkt sich das negativ auf das mentale System aus usw. Jedes dieser Teilsysteme kann noch weiter in Subsysteme differenziert werden (der Körper in Organe, der Geist in psychologische Subsysteme und die Person durch Inklusion oder Exklusion in verschiedene soziale Systeme wie die Familie, Bildung oder Politik).

Alle drei Systeme sind in eine relevante Umwelt eingebettet. Der Körper ist ein Teil der Natur, der Geist Teil der Kultur und die Person Teil der Gesellschaft. Diese Umwelten können entweder salutogene oder pathogene Einflüsse haben.

Tabelle 1: Salutogene vs. pathogene Einflüsse auf die menschliche Gesundheit

Umwelten	Salutogene Einflüsse	Pathogene Einflüsse
Natur	Metabolische Rahmenbedingungen und Ressourcen (Klima, Luft, Wasser, Lebensmittel, Licht usw.)	Akute Naturkatastrophen und chronische Zustände wie Luftverschmutzung, Mangel an natürlichen Ressourcen usw.
Kultur	Kulturelle Orientierungen und Werte (Toleranz, Menschlichkeit usw.)	Anomie, Ethnozentrismus, Fundamentalismus usw.
Gesellschaft	Soziale Institutionen und Ressourcen (Frieden, Recht, Wohlstand, Sozialkapital usw.)	Schädliche soziale Bedingungen wie Krieg, Terror, Instabilität, soziale Ungleichheit usw.

Abbildung nach Forster et al. (2004)

Es gibt also eine Reihe von Ressourcen, die auf den Körper, den Geist und die Person gesundheitsförderlich wirken können und andererseits gibt es pathogene Einflüsse, die auf alle drei Teilsysteme des Individuums gesundheitsschädlich wirken können.

Körperliche Ressourcen und Risikofaktoren: Positive Gesundheitsressourcen sind körperliches Wohlbefinden bzw. ein „funktionierender Körper“ (Fitness und Wellness).

Risikofaktoren, die die Gesundheit des Körpers bedrohen, stellen Unfälle und akute sowie chronische Erkrankungen dar. *Mentale Ressourcen und Risikofaktoren:* Geistige Fitness und seelisches Wohlbefinden stehen mentalen Störungen gegenüber. *Soziale Ressourcen und Risikofaktoren:* Soziale Inklusion in relevante Teilsysteme der Gesellschaft und soziale Ressourcen wirken gesundheitsfördernd (z.B. Staatsbürgerschaft, Bildung, Arbeit, Familie, Wohlstand, Prestige), während akute/chronische soziale Abweichungen gesundheitsschädigend sein können (z.B. Arbeitslosigkeit, Armut, soziale Isolation, illegaler Aufenthaltsstatus) (Pelikan 2007:14).

In der postmodernen Gesellschaft haben sich verschiedene Funktionssysteme für die Behandlung von Krankheiten herausgefiltert, denen der dreigeteilte Gesundheitsbegriff zugrunde liegt. Für körperliche Beschwerden gibt es das Krankenbehandlungssystem, für mentale Erkrankungen die Psychotherapie und für „soziale Krankheiten“ die Sozialarbeit. (Pelikan 2007:28). Im Gegensatz dazu hat sich ein positives Gesundheitssystem herausgebildet, Sport und Fitnessstraining für den Körper, Meditation und Wellness für den Geist und Beratung und Coaching für die Person. All diese Funktionssysteme tragen dazu bei, die Welt, in der sich das Individuum bewegt, möglichst gesundheitsfördernd auf allen drei Ebenen zu gestalten.

Die Gesundheitsförderung, die dem Gesundheitsbegriff der WHO zufolge, ebenfalls mit einer Dreiteilung des Individuums in Körper, Geist und Person arbeitet, kann mit diesen Funktionssystemen (Fitness, Meditation und Wellness, Beratung und Coaching) Synergien schaffen.

Die Gesundheitsförderung arbeitet nicht mit dem Code „gesund – krank“, sondern mit „optimale Gesundheit – suboptimale Gesundheit“. Das Gesundheitsförderungssystem unterscheidet sich daher wesentlich vom Krankenbehandlungssystem, da es von einem gesunden Individuum ausgeht und nicht von einem kranken. (Näheres zur Gesundheitsförderung im nachfolgenden Kapitel).

3.3. Zusammenführung der Perspektiven

Trotz dieser scheinbaren „Verschleierung“ des dichotomen Gesundheitsbegriffs durch die Annahme eines Kontinuums argumentiert Antonovsky, dass sowohl pathogene als auch salutogene Denkrichtungen einen dichotomen Gesundheitsbegriff als Basis hätten. Erstere

würde sich auf die Behandlung kranker Menschen und die Vorbeugung ihrer Krankheiten sowie die Rehabilitation nach einer Krankheit konzentrieren und zweitens würde ihre Aufmerksamkeit auf Ressourcen richten, damit die Gesunden gar nicht erst krank würden. So liegt beiden Ansätzen ein dichotomer Gesundheitsbegriff zugrunde (Antonovsky 1997:22,23).

Die Salutogenese bietet einen erfrischenden Einblick auf „die andere Seite“ der Gesundheit. Sie stellt herkömmliche Fragen nach der Entstehung und Behandlung von Krankheiten in den Hintergrund und rückt ihren Blick auf die Gesundheit und deren Erhaltung. Pathogenese und Salutogenese sind komplementäre Sichtweisen, die sich in Theorie und Praxis ergänzen sollten.

Die Erklärungsversuche von Gesundheits- und Krankheitsdeterminanten durch makrosoziologische Theorien, wie der Systemtheorie, sind besonders wertvoll für das Verstehen von Systemen und Prozessen, von denen die Krankenbehandlung und auch die Gesundheitsförderung abhängig sind. Der individuelle Ansatz, die mikrosoziologische Perspektive von Antonovsky, muss ebenfalls Berücksichtigung finden, denn trotz aller Gemeinsamkeiten durch einen gemeinsamen Staat, ein gemeinsames Versorgungs- und Versicherungssystem ist und bleibt Gesundheit ein subjektives Phänomen, das nur bedingt verallgemeinerbar ist. Dennoch wird der gesundheitssoziologische Diskurs über Gesundheit und Krankheit erst durch die Anwendung von sowohl Mikro- als auch Makrotheorien vollständig.

So geht es bei dem Phänomen Gesundheit doch immer um die Herstellung eines „Gesundheitsgleichgewichtes“ – einer Balance zwischen dem individuellen (körperlichen, mentalen und sozialen) Empfinden und der menschlichen Umwelt (Kühn 1993:122). Optimale Gesundheit entsteht durch individuelle Faktoren und gesunde Lebensbedingungen bzw. Systemen.

Im nachfolgenden Kapitel wird im Detail darauf eingegangen, wie Gesundheit gefördert werden kann und was das Konzept der Gesundheitsförderung beinhaltet.

4. Gesundheitsförderung – das Konzept und seine Vielfalt

Gesundheitsförderung wird seit mehreren Jahren in internationalen Ausschüssen bzw. Konferenzen diskutiert. So entstand auch das für die Gesundheitsförderung wichtigste Dokument: die Ottawa Charta aus dem Jahr 1986. In diesem Kapitel wird neben der Definition von Gesundheitsförderung (4.1) und einer Abgrenzung zur Prävention (4.2) auch die internationalen Entwicklungen angesprochen (4.3), die für die Entstehung der Gesundheitsförderung eine entscheidende Rolle spielten. Die Entstehung der Ottawa Charta steht hier im Vordergrund. Danach werden die Hauptbegriffe der Gesundheitsförderung vorgestellt (4.4) und der Aufbau eines Gesundheitsförderungsprojektes beschrieben (4.5). Dieses Kapitel soll überleiten zu Kapitel 5, das sich im Speziellen mit der Gesundheitsförderung in Österreich auseinandersetzt.

4.1. Definition von Gesundheitsförderung

„Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Lebensumstände und ihre Umwelt zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. verändern können.“ (Ottawa Charta der WHO, 1986, autorisierte Übersetzung)

Gesundheitsförderung kann nicht als Angelegenheit einer Disziplin betrachtet werden, sie ist vielmehr interdisziplinär und sitzt „zwischen mehreren Stühlen“ (Dür 1997: 47). Das Konzept der Gesundheitsförderung hat seine Wurzeln in verschiedenen Disziplinen, sozialen Bewegungen und Praxiserfahrungen (vgl. Brösskamp- Stone et al 1998:141).

Steen (2005) formulierte Mitte der 1980er Jahre fünf Prinzipien der Gesundheitsförderung:

1. Gesundheitsförderung umfasst die gesamte Bevölkerung.
2. Gesundheitsförderung zielt auf die Beeinflussung von Bedingungen und Ursachen von Gesundheit ab.
3. Gesundheitsförderung verbindet verschiedene Maßnahmen und Ansätze.
4. Gesundheitsförderung bemüht sich um eine Beteiligung der Öffentlichkeit.
5. Gesundheitsförderung ist die Aufgabe des Gesundheits- und Sozialbereichs und keine medizinische Dienstleistung.

Diese Prinzipien zeigen anschaulich, wie vielfältig die Gesundheitsförderung ist. Sie bedarf eines Theorie- Praxis Rahmens.

4.2. Gesundheitsförderung und Prävention – begriffliche Abgrenzung

O. Meggeneder (1996) warnt vor dem leichtfertigen Gebrauch des Begriffs Gesundheitsförderung, da unter diesem Begriff viele Angebote und Maßnahmen laufen, die oft nicht das halten, was sie versprechen. „Es ist zu beobachten, dass die Begriffe Prävention, Krankheitsverhütung und Gesundheitsförderung weitgehend undifferenziert verwendet werden.“ (Meggeneder 1996: 98ff). Andere Autoren sind der Meinung, eine klare Unterscheidung von Gesundheitsförderung und Prävention setze sich zunehmend durch (Waller 2002:153).

Unter Prävention (oder Gesundheitsvorsorge) verstehen wir in diesem Zusammenhang die Früherkennung und die Vorbeugung von Krankheiten sowie die Gesundheitserhaltung (siehe Kapitel 2). Die Prävention kann nach drei Gesichtspunkten gegliedert werden: nach dem Zeitpunkt, der Zielgröße und der Methode der Maßnahmen. Nach dem Zeitpunkt unterscheiden wir primäre, sekundäre und tertiäre Prävention, nach der Zielgröße personale Prävention, Verhaltensprävention und Verhältnisprävention und nach der Methode Gesundheitsaufklärung- und beratung, Gesundheitserziehung- und bildung, Gesundheitstraining und Präventivmedizin sowie Gesundheitsselbsthilfe. Die Rehabilitation oder Gesundheitsfestigung fällt üblicherweise unter „Tertiärprävention“. Es werden drei Arten der Rehabilitation unterschieden, nämlich die sog. medizinische, berufliche und soziale Wiedereingliederung. Die Rehabilitation zielt darauf ab, Beeinträchtigungen infolge von Krankheiten zu beseitigen oder zu vermindern, um den Patienten wieder ins gesellschaftliche Leben integrieren zu können.

Die Gesundheitsförderung wurde bereits im Abschnitt 4.1 ausführlich besprochen. Während die Prävention risikosenkend wirkt, wirkt die Gesundheitsförderung noch zusätzlich ressourcensteigernd, d.h. sie setzt dort an, wo noch keine Krankheit aufgetreten ist. Gesundheitsförderung und Public Health sind sich ergänzende Konzepte, denn die Gesundheitsförderung zielt auf die Verbesserung des Gesundheitszustandes bestimmter Gruppen ab und Public Health trägt die Ergebnisse in die Politik.

Zusammenfassend lässt sich Prävention von Gesundheitsförderung im Ansatzpunkt, im dominierenden Gesundheitsbegriff, in der Zielgruppe und der Maßnahmenorientierung unterscheiden, wie die untenstehende Tabelle zeigt. Eine klare Trennung der Begriffe ist für die weitere Vorgehensweise in dieser Arbeit bezeichnend.

Tabelle 2: Gesundheitsförderung und Prävention im Überblick

	Gesundheitsförderung	Primäre Prävention	Sekundäre Prävention	Tertiäre Prävention
Ansatzpunkt	Steigerung der Gesundheitspotenziale ohne Krankheitsbezug	Risikoreduktion vor Krankheitsbeginn	Im Krankheitsstadium	Nach akuter Krankenbehandlung
Gesundheitsbegriff	Umfassender Gesundheitsbegriff (bio-psycho-sozial)	Umfassender Gesundheitsbegriff (bio-psycho-sozial) Bio-medizinischer Gesundheitsbegriff	Bio-medizinischer Gesundheitsbegriff	Bio-medizinischer Gesundheitsbegriff
Zielgruppe	Individuen Soziale Gruppen Gemeinschaften Lebenswelten	Individuen Soziale Gruppen	Individuen (PatientInnen)	Individuen (RehabilitandInnen)
Maßnahmenorientierung	Ressourcensteigernd, verhältnisändernd, verhaltensändernd	Risikosenkend, verhältnisändernd, verhaltensändernd	Kurativ	Rezidiv ³ prophylaktisch, rehabilitativ, palliativ ⁴

* in Anlehnung an den Fonds Gesundes Österreich (Arbeitsprogramm 2005: 7)

Die Primärprävention und die Gesundheitsförderung haben sowohl theoretisch als auch praktisch viele Gemeinsamkeiten. Beide arbeiten mit einem umfassenden Gesundheitsbegriff und haben als Zielgruppe nicht nur Individuen sondern auch Gruppen, Gemeinschaften oder Lebenswelten. Die Primärprävention setzt Maßnahmen, die risikosenkend sind, während Gesundheitsförderung zusätzlich ressourcensteigernde Methoden einsetzt. Beide Strategien wirken verhaltens- und verhältnisverändernd.

³ Rezidiv – wiederkehrend, rückfällig (vgl. DUDEN Fremdwörterbuch 1974)

⁴ Palliativ – die Beschwerden einer Krankheit lindernd, aber nicht die Ursachen bekämpfend (vgl. DUDEN Fremdwörterbuch 1974)

Gesundheitsförderung zielt auf eine Steigerung der Gesundheitspotenziale ab, während Primärprävention auf Risikominimierung bei spezifischen Krankheiten abzielt. Beide Strategien setzen vor Krankheitsbeginn an, während Sekundär- und Tertiärprävention erst nach Auftreten oder Behandlung einer Krankheit Maßnahmen einleiten. In den beiden letzt genannten Konzepten dominiert der biomedizinische Krankheitsbegriff und Interventionen beziehen sich auf Einzelne (PatientInnen oder RehabilitandInnen).

„Der offene Blick für die gezielte Suche nach bereits vorhandenen Ressourcen und Kompetenzen, um Gesundheit zu erhalten und zu stärken, unterscheidet Gesundheitsförderung von mehr oder minder krankheitsorientierten und risikospezifischen Interventionen der Prävention.“ (Demmer 1993:79) Somit bleibt die Gesundheitsförderung in Steens Worten (2005) „die weitblickendere Schwester“ der Prävention.

4.3. Internationale Entwicklungen in der Gesundheitsförderung

In den letzten Jahrzehnten nahm die WHO eine Pionierfunktion in der Entwicklung und Umsetzung von Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung ein (Badelt, Österle 2001:58). Baric und Conrad (1999) geben die Geschichte der Gesundheitsförderung in einer kurzen Zusammenfassung wieder:

Verschiedene kulturelle Bewegungen aus den USA wie die Aerobic – Welle oder die Wellness – Bewegung in den 1970er und 1980er Jahren trugen zur Veränderung des Gesundheitsbewusstseins verschiedener Bevölkerungsgruppen bei. Präventive Aspekte d.h. die Vorbeugung gewisser Krankheiten verschmolzen mit dem Streben nach Schönheitsidealen und Wohlfühl –Theorien (Brösskamp- Stone et al 1998:143). So wurde Gesundheit nicht mehr nur als Abwesenheit von Krankheit verstanden, sondern als positiv besetzter Begriff und die Gesundheitsförderung löste die Prävention ab.

In den 1970er und 1980er Jahren wurden die Grundsteine der Gesundheitsförderung gelegt. 1977 begann eine neue Entwicklung mit der 30. WHO- Versammlung in Genf, auf der die Strategie „Gesundheit für alle“ festgelegt wurde (Hildebrandt, Trojan 1988:63). Es wurde vereinbart, dass Gesundheit für alle Bürger ein Ziel der nationalen Regierungen sein sollte (Grass 1999:9).

Auf der internationalen Konferenz 1978 in Alma Ata wurde Gesundheit als Grundrecht jedes Menschen verankert. Die Strategie „Gesundheit für alle“ wurde aufgenommen, um Chancenungleichheiten im Gesundheitssystem zuvorzukommen. Im Jahre 1980 entwarfen 33 europäische Staaten die Strategie „Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000“, die dazu

führen sollte, dass allen Menschen ein besseres Maß an Gesundheitsmöglichkeiten zuteil wird.

Eine Weiterentwicklung dieser Strategie, die unter dem Namen „Gesundheitsförderung“ bekannt wurde, fand ihren Durchbruch 1986 bei der **1. Internationalen Gesundheitsförderungskonferenz in Ottawa, Kanada**. Dort wurde erstmals eine einheitliche Definition zum Konzept „Gesundheitsförderung“ festgeschrieben (siehe Abschnitt 4.1). Auf der besagten Konferenz wurde ein Referat mit dem Titel „Toronto 2000“ gehalten, in dem die Stadt Toronto zur „healthy city“ erklärt wurde, was der Ausgangspunkt für die späteren „Gesunde Städte“ Projekte der WHO war (und das erste Beispiel für die Umsetzung des Settingsansatzes darstellte – mehr dazu siehe Abschnitt 4.4). In der Ottawa Charta, die bei der Konferenz verabschiedet wurde, wurde das Ziel der Selbstbestimmung betont, das zur Stärkung der eigenen Gesundheit beitragen soll. Der medizinische Ansatz zu Gesundheit wurde von der Sicht „Gesundheit in Settings“ abgelöst. Drei Kernstrategien (vgl. Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung) der Gesundheitsförderung wurden herausgearbeitet:

- a) „Advocacy“ bedeutet ein aktives Eintreten für Gesundheit und Interessensvertretung in der Politik.
- b) Unter „Enabling“ versteht man die Stärkung und Befähigung von Gesundheitspotenzialen bei Einzelnen und Gruppen. Ziel ist es, Chancengleichheit herzustellen, d.h. soziale Unterschiede im Gesundheitszustand zu verringern und gleiche Möglichkeiten zu schaffen, dass Menschen befähigt werden, ein Höchstmaß an Gesundheit zu erreichen.
- c) Als dritte Strategie wurde „Mediating“ festgelegt – die Vermittlung und Vernetzung zwischen unterschiedlichen Bereichen und Interessen zur Förderung der Gesundheitsförderung. Die Ottawa Charta empfiehlt ein koordiniertes Zusammenwirken aller Verantwortlichen in Regierung, Gesundheits-, Sozial- und Wirtschaftssektor, in Verbänden und Initiativen.

Die Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung beinhaltet neben einer allumfassenden Definition der Gesundheitsförderung auch Textabschnitte zu den Voraussetzungen für Gesundheit, zu den Kernstrategien der Gesundheitsförderung (advocacy, enabling, mediating), zu den Handlungsebenen in der Gesundheitsförderung und gemeinsamen Verpflichtungen der KonferenzteilnehmerInnen sowie einem Aufruf zu internationalem Handeln. „Die Ideen der Ottawa-Charta fanden rasch internationale Verbreitung und Akzeptanz.“ (Brösskamp- Stone et al 1998:143). Der Begriff der Gesundheitsförderung

(Englisch: „health promotion“) tauchte erstmals Anfang der 1980er Jahre im deutschsprachigen Raum auf (Steen 2005: 93).

Bei der Zweiten Internationalen Gesundheitsförderungskonferenz der WHO in Adelaide, Australien, 1988, wurde eine gesundheitsförderliche Gesamtpolitik konkretisiert und Empfehlungen für die Politik herausgearbeitet.

Danach folgte die dritte Gesundheitsförderungskonferenz in Sundsvall, Schweden, im Jahr 1991, die den Schwerpunkt auf das Thema „unterstützende Umwelten für Gesundheit“ legte. (Baric, Conrad 1999:11) Alle Gemeinden, Städte und Länder sollten aufgefordert werden, unterstützende Umwelten zu schaffen.

Die Jakarta Konferenz im Jahr 1997 mit dem Titel „Neue Akteure für eine neue Ära – Gesundheitsförderung für das 21. Jahrhundert“ bestätigte noch mal die Aussagen und Entscheidungen der vorigen Konferenzen. Die fünfte Internationale Gesundheitsförderungskonferenz fand im Jahr 2000 in Mexico City statt. Themen wie Abbau gesundheitlicher Chancenungleichheiten standen im Zentrum der Konferenz.

Auf der sechsten Internationalen Gesundheitsförderungskonferenz in Bangkok, Thailand, im Jahr 2005 wurde die Bangkok Charta zur Gesundheitsförderung in einer globalisierten Welt verabschiedet, welche sich als Weiterführung der Ottawa Charta aus dem Jahr 1986 versteht.

4.4. Hauptbegriffe in der Gesundheitsförderung

Im folgenden Abschnitt werden die Hauptbegriffe der Gesundheitsförderung anhand der fünf Handlungsebenen von Steen (2005: 97ff) erörtert (4.4.1) und verschiedene Ansätze im Details dargestellt: Verhaltens- und Verhältnisprävention (4.4.2), Ansätze in der Gesundheitsförderung (4.4.3), der Settings-Ansatz (4.4.4) und Organisationsentwicklung in der Gesundheitsförderung (4.4.5).

4.4.1. Fünf Handlungsebenen der Gesundheitsförderung

Gesundheitsförderung meint nicht nur die Förderung individueller Gesundheit. Darüber hinaus stellt Gesundheitsförderung ein Konzept dar, das auf fünf Ebenen ansetzt, der individuellen Ebene, der Gruppen- und Gemeinschaftsebene, auf Ebene der Institutionen und Organisationen, Lebenswelten und der Politik. Die Ottawa Charta der WHO macht

ebenfalls deutlich, dass Gesundheitsförderung sich nicht nur auf den Einzelnen bezieht (Ausdrücke der Ottawa Charta *Kursiv*).

Individuum

(Ottawa Charta: Entwicklung persönlicher Kompetenzen)

Das Individuum soll über Gesundheit bzw. Gesundheitsgefahren aufgeklärt und informiert werden. Die Kompetenzen des Einzelnen sollen gestärkt und umfassendes Wohlbefinden gefördert werden. Der personale Ansatz hat die Vorteile, dass er auf die speziellen Bedürfnisse der Einzelnen eingeht und direkte Hilfestellung anbieten kann. Darunter fallen u.a. die Unterstützung der Persönlichkeitsentwicklung sowie sozialer Fähigkeiten, die Befähigung zu lebenslangem Lernen und vieles mehr (vgl. Waller 2002).

Gruppen und Gemeinschaftsaktionen

(Ottawa Charta: Unterstützung gesundheitsbezogener Gemeinschaftsaktionen)

Viele Verhaltensmuster sind in ein soziales Umfeld eingebettet (peer groups, Schule etc.). Personen aus dem jeweiligen Umfeld (Bsp. Schule: LehrerInnen, Eltern) sind auch Beteiligte an Erziehung, Bildung und Verhalten der SchülerInnen. Gesundheitsförderung in Gruppen zu betreiben hat den Vorteil, dass so das Verhalten von vielen Einzelpersonen gleichzeitig beeinflusst werden kann. Der Nachteil liegt darin, dass er Abhängigkeit zwischen den Gruppenmitgliedern schaffen kann. Die Stärkung von Nachbarschaften und Gemeinden, die Unterstützung von Selbsthilfegruppen oder die Arbeit in Schulen, Betrieben oder Kindergärten wären denkbare Praxisideen.

Baric und Conrad (1999:121) unterscheiden zwischen a) bereits bestehenden Gruppen wie Familien, Schulklassen, Bevölkerungsgruppen usw. und b) sich neu bildende Gruppen wie Arbeitsgruppen, Entscheidungsgremien, Selbsthilfegruppen, Therapiegruppen usw. Der Gruppenansatz kann gut für gesundheitsfördernde Maßnahmen genutzt werden (Gruppenkohäsion, Gruppendruck, Gruppenziele, Gruppenstruktur). Die meisten sozialen Interaktionen finden in Gruppen statt. Baric und Conrad machen weiters eine - zuerst trivial erscheinende - Unterscheidung zwischen großen und kleinen Gruppen. Große Gruppen können aus verschiedensten Gründen zusammentreffen, zur Vermittlung von Informationen (Schulklassen), zur Unterhaltung (Kinobesucher) oder Beteiligung an der Vermittlung von Wissen (Konferenzen) (ebd. 1999:122). Fast alle Menschen sind Teil von kleineren Gruppen, wie Arbeitsgruppen, Familie oder Jugendgruppen, die aus anderen Gründen zusammentreffen wie Großgruppen.

Organisation und Institution

Wenn Individuen und Gruppen in ihrer gesunden Lebensführung unterstützt werden sollen, darf nicht vor den Organisationen und Institutionen, in denen sie sich aufhalten oder beschäftigt sind, Halt gemacht werden. Persönliche Ressourcen sind oft eng mit strukturellen Ressourcen verbunden. Wenn also ein/e Erwerbstätige/r zu Hause gesund lebt, aber im Betrieb keine Rücksicht auf Gesundheit gelegt wird, kann Gesundheitsförderung nicht vollständig wirksam werden. Fast alle Aufgaben finden im Kontext von Organisationen statt. Unsere Gesellschaft ist in Institutionen organisiert, es gibt kaum jemanden, der in keiner Art von Organisation teilhat.

Lebenswelt und Kooperation bzw. Partnerschaft

(Ottawa Charta: Schaffung gesundheitsfördernder Lebenswelten)

Jeder Interventionsraum hat ein Umfeld bzw. einen Kontext, der entweder unterstützend oder hemmend wirken kann (z.B. Einzugsgebiet, wirtschaftliche Lage, Wohnort). Folgende Gesundheitsdeterminanten können sich gesundheitsförderlich oder gesundheitsschädlich auf Lebenswelten auswirken (vgl. Baric, Conrad 1999):

- Wohnsitz (Stadt, Land, Transportnetz)
- Mobilität
- Wohnverhältnisse (Annehmlichkeiten, Schutz vor Kälte, Feuchtigkeit, Ungeziefer)
- Lebensunterhalt (Vermögensstand, Einkommensquelle)
- Haushaltsmitglieder und Sozialstruktur (zusammenlebende Generationen, eheliche Verhältnisse, Kinder, Beziehungsstrukturen)
- Soziale Netze (Qualität und Quantität von Freundschaften zur Unterstützung bei gesundheitlichen Problemen)
- Bildungsstand
- Soziale Stellung (hoch, mittel, niedrig; bestimmt durch Berufe und Art der Arbeit, Status, Geschlecht, Familienzugehörigkeit)
- Werte und Normen
- Gesundheitszustand (Häufigkeit und Art der gesundheitlichen Probleme)

Zu den Faktoren, die zu einer für die Gesundheit förderlichen Umwelt beitragen können, jedoch nicht durch individuelles Verhalten beeinflussbar sind, zählen:

- örtliche Verhältnisse (Siedlungstyp, Nachbarschaftsverhältnisse)

- wirtschaftliche Verhältnisse (BIP, technischer Entwicklungsstand, Beschäftigungsrate, Migrationsrate)
- soziale Organisation (politisches System, soziale Schichten)
- Verkehr und Kommunikation (Mobilität, Kommunikationsnetz durch Massenmedien, Zugang zu allgemeinen Informationen)
- Wertesystem (Religion, Kultur)
- Bildungssystem
- Gesundheitszustand (Morbiditäts- und Mortalitätsmuster)
- Gesundheitsversorgung (System der ambulanten und stationären Versorgung und deren Zugänglichkeit)

Es gibt also eine Reihe von Faktoren, die entweder gesundheitsfördernd oder krankheitserregend sein können. Die Gesundheitsförderung zielt darauf ab, diese Faktoren möglichst gesundheitsfördernd zu gestalten, um ein Höchstmaß an persönlicher Gesundheit zu gewähren und um Lebenswelten möglichst gesundheitsförderlich zu gestalten.

Der Gemeinschaftsansatz kann die Mitglieder einer Gemeinschaft in ihrer persönlichen Verantwortung für die eigene Gesundheit bestärken. Dies hat aber wenig Sinn, wenn es keine Gemeinschaft gibt, sondern nur Gruppen, die denselben Ort teilen.

Politik und Lobbyarbeit

(Ottawa Charta: Entwicklung einer gesundheitsfördernder Gesamtpolitik; Re-orientierung der Gesundheitsdienste)

Gesundheitsförderung ist immer auch „politisch“, da sie zumindest indirekt immer auch den Anspruch auf Veränderung des Umfelds erhebt (Steen 2005:100). Baric und Conrad (1999) nennen diese Ebene „massenmedialer Ansatz“, der große Teile der Bevölkerung miteinbeziehen kann, was u.a. für die Veränderung von sozialen Normen wichtig ist.

Unter der Re-orientierung der Gesundheitsdienste wird die Kooperation verschiedener Akteure im Gesundheitsbereich und anderer Sektoren verstanden, sowie die Forcierung der Forschung und Veränderungen in beruflicher Aus- und Weiterbildung (Waller 2002:163). Die gesundheitspolitische Situation kann durch Gesetzesänderungen, steuerliche Maßnahmen, Chancengleichheit in der Sozialpolitik und durch die Schaffung salutogener Umgebungen gesundheitsförderlich eingreifen (ebd. 2002).

4.4.2. Verhalten- versus Verhältnisprävention

Gesundheitsförderung umfasst nicht nur Handlungen, die auf die Stärkung individueller Kompetenzen abzielen, sondern auch darauf, soziale und ökonomische Umweltbedingungen zu verändern. (vgl. Pelikan, Halbmayer 1999). In der Gesundheitsförderung werden einerseits persönliche Ressourcen gefördert und andererseits gesundheitsfördernde Lebenswelten geschaffen, da der Mensch eng an seine soziale Lebenswelt gebunden ist. Verhaltens- und Verhältnisprävention sind also gleichermaßen Bestandteile der Gesundheitsförderung.

Kühn unterstützt die Idee, dass die Gesundheit und die dazugehörige Verhaltensänderung in der persönlichen Verantwortung des Einzelnen liegt (Kühn 1993:40). Auch Luhmann spricht sich für persönliche Verantwortung aus: „Die Grundprobleme eines Systems werden durch die Systemstrukturen nicht gelöst (...), sie werden (...) als Verhaltenslast den Handelnden auferlegt.“ (zitiert nach Kühn 1993:30). Der Sicherheitsgurt im Fahrzeug wird oft als Beispiel für die Prävention von Unfällen oder schweren Verletzungen angegeben, die durch individuelles Verhalten (das Anlegen des Gurtes) ausgelöst wird. Ebenso können Infektionskrankheiten durch persönliche Hygiene oder im Falle von AIDS durch Verhaltensanpassungen verhindert werden. In diesen Beispielen wird das Verhalten einzelner Personen und Gruppen angesprochen (Kühn, Rosenbrock 1994: 36f).

Bei vielen Krankheiten infolge von Luftverschmutzung, schlechter Wasserqualität, Schadstoffen in Lebensmitteln etc. spielt das persönliche Gesundheitsverhalten keine Rolle: Man wird trotzdem krank (vgl. Hildebrandt, Trojan 1988:68; Kühn 1993). Bemühungen, die nur darauf abzielen, das Ernährungs- oder Bewegungsverhalten des Einzelnen zu verändern, sollten daher Bedingungen schaffen, die gesundheitlich ungefährlich sind und gesundheitsgerechtes Verhalten fördern. Dieses Ziel wird kaum von einer einzelnen Institution eingelöst werden können, sondern ist als Gemeinschaftsaufgabe zu verstehen.

Die Verhältnisprävention hat in den letzten Jahren viele Erfolge erzielt (Kühn, Rosenbrock 1994:37). Technische Verbesserungen in der Arbeitswelt, hohe Standards in der Lebensmittelhygiene, verbesserte Ernährung und Bildung haben zu einem „gesünderen Zusammenleben“ beigetragen. An den Verhältnissen anzusetzen scheint oft schwieriger zu sein als am Verhalten, da man erst dann auf die Verhältnisse aufmerksam wird, wenn sie nicht optimal funktionieren.

4.4.3. Ansätze in der Gesundheitsförderung

So verschieden die Einflussfaktoren auf Gesundheit sein können, so verschieden sind auch die Ansätze, mit denen die Gesundheitsförderung arbeitet. Naidoo und Wills (2003) stellen fünf Ansätze der Gesundheitsförderung vor, die hier im Folgenden kurz erläutert werden:

Medizinisch oder präventiver Ansatz

Die Ziele des klassisch präventiven Ansatzes sind Reduktion von Krankheit und Vermeidung von frühzeitigen Erkrankungen. Die drei Interventionsebenen dieses Ansatzes sind primäre, sekundäre und tertiäre Prävention (siehe dazu Kapitel 2).

Durch die Anwendung wissenschaftlich anerkannter Methoden genießt dieser Ansatz große Popularität. Es handelt sich um top- down Interventionen, d.h. ein(e) Experte/in (Arzt/Ärztin) verfügt über das Fachwissen zur Erreichung bestimmter Ergebnisse. Dieser Ansatz ist stark vom Gesundheitsbegriff als „Abwesenheit von Krankheit“ gekennzeichnet (Dür 1997:52) und vernachlässigt die Dimensionen der physischen und sozialen Umwelt. Er verstärkt die Abhängigkeit des Menschen vom medizinischen Experten/in und befähigt ihn/sie nicht selbst (vgl. Naidoo, Wills 2003).

Dieser Ansatz arbeitet mit Methoden wie z.B. Vorsorgeuntersuchungen, Impfprogrammen, Screenings usw.

Ansatz der Verhaltensänderung

Die Ziele dieses Ansatzes bestehen darin, Individuen dabei zu unterstützen, gesündere Verhaltensweisen anzunehmen. Vom Einzelnen muss dafür aber die entsprechende Handlungsbereitschaft vorliegen. Es handelt sich nach Naidoo und Wills (2003) um einen expertengeleiteten Ansatz (top-down) – der/die Experte/in weiß, wie die Gesundheit der PatientInnen verbessert werden kann, berät und klärt sie auf (z.B. in Einzelgesprächen). Die Methoden dieses Ansatzes sind Raucherentwöhnung, Sport, Ernährung und viele mehr.

Ansatz der Gesundheitsaufklärung

Dieser Ansatz zielt darauf ab, durch Weitergabe von Informationen (z.B. Broschüren, Diskussionsrunden, Einzelgesprächen) den PatientInnen das notwendige Wissen zu vermitteln, um über ihr Gesundheitsverhalten entscheiden zu können. Es geht hier nicht darum, den PatientInnen in eine bestimmte Richtung zu lenken, sondern ihre freie Entscheidung steht im Vordergrund (vgl. Naidoo, Wills 2003). Gesundheitserziehung setzt

am Lebensstil von Personen an und versucht, diese zu ändern. Gearbeitet wird mit psychologischen und pädagogischen Konzepten (Dür 1997:52).

Ansatz des Empowerment

Empowerment bedeutet nach einer Definition der WHO „a process through which people gain greater control over decisions and actions affecting their health“ (WHO Health Promotion Glossary: 6). Stark (1989) bezeichnet Empowerment als den Aufbau eines positiven Gefühls, die Entwicklung von Fähigkeiten und Ressourcen, um aktiv Ziele zu erreichen sowie den Erwerb von Wissen, der zum kritischen Verständnis von sozialen und politischen Verhältnissen und der sozialen Umwelt führt. Die WHO unterscheidet zwischen individuellem Empowerment und Gemeinschaftsempowerment („individual and community empowerment“). Einerseits bezieht sich Empowerment auf die Stärkung persönlicher Kompetenzen und andererseits bedeutet Gemeinschaftsempowerment, Individuen, die gemeinsam handeln, dazu zu befähigen, verstärkte Kontrolle über die Gesundheitsdeterminanten und die Lebensqualität in ihrer Lebenswelt zu erhalten. Dieser Ansatz sieht die Rolle der ExpertInnen in der Gesundheitsförderung eher als BegleiterInnen oder UnterstützerInnen, die den PatientInnen zur Selbsthilfe verhelfen sollen. Es handelt sich also um eine bottom-up Strategie (Grasböck 2004:59).

Ansatz der sozialen und politischen Veränderung

Dieser Ansatz stellt die sozioökonomischen Verhältnisse als Einflussfaktoren für Gesundheit in der Vordergrund. Die Gesundheitsförderung soll auch einen Beitrag zum Aufbau eines unterstützenden politischen Umfeldes für Gesundheit/Gesundheitsförderung leisten. Sie ermutigt politisches Engagement und profitiert von Richtlinien und Maßnahmen, die die Gesundheitsförderung forcieren.

4.4.4. Der Setting – Ansatz

Eine Kerngedanke der Gesundheitsförderung ist der Setting Ansatz. Der Setting Ansatz ist seit 1985 eine Kernstrategie mehrerer WHO-Programme zur Gesundheitsförderung, der auf Erfahrungen im Bereich „Community development“ aufbaut (Brösskamp- Stone et al. 1998:144).

Was versteht man unter einem Setting? Setting bedeutet aus dem Englischen übersetzt „Rahmen“ oder „Schauplatz“. Settings sind „(...) durch ihre Struktur und Aufgaben anerkannte soziale Einheiten (...)“ (Baric, Conrad 1999:18). Die WHO definiert „Setting“ in

ihrem Glossar zur Gesundheitsförderung als „the place or social context in which people engage in daily activities, in which environmental, organisational and personal factors interact to effect health and well-being.“ (zitiert nach Pelikan, Halbmayer 1999:25). Settings haben also üblicherweise einen Kontext, in dem Menschen mit definierten Rollen arbeiten, leben und spielen. Solche Settings können die Kernfamilie, ein internationaler Konzern bis hin zur nationalen Armee sein. Settings sind Rahmen, in denen Menschen den Großteil ihrer Zeit verbringen, also in Städten, Gemeinden, Schulen, am Arbeitsplatz oder in der Familie. Settings können auch soziale Einheiten oder Organisationen sein. Jedes Setting ist ungeheuer komplex – so besteht z.B. die „Stadt“ als gesundheitsförderndes Setting aus einzelnen Teilsystemen auf institutioneller Ebene (Sozialamt, Gesundheitsamt) sowie auf Ebene der Konsumenten (Schule, Universität, Krankenhaus, Betrieb).

Aus systemtheoretischer Sicht besteht ein soziales Setting aus einem soziales System und seinen relevanten Umwelten, d.h. ein durch strukturelle Kopplungen erzeugter System – Umwelt – Verbund (vgl. Pelikan, Halbmayer 1999). Die Betrachtung eines Systems ist immer abhängig vom Standpunkt des Beobachters. Entweder er befindet sich im System (Selbstbeobachtung) oder außerhalb (Fremdbeobachtung). Daher gilt es vor Einführung der Gesundheitsförderung die Systemgrenzen festzumachen und zu definieren, was das soziale Setting ausmacht. Durch Input/Output können relevante von irrelevanten Umwelten unterschieden werden. Relevante Umwelten geben dem System Input und werden durch das Output des Systems beeinflusst. Pelikan und Halbmayer (1999) nennen vier relevante Umwelten: andere soziale Systeme, die „wilde Natur“, Personen und Artefakte. Am Beispiel des Krankenhauses als soziales Setting wären z.B. Lieferanten oder Reinigungsdienste als andere soziale Systeme, Keime, Sonnenstrahlen oder das Wetter „wilde Natur“, die das Setting beeinflusst, PatientInnen, Angehörige oder MitarbeiterInnen Personen und Medikamente, Räume und Geräte Artefakte bzw. Infrastruktur. Wenn tatsächlich Kopplungen zwischen dem sozialen System und der relevanten Umwelt bestehen, werden diese als intern gesehen. Externe Umwelten zeigen keine aktuellen Kopplungen mit dem System auf. Umwelten können entweder gesundheitsförderlich oder gesundheitsschädlich sein. Ein gesundheitsförderndes Setting ist demnach ein Setting, das die Gesundheit der Menschen positiv beeinflusst, indem die vier Umwelten möglichst gesundheitsfördernd gestaltet werden. Gesundheitsförderung sollte explizites Ziel jedes Settings werden.

Ziele der Gesundheitsförderung in Settings sind, die Gesundheitspotenziale im Lebensbereich der Menschen aufzuspüren, durch aktive Beteiligung der Betroffenen die Expertise vor Ort zu nutzen und Handlungsmöglichkeiten zu stärken, sowie die

Kooperationsfähigkeit innerhalb des Settings zwischen verschiedenen Gruppierungen oder Organisationen auszubauen.

Dür zufolge arbeitet der Settings- Ansatz mit systemischen, organisationssoziologischen und interventionstheoretischen Konzepten (Dür 1997: 53), während die Gesundheitserziehung eher pädagogische und psychologische Ansätze verwendet. Prävention arbeitet mit klassischen medizinischen Mitteln. Diese drei Ansätze sind jedoch nicht als konkurrierend zu verstehen, sondern als einander ergänzende Konzepte, die gerade in Kombination Sinn machen. Gesundheitsförderungsprojekte weisen oft 2-3 Ansätze auf.

Der Anspruch des Setting Ansatzes ist es, neben den beteiligten Personen eines Handlungsspielraumes auch die Bedingungen unter denen sie leben, arbeiten und lieben mit einzubeziehen. Das erste und gleichzeitig bekannteste Beispiel setting-orientierter Gesundheitsförderung war wohl das Gesunde Städte Projekt. Das anfangs kleine Projekt war 1986 zur praktischen Umsetzung der Ottawa Charta und der Grundsatzes „Gesundheit für alle“ gedacht gewesen. Inzwischen wird das Projekt in über 600 Städten weltweit durchgeführt und hat ähnliche Initiativen in anderen Settings, wie Schulen, Krankenhäusern und Universitäten hervorgerufen (vgl. Naidoo, Wills 2003). In Österreich gab es 2001 ca. 30 gesundheitsfördernde Städte und über 100 gesundheitsfördernde Schulen (vgl. BMSG 2001).

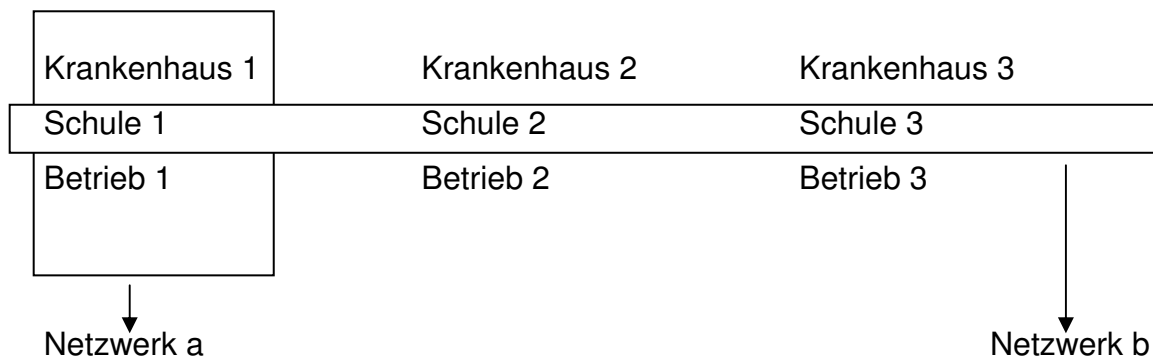
„Der Setting Ansatz ist eine Antwort auf die beschränkten Erfolge traditioneller Gesundheitserziehungsaktivitäten, die sich mit Information und Appellen an Einzelne wenden“ (BZGA 1996:100). Gesundheitsprobleme sind Resultat einer wechselseitigen Beziehung zwischen ökonomischer, sozialer und organisatorischer Umwelt und persönlicher Lebensweise. Der Settings- Ansatz richtet sich in seinen Interventionen an soziale Systeme, d.h. Organisationen und Netzwerke von Organisationen und nicht auf einzelne Personen (mit individuellem Risikoverhalten). Der Erfolg der Gesundheitsförderung hängt wesentlich von den Entwicklungsbedingungen von sozialen Systemen ab und von den AnbieterInnen gesundheitsfördernder Leistungen (und deren Projektmanagement). BetreiberInnen oder AnbieterInnen müssten die nötigen sozialen und organisatorischen Kompetenzen in ihrer Rolle vereinen und als „change facilitator“ auftreten (BGZA 1996: 101).

Die Settings Gemeinde, Betrieb oder Schule sind noch relativ allgemein gehalten und müssen in weiterer Folge noch genauer differenziert werden. Laut Pelikan, Demmer und Hurrelmann (1993:14) kann zwischen zwei Arten von Settings unterschieden werden: i) regionale Settings (Gemeinde, Stadt) und ii) soziale Settings (Betrieb, Krankenhaus, Schule).

Jeder Betrieb besteht aus einzelnen Abteilungen, Professionen und Gruppierungen. Es eignet sich am Anfang eines Gesundheitsförderungsprojektes eine Organisationsdiagnose durchzuführen.

Netzwerke können zwischen gleichartigen Settings gebildet werden (z.B. von Schule zu Schule) oder zwischen verschiedenen Stakeholdern (z.B. zwischen Krankenversicherung und Betrieb) (Baric, Conrad 1999:15). Vernetzung bietet die Möglichkeit zur Reduzierung von Konflikten und zur effizienteren Zusammenarbeit zwischen Kooperationspartnern.

Abbildung 2: Gleichartige und verschiedenartige Netzwerke



Die Einführung von Gesundheitsförderung in ein Setting kann entweder verhandelt werden oder verpflichtend eingeführt werden (Bereitstellung von Angeboten versus Einführung von Gesetzen und Verboten) (Pelikan, Halbmayer 1999:22). Die Wirksamkeit solcher Maßnahmen ist davon bestimmt, ob entweder positive „incentives“ (deutsch: Anreize) gesetzt werden oder entsprechende soziale Kontrollen mit negativen Sanktionen realisiert werden.

4.4.5. Organisationsentwicklung für Gesundheitsförderung

Organisationsentwicklung ist für die Gesundheitsförderung in zweierlei Hinsicht relevant: Erstens als Organisationsentwicklung der Einrichtungen und Organisationen, die Gesundheitsförderung anbieten, mit dem Ziel, deren interne Gesundheitsförderung zu erhöhen und zweitens als Methode der Gesundheitsförderung mit dem Ziel, Gesundheit in Settings zu fördern.

Organisationen sind Gesundheitserzieher Nummer eins. Sie beeinflussen das Gesundheitsbewusstsein und das Gesundheitsverhalten (Bösskamp- Stone et al 1998: 147).

Settings, in denen Gesundheitsförderung ein Bestandteil ist, sind Krankenhäuser, Gemeinden, Schulen oder Betriebe. Diese stellen die physische und soziale Umwelt des Menschen dar (BZGA 1996: 76-78). Eine wichtige Strategie der Gesundheitsförderung ist daher die Intervention in soziale Systeme. Unsere Gesellschaft ist hauptsächlich in Organisationen organisiert, d.h. die Bewältigung wichtiger sozialer Probleme erfolgt im Organisationskontext. Gesundheitsförderung ist eine Strategie, die nicht für die Durchführung einer bestimmten Organisation bestimmt ist, sondern von allen etablierten Organisationen durchzuführen ist (BZGA 1996: 76-78). Daher besteht die Herausforderung darin, Gesundheit in die Entscheidungen und Strukturen unterschiedlicher Organisationen einzugliedern. Dieser Prozess ist meist mit der Modifikation interner Strukturen und professioneller Rollen verbunden (Bösskamp- Stone et al 1998: 147).

Soziale Systeme entwickeln sich durch Veränderung von Kommunikationsstrukturen und professionellen Rollen. Allein Bewusstseinsbildung verändert soziale Systeme nicht. Sie entwickeln sich vielmehr durch Veränderung in Entscheidungsprozessen, Programmen, Zuständigkeitsregeln und Kooperationsstrukturen. Dazu kann eine Veränderung der Rollen einzelner Mitglieder der Organisation nötig sein. „Eine enge Abstimmung von Personalentwicklung und Strukturentwicklung ist ein wichtiges Erfolgskriterium für Organisationsentwicklung“ (BZGA 1996:78).

Soziale Systeme können nicht von einem Punkt aus verändert werden – weder von der Organisationsspitze, noch von der Basis. Sowohl die Partizipation der Basis als auch die Einbeziehung aller Entscheidungsträger ist unentbehrlich für den Erfolg der Gesundheitsförderung.

4.5. Aufbau eines Gesundheitsförderungsprojektes

Wie funktioniert der Settings-Ansatz in der Praxis der Gesundheitsförderung? Obwohl es eine Fülle an Themen, Zielgruppen und Ansätzen gibt, denen Gesundheitsförderung folgen kann, laufen die meisten Projekte nach einem bewährten Ablaufschema ab.

In einem ersten Schritt wird die Gesundheitsförderung in ein Setting eingeführt. Diese Grundlagenarbeit kann in Form von Beratungen, Bekanntmachungen oder Workshops vonstatten gehen. Die Entscheidungsträger des jeweiligen Settings müssen davon überzeugt sein, dass Gesundheitsförderung in ihrem Setting notwendig und vielversprechend ist und dann die endgültige Entscheidung über deren Einführung treffen. Danach ist es oft sinnvoll, mit qualitativen oder quantitativen Methoden die Ist-Situation im Setting zu erheben, um

etwaige Problemfelder aufzudecken. Die Mitglieder des Settings werden ebenfalls über die geplante Veränderung informiert.

Aufgrund der Erhebung der Ist-Situation ergibt sich für jedes Setting eine Reihe von Themenvorschlägen zur Problemlösung: Krankheiten oder Krankheitskomplexe sowie Gesundheitslevel, Prozesse (Entscheidungsfindungsprozess, Prozesse der Problembewältigung), Strukturen (Machtstrukturen, Rollenverteilung, Netzwerke), Beziehungen, Einrichtungen oder bestimmte Aktionen.

All diese Themen können Gegenstand einer gesundheitsfördernden Maßnahme sein. Die Planung einer gesundheitsfördernden Maßnahme kann nach folgendem Frageschema ablaufen (Baric, Conrad 1999:82):

- Was sind die Merkmale des Settings?
- Warum wurde ein bestimmter Schwerpunkt ausgewählt?
- Was wurde zu diesem Schwerpunkt bereits getan?
- Was soll mit einer bestimmten Maßnahme erreicht werden? (Zielsetzung)
- Wie kann deren Erfolg bewertet werden? (Evaluation)

Bsp.: Betriebliche Gesundheitsförderung – Projektaufbau

- Einrichten einer **Steuerungsgruppe** im Unternehmen bestehend aus Betriebsrat, Personalvertretung, ExpertInnen und MitarbeiterInnen etc. Die Hauptaufgaben der Steuerungsgruppe bestehen im Treffen von Entscheidungen über den Projektablauf, die Umsetzungsmaßnahmen usw.
- Erhebung des **Ist-Standes** im Betrieb (Organisationsdiagnose) mittels qualitativer bzw. quantitativer Methoden. Etwaige Problemgebiete und Spannungen bzw. Wünsche der MitarbeiterInnen können hier Ausdruck finden.
- **Einrichtung von Gesundheitszirkeln und Entwicklung von Lösungen:** Nachdem die Ergebnisse der Organisationsdiagnose allen Betroffenen mitgeteilt wurden, wird aktiv/partizipativ an der Entwicklung von adäquaten Lösungsmodellen gearbeitet. Dazu werden sogenannte Gesundheitszirkel im Betrieb eingerichtet, die aus circa acht Personen bestehen und extern moderiert werden. So arbeiten die MitarbeiterInnen selbst an der Entwicklung von Lösungen.
- **Umsetzung von Lösungen:** Die Steuerungsgruppe fällt eine Entscheidung darüber, welche der ausgearbeiteten Lösungen umgesetzt werden. Die Lösungen, wie das

Einrichten eines Fitnessraumes, das Einrichten einer Kommunikationsplattform oder die Erarbeitung eines neuen Gleitzeitsystems werden im Betrieb verwirklicht.

- **Evaluation:** Nach der Umsetzung der Maßnahmen wird das gesamte Projekt evaluiert. Eine zweite Befragung der MitarbeiterInnen kann durchgeführt werden, um zu sehen, ob die Zufriedenheit am Arbeitsplatz gestiegen ist oder das Gesundheitsverhalten der MitarbeiterInnen sich tatsächlich verändert hat.

4.6. Zusammenfassung

Gesundheitsförderung wird als Prozess definiert, der allen Menschen ein höheres Maß an Gesundheit zuteil werden lässt. Gesundheit ist der WHO zufolge umfassendes körperliches, geistiges und soziales Wohlbefinden. Das Konzept Gesundheitsförderung hat sich durch eine Reihe internationaler Konferenzen weiterentwickelt und ist eng mit der Auffassung verbunden, dass Gesundheit nicht mehr lediglich die Abwesenheit von Krankheit und Gebrechen beinhaltet.

Gesundheitsförderung kann auf verschiedenen Ebenen implementiert werden, auf individueller Ebene, Gruppenebene, Organisationsebene, in der Lebenswelt und der Politik. Gesundheitsförderung kann das Gesundheitsverhalten und die Verhältnisse, in denen Menschen leben, arbeiten und spielen verändern. Es gibt zahlreiche Ansätze, mit denen die Gesundheitsförderung arbeitet: mit dem medizinischen Ansatz, der Verhaltensänderung, der Gesundheitsaufklärung, dem Empowerment und der sozialen/politischen Veränderung. Der Kerngedanke der Gesundheitsförderung heute ist jedoch der Setting-Ansatz. Settings sind soziale Einheiten oder „Schauplätze“, an denen Menschen den Großteil ihres Lebens verbringen, also in der Familie, einem Betrieb, einer Kirche oder einer Schule. Um Settings gesundheitsfördernd zu gestalten, ist es notwendig, den Organisationskontext des jeweiligen Settings zu berücksichtigen.

Wie sich die realen Bedingungen in Österreich darstellen, soll das nächste Kapitel zeigen. Die österreichische Gesundheitsförderungslandschaft präsentiert sich als pluralistisch, vielfältig und innovativ (vgl. Dür 1997). 1994-1996 wurden die ersten systematischen Versuche unternommen, Gesundheitsförderungsprojekte zu sammeln und zu dokumentieren (Dür 1997:46).

5. Die Gesundheitsförderung am Beispiel der österreichischen Krankenversicherung

Die Krankenversicherungen sind einer der wesentlichsten Akteure des österreichischen Gesundheitssystems. 99% der Bevölkerung beziehen Gesundheitsleistungen durch die gesetzliche Krankenversicherung. Ihre Kernaufgaben bestehen in der Zurverfügungstellung von Krankenbehandlung im Falle von Krankheit, Alter, Unfall oder Pflegebedürftigkeit (vgl. Gröschel 1999). Zusätzlich bieten sie Leistungen zur Vorsorge, Gesundheitsfestigung und Gesundheitsförderung an.

20 Mrd. Euro wurden im Jahr 2004 in Österreich für Gesundheit ausgegeben. 70% davon von öffentlicher Hand (Streissler 2004: 60). Damit wurden knapp 7% des BIP für öffentliche Gesundheitsausgaben aufgewendet. Der wichtigste Financier dabei war *die Sozialversicherung*, gefolgt von den Ländern und Gemeinden. Der Bund trägt relativ wenig der unmittelbaren Gesundheitskosten.

Im vorliegenden Kapitel soll die Gesundheitsförderung aus der speziellen Perspektive der österreichischen Sozialversicherung dargestellt werden. Der Abschnitt 5.1 bietet einen Überblick über die handelnden Akteure in der Gesundheitsförderung in Österreich. Danach geht Abschnitt 5.2 im Detail auf die gesetzlichen Krankenversicherungen ein, die Entwicklung der österreichischen Sozialversicherung (5.3) und deren zentrale Aufgabengebiete (5.4).

5.1 Die Krankenversicherungen als Akteure in der Gesundheitsförderung

C. Gröschel (1996) zufolge kann zwischen drei Ebenen, auf denen Gesundheitsförderung implementiert wird, unterschieden werden: die bundesstaatliche Ebene, die Ebene der Bundesländer und Gemeinden und der Bereich der öffentlich – rechtlichen Institutionen (Gröschel 1996: 23). Eine ähnliche Aufteilung der Aufgaben im Gesundheitssystem findet sich bei Streissler (2004:26 ff).

Akteur auf bundesstaatlicher Ebene ist seit dem Jahr 2000 in Österreich das Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (BMGF). Zu den Aufgaben des Bundes im Gesundheitssystem zählen die allgemeine Gesundheitspolitik, Ausbildung der Berufe der Gesundheitspflege, Apotheken- und Arzneimittelwesen und die Aufsicht über Sozialversicherung und Ärztekammer.

Auf einer zweiten Ebene finden sich Landesregierungen, Gemeinden und Bezirksverwaltungen. „Diese Organe haben alle diversen Aufsichtsfunktionen und weitreichende Verantwortungen für die ihnen zugehörigen Krankenhäuser.“ (Streissler 2004: 27). Sie haben in Einrichtung, Durchführung und Überwachung der verschiedenen Belange des Gesundheitswesens große Bedeutung. Verschiedene Aufgaben werden in Österreich den Ländern übertragen. „Auf der Grundlage von Vereinbarungen („Staatsverträgen“) verpflichten sich Bund und Länder wechselseitig zur Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung im Rahmen ihrer Zuständigkeiten“ (Hofmarcher, Rack 2001:11).

Auf der dritten Ebene findet sich in Österreich der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und die einzelnen Krankenversicherungen, die dem Bund durch den gemeinsamen Hauptverband geschlossen gegenüberstehen. Außerdem nennt Streissler noch die österreichische Ärztekammer, die Apothekerkammer und einen Vielzahl von freiwilligen Verbänden auf dieser Ebene. Der Hauptverband ist u.a. verantwortlich für die Erstellung von verbindlichen Richtlinien, der Weiterentwicklung des Sozialversicherungsrechts und des Gesundheitswesens, die Verwaltung der Versichertendaten und für die Erstellung von Statistiken (vgl. Streissler 2004).

Auf einer vierten Ebene siedelt Streissler die privaten Krankenversicherungen, öffentliche Krankenhäuser und private Krankenanstalten an.

Der Fonds Gesundes Österreich (FGÖ) spielt ebenfalls eine wesentliche Rolle in der Gesundheitsförderung in Österreich, da dieser auch im Gesetz explizit für diesen Bereich zuständig gemacht wird. Im August 2006 wurde der FGÖ mit zwei anderen Institutionen aus dem Gesundheitsbereich (ÖBIG und BIQG) zur „Gesundheit Österreich GmbH (GÖG)“ zusammengefasst.

Das österreichische Gesundheitssystem besteht aus zahllosen Institutionen zur Behandlung von Krankheiten (Krankenhäuser, Ambulatorien, das Rettung- und Notfallwesen und viele mehr) (vgl. Hofmarcher; Rack 2006), doch aus wenigen, die es sich zum Ziel gemacht haben, Gesundheit zu erhalten und gezielt zu fördern (z.B. FGÖ).

5.2. Die gesetzlichen Krankenversicherungen in Österreich

„Die Sozialversicherung – organisiert in den Säulen Krankenversicherung, Unfallversicherung und Pensionsversicherung – ist maßgeblicher Teil der gesamtgesellschaftlichen Institutionalisierung von sozialer Sicherheit.“ (Gröschel 1999:1) Der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherung gilt als Dachverband für jene Institutionen, die innerhalb dieser Bereiche tätig sind. Die traditionelle Aufgabe der Sozialversicherung besteht im Schutz der Versicherten und deren Angehörigen gegenüber Folgen von vorhersehbaren oder weniger vorhersehbaren Ereignissen, wie Krankheit, Unfall oder Alter. Sie hat jedoch neben dem Schutz des Individuums auch noch eine bevölkerungsmedizinische und gesellschaftspolitische Aufgabe, nämlich die verantwortungsvolle Umgangsweise mit Beitragsgeldern und die Senkung der unnötigen Inanspruchnahme von krankheits- oder unfallbedingten Leistungen, die (durch Prävention oder Gesundheitsförderung), verhindert hätten werden können. Es liegt auch in der Verantwortung der Sozialversicherung, die Bedingungen so mitzugestalten, dass das „Eintreten des Versicherungsfalles“ wie es im Gesetz heißt, auf ein geringeres Maß beschränkt werden kann.

Die gesetzliche Krankenversicherung in Österreich ist nach regionalen Aspekten (Bundesländer) und nach Personengruppen (BeamtenInnen, ArbeiterInnen und Angestellte, Selbstständige etc.) strukturiert. In jedem Bundesland gibt es eine Gebietskrankenkasse für ArbeiterInnen und Angestellte und eigene Versicherungsanstalten für bestimmte Berufsgruppen (z.B. Bergarbeiter, Selbstständige, Eisenbahner, Beamte usw.). Sieben Unternehmen haben derzeit eine Betriebskrankenkasse. Diese sind ebenfalls Bestandteil der österreichischen Sozialversicherung und ihre Aufgabe besteht in der Abwicklung der Krankenversicherung im jeweiligen Unternehmen. Insgesamt ergibt sich eine Zahl von 20 gesetzlichen Krankenversicherungen in Österreich. Angehörige sind automatisch mitversichert bei der hauptversicherten Person.

Tabelle 3: Die gesetzlichen Krankenversicherungen in Österreich

Art der Krankenkasse	Name der Krankenversicherung	Abkürzung
Gebietskrankenkassen (9)	Burgenländische Gebietskrankenkasse	BGKK
	Kärntner Gebietskrankenkasse	KGKK
	Niederösterreichische Gebietskrankenkasse	NÖGKK
	Oberösterreichische Gebietskrankenkasse	OÖGKK
	Salzburger Gebietskrankenkasse	SGKK
	Steirer Gebietskrankenkasse	STGKK
	Tiroler Gebietskrankenkasse	TGKK
	Vorarlberger Gebietskrankenkasse	VGKK
	Wiener Gebietskrankenkasse	WGKK
Betriebskrankenkassen (7)	Austria Tabak	
	Kapfenberg	
	Mondi Business Paper	
	Semperit	
	VOEST – ALPINE Bahnsysteme	
	Wiener Verkehrsbetriebe	
	Zeltweg	
Sonderversicherungsträger (4)	Sozialversicherung der Bauern	SVB
	Sozialversicherung der gewerblichen Wirtschaft	SVA
	Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau	VAEB
	Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter	BVA

Eigene Darstellung (alphabetisch)

Exkurs – Die privaten Krankenversicherungen in Österreich

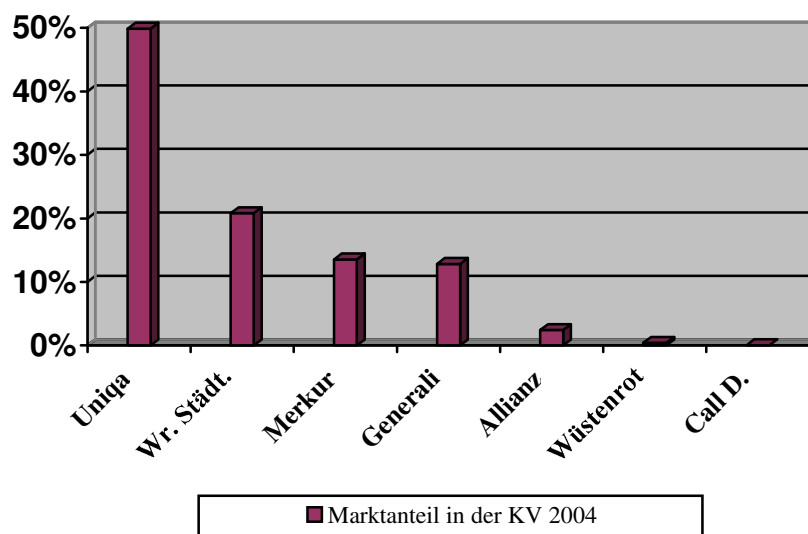
In Österreich ist es nicht möglich, aus der Pflichtversicherung auszusteigen und sich ausschließlich privat zu versichern. Die private Krankenversicherung hat in Österreich hauptsächlich eine Zusatzfunktion, da 99% der österreichischen Bevölkerung durch die gesetzliche Krankenversicherung abgedeckt sind. (vgl. Streissler 2004:11) Die Hauptelemente der privaten Krankenversicherung sind freie Arztwahl und höherer Komfort in der Sonderklasse. Höhe und Art der Versicherung sind abhängig von Person, Alter, Geschlecht und Zeitpunkt des Vertragsabschlusses. Private Krankenversicherungen werden auch oft als „Gruppenversicherung“ für Gruppen von DienstnehmerInnen angeboten. Wendt zufolge waren im Jahr 1990 ca. 15% der Bevölkerung zusatzversichert (Wendt 2003:120), 1999 hingegen waren es bereits 32 % (Badelt, Österle 2001:44). Demzufolge ist eine Tendenz in Richtung Zusatzversicherung zu beobachten.

Die privaten Krankenversicherungen können als Indikator für zweierlei Trends stehen: „Damit wird die private Krankenversicherung zu einem Indikator dafür, wie stark der Gedanke der Solidarität im jeweiligen Gesundheitssystem verankert ist.“ (Wendt 2003:150). Zweitens kann eine Zusatzversicherung bei einer privaten Krankenversicherung bedeuten, dass die Bevölkerung mit dem gesetzlichen System nicht zufrieden ist oder dass dieses mangelhaft

ist. Wohlhabende Personen, die mehr finanzielle Mittel in ihre Gesundheit investieren möchten bzw. höheren Komfort beziehen möchten, können das auch im Rahmen einer Zusatzversicherung in Österreich machen.

In Österreich gab es 2004 sieben private Krankenversicherungen (Uniqa Personenversicherung, Wiener Städtische, Merkur, Generali Versicherung, Allianz-Elementar, Wüstenrot und Call Direct). Ihre Marktanteile in der Krankenversicherung können aus der untenstehenden Abbildung, die vom Verband der Versicherungsunternehmen Österreich (VVO) aus dem Jahr 2004 stammt, abgelesen werden:

Abbildung 3: Marktanteile in der Krankenversicherung 2004



Die Versicherungen Uniqa dominierte 2004 den privaten Krankenversicherungsmarkt und hielt ca. 50% der Marktanteile inne. Die Wiener Städtische, Merkur und Generali halten sich im Mittelfeld mit ca. 12-20% Marktanteil, während Allianz, Wüstenrot und Call Direct weniger als 5% Anteil am privaten Krankenversicherungsmarkt haben.

5.3. Geschichtliche Entwicklung der Sozialversicherung

In Österreich wurde 1888 erstmals eine staatliche Krankenversicherung eingeführt (vgl. Ziniel 1997: 56). „Die Kerngruppe der Versicherungspflichtigen bildeten die Industriearbeiter“ (Wendt 2003:111). Der „Leistungskatalog“ umfasste zu der Zeit freie ärztliche Behandlung, Krankengeld und Sterbegeld. Die staatliche Krankenversicherung baute auf Betriebs-, Genossenschafts- und Vereinskassen auf, die es schon vor 1888 gegeben hatte. Das System war bis zur Jahrhundertwende von Kassenvielfalt gekennzeichnet. 1901 bestanden

in Österreich 2.935 Krankenkassen, davon 564 Bezirkskrankenkassen, 1322 Betriebs-, 7 Bau-, 887 Genossenschafts- und 155 Vereinskassen (vgl. Wendt 2003:111).

Das österreichische wie das deutsche System sind seit ihrer Entstehung von institutioneller Kontinuität bei politischer Diskontinuität geprägt. Die Grundstrukturen der Krankenversicherung blieben während der 1. Republik (1918-1933), in der Zeit des Austrofaschismus (1933-1938), der Nationalsozialistischen Herrschaft (1938-1945) und in der Zeit der 2. Republik (seit 1945) bestehen. Durch das „Kassenkonzentrationsgesetz“ wurde die Zahl der Krankenkassen nach dem 1. Weltkrieg drastisch verringert. Bis 1935 reduzierte sich die Anzahl der Krankenkassen auf 62. 1920 wurde die verpflichtende Krankenversicherung für Staatsbedienstete eingeführt. Dieses Gesetz zeigt, dass die „Arbeiterversicherung“ schon früh zu einer „Volksversicherung“ ausgeweitet wurde. 1921 wurden alle in einem Arbeits- oder Dienstverhältnis stehende Personen miteinbezogen und zwei Jahre danach auch die Gruppe der Arbeitslosen. 1928 wurden noch die Land- und Forstarbeiter integriert.

Während 1890 nur 7% der österreichischen Bevölkerung durch eine staatliche Versicherung abgesichert waren, galt dies 1930 bereits für 60% der Bevölkerung (vgl. Wendt 2003:112).

Im Jahr 1956 wurde durch das ASVG eine gesetzliche Grundlage für Kranken-, Unfall- und Pensionsversicherung geschaffen. Das ASVG wurde durch zahlreiche Novellen immer wieder dem Laufe der Zeit angepasst. 1972 wurde in Österreich ein eigenständiges Gesundheitsministerium eingeführt. Heute (2006) sind deren Aufgaben im Ministerium für Gesundheit und Frauen (BMGF) zusammengefasst.

5.4. Zentrale Aufgabengebiete der Krankenversicherungen

Die Kernaufgabe der sozialen Krankenversicherung ist die Krankenbehandlung. Die Kernleistungen können daher folgendermaßen beschrieben werden: Krankheit als Sachleistung, Krankheit als Geldleistung, Mutterschaft und andere Leistungen sowie Vorsorge (Soziale Sicherheit 07/08 2005:302; Gröschel 1999:4). Sachleistungen im Krankheitsfalle umfassen ärztliche Hilfe, Medikamente, medizinische Hauskrankenpflege, Psychotherapie, Ergotherapie, klinische Psychologie, medizinische Rehabilitation und Spitalspflege. Als Geldleistung stellt die Krankenversicherung das Krankengeld zur Verfügung (Soziale Sicherheit 07/08 2005: 302-312). Zu den Leistungen im Falle der Mutterschaft zählen Spitalspflege und Wochengeld. Andere Leistungen im Bereich der Krankenbehandlung umfassen die Gewährung von Heilbehelfen und Hilfsmitteln, Zahnbehandlung und Zahnersatz sowie in Einzelfällen auch Reisekosten.

In den Bereich der Vorsorge fallen Mutter-Kind-Pass Untersuchungen, Jugendlichen- und Gesundenuntersuchungen.

Die Gesundheitsförderung wird eher als „Nebengeschäft“ gesehen. Sie stellt seit 1992 eine Zusatzaufgabe für die gesetzlichen Krankenversicherungen dar.

Zusätzlich stellt sich die Frage, welche Funktionen die Krankenversicherungen im Krankenbehandlungssystem (KBS) einnehmen und ob sich diese von jenen Funktionen im Gesundheitssystem (GS) unterscheiden. Beide Bereiche werden im folgenden Abschnitt dargestellt werden (5.4.1 Funktionen im KBS; 5.4.2 Funktionen im GS).

Gesundheitsförderung ist ein relativ „neuer Arbeitsbereich“ für die österreichische Krankenversicherung. Gesetzlich gilt Gesundheitsförderung erst seit 1992 als „Pflichtaufgabe“. Die Frage, die sich stellt, ist: Warum sollten Krankenversicherungen, die seit Jahrzehnten im Bereich der Krankenbehandlung tätig sind, ihr Aufgabenspektrum um jenen Sektor der Gesundheitsförderung erweitern? Das Krankenbehandlungssystem arbeitet mit dem gesetzlich festgelegten Krankheitsbegriff (§120 ASVG), die Gesundheitsförderung jedoch mit einem positiv besetzten Gesundheitsbegriff, der wesentlich von den Entwicklungen der WHO beeinflusst wurde. Erweitern die Krankenversicherungen demnach ihren Aufgabenbereich, muss einer völlig neuen Arbeitsweise Tür und Tor geöffnet werden und ein Umdenken „out of the box“ der Krankenbehandlung stattfinden.

5.4.1 Funktionen im Krankenbehandlungssystem

Die Funktionen der sozialen Krankenversicherung im Bereich der Krankenbehandlung werden in wenigen wissenschaftlichen Arbeiten bzw. Artikeln reflektiert.

Tabelle 4: Rollen im Krankenbehandlungssystem

Funktion im KBS	Leistungen innerhalb der Funktion	An wen richten sich die Leistungen?	Quelle
Versicherungsschutz bzw. soziale Sicherheit	Gleicher Zugang zu medizinischer Versorgung usw., ausgleichende Gerechtigkeit zwischen Einkommensklassen und Generationen; Schutz vor Risiken	An die Bevölkerung	Gröschel 1999
Leistungsanbieter	Krankenbehandlung, ärztliche Hilfe, Medikamente, medizinische Hauskrankenpflege, Psychotherapie, Ergotherapie, klinische Psychologie, medizinische Rehabilitation, Spitalspflege, Mutterschaft, Spitalspflege, Heilbehelfe, Hilfsmittel, Zahnbehandlung, Zahnersatz	An die Versicherten	Soziale Sicherheit 07/08 2005: 302-312 Deszy 1995:51
Financier	Lohnfortzahlung bei Krankheit und Unfall; Krankengeld, Wochengeld, Reisekosten	An die Versicherten	Soziale Sicherheit 09/2005: 362 Bittner 2005: 373
Verwaltung	Verwaltung von Mitgliederfinanzen	An die Versicherten	Hildebrandt, Trojan 1988: 70.

Eigene Darstellung

Soziale Sicherheit ist dann gegeben, wenn allen Gesellschaftsmitgliedern ein Minimum an Lebensstandard gewährleistet werden kann. Dies beinhaltet den Schutz der Bevölkerung vor Risiken oder Eventualitäten und verkörpert die Idee der gesellschaftlichen Solidarität (zwischen Generationen oder Einkommensklassen). Ziele der sozialen Sicherheit sind ausgleichende Gerechtigkeit, Zugangsmöglichkeiten zu medizinischer Versorgung, zu grundsätzlichen Ressourcen und zur beruflichen und sozialen Wiedereingliederung usw. aller Menschen. Eine wichtige Rolle spielt dabei in der Regel die Sozialversicherung (vgl. Socialinfo.ch), sie setzen die Zielsetzungen um.

Als Leistungsanbieter haben die Krankenversicherungen im KBS für medizinische Versorgung der Versicherten je nach deren Bedürfnissen zu garantieren. Die einzelnen Leistungen können der obenstehenden Tabelle entnommen werden.

Als Financier kommen die Krankenversicherungen für diverse Leistungen finanziell auf wie beispielsweise mit Krankengeld oder Wochengeld. Im Falle von Krankheit oder Unfall wird Lohnfortzahlung für die Versicherten gewährleistet.

5.4.2. Funktionen im Gesundheitssystem

Folgende Autoren haben über die Funktionen der Krankenversicherungen im Gesundheitssystem geschrieben. Deren Blickwinkel sollen hier näher beleuchtet werden und in einer abschließenden Tabelle zusammengefasst werden.

Hildebrandt und Trojan (1988:67) zufolge besteht die Aufgabe der Krankenversicherungen im Gesundheitssystem darin, Bürger und Institutionen zu gesundheitsfördernden Aktivitäten anzuregen und bei der Umsetzung zu unterstützen. Daraus ergeben sich drei Arbeitsbereiche.

Arbeitet die Krankenversicherung als Informations- und Aktionszentrum, liegt der Schwerpunkt in der Informationsweitergabe über Gesundheitsgefahren und Möglichkeiten, diesen zu begegnen. Die Krankenversicherung soll als Drehscheibe für Wissen, Fähigkeiten und Methoden fungieren. Dazu soll sie Veranstaltungen initiieren, die praktische Fragen der Prävention und Gesundheitsförderung klären bzw. anschnitten sowie Kampagnen und Aktionen ins Leben rufen.

Die Funktion der gesundheitspolitischen Gründungs- und Entwicklungsberatung besteht darin, dass Organisationen und Initiativen, die Gesundheitsförderung entwickeln oder anbieten, von der Krankenversicherung Unterstützung erfahren. Sie sollen inhaltlich und organisatorisch beraten werden und Kontakte zu anderen Gruppen vermittelt bekommen.

Außerdem können die Krankenversicherungen als Kooperations- und Vermittlungszentrum auftreten. Die Krankenversicherung soll als Mittler zwischen formellen und informellen Gruppen, zwischen sozialen Einrichtungen, Politik, Verbänden etc. dienen (gemeinsame Seminare, aktueller Stand der Dinge).

Gröschel (1999) filtert in ihrem Artikel in der Fachzeitschrift „Soziale Sicherheit“ drei Rollen der Krankenversicherung in der Gesundheitsförderung heraus:

Die soziale Krankenversicherung kann erstens als Leistungsanbieter für Betroffene agieren. Sie kann operativ tätig sein und selbst Leistungen für ihre Versicherten anbieten, beispielsweise Präventionsleistungen wie Impfungen, Vorsorgeuntersuchungen, Jugendlichenuntersuchungen, Mutter-Kind-Pass Untersuchungen, Leistungen aus den Bereichen Rehabilitation und Gesundheitsfestigung oder Setting- und zielgruppenspezifische Programme.

Krankenversicherungen können zweitens Servicestelle für Leistungsanbieter sein, d.h. sie können als Servicestelle für andere Akteure im Gesundheitsförderungsbereich dienen und

Serviceleistungen zur Verfügung stellen, wie das Erstellen von Handbüchern oder den Transfer von Know-how im Allgemeinen. Diese Rollenbeschreibung findet sich auch bei Dür (1997).

Drittens können Krankenversicherungen Kooperationspartner für Akteure darstellen, d.h. Unterstützung leisten beim Aufbau eines Netzwerkes, Teilhabe an einem Präventionsbeirat haben oder Aus- und Fortbildungen anbieten, z.B. zum/r Gesundheitsmoderator/in.

Brösskamp –Stone et al. (1998) erörtern zwei mögliche Funktionen der Krankversicherungen in der Gesundheitsförderung:

Als Enabler bieten Krankenversicherungen Aus-, Fort- und Weiterbildungen über Gesundheitsthemen sowie Multiplikatorenschulungen an.

Krankenversicherungen können als sogenannte „change facilitator“⁵ auftreten und am Aufbau intersektoraler Kooperationen, der Schaffung von Infrastrukturen sowie an Projekt- und Organisationsentwicklung arbeiten.

McKee et al. (2004) geben noch eine zusätzliche Aufgabe der Krankenversicherungen an, die aber im österreichischen System etwas abseits zu stehen scheinen. Die Rolle der Krankenversicherung erfährt laut den Autoren eine Umstellung von der passiven Finanzierung von Gesundheitsleistungen für Einzelne zu einer aktiveren Rolle, die die Autoren als „active purchasing“ oder als „strategic purchasing“ bezeichnen. Strategisches Einkaufen (McKee et al 2004: 268ff) beinhaltet verschiedene Schritte: Die Einschätzung des Bedarfs an Gesundheitsleistungen, der Einkauf von spezifischen Leistungen, die an diesen Bedarf anknüpfen und die Evaluation der Ergebnisse dieser Einkäufe. Um den Bedarf erst einmal einschätzen zu können, müssen Informationen adäquat dokumentiert werden, was vielerorts noch nicht der Fall ist. Um Leistungen einkaufen zu können, gilt es, eng mit anderen Akteuren im Gesundheitsbereich zusammenzuarbeiten. In Österreich wird das strategische Einkaufen nicht so heftig betrieben wie in anderen Ländern, da der Einfluss des Staates über Spitäler, Ambulatorien usw. sowie über die Versicherungen selbst vorherrschend ist, d.h. die Krankenversicherungen müssen keine Gesundheitsleistungen bei Spitälern einkaufen. In Einzelfällen haben die Krankenversicherungen eigene Ambulatorien oder Krankenhäuser (die Wiener Gebietskrankenkasse verfügt über ein eigenes Spital (Hanusch Krankenhaus). Die Vorarlberger Gebietskrankenkasse hat im Falle der

⁵ zu Deutsch: Unterstützung im Wandel; Vermittler in Umbruchzeiten

Gesundheitsförderung strategic purchasing betrieben, indem sie die Pflichtaufgabe der Gesundheitsförderung an einen Fonds übertragen hat (Fonds Gesundes Vorarlberg).

Generell hat jede Krankenversicherung die strategische Entscheidung zu treffen, ob sie den Bereich der Gesundheitsförderung, der ja über die Kernleistung der Krankenbehandlung hinausgeht, entweder als interne Kompetenz aufbaut oder jemanden (extern) damit beauftragt und so strategisches Einkaufen betreibt. Viele Krankenversicherungen in Österreich haben entschieden, intern Personal für Gesundheitsförderung abzustellen und auf diese Weise Kompetenzen aufzubauen. Andere haben Gesundheitsförderung ausgelagert und wie Vorarlberg einen Fonds gegründet oder ein Forschungszentrum wie die VAEB. Der Vorteil des strategischen Einkaufens besteht darin, dass die ausgelagerten Stellen sich ausschließlich mit Gesundheitsförderung befassen können und auch Forschung und Entwicklung betreiben. Das Problem beim Aufbau interner Kompetenzen liegt darin, dass die Um- bzw. Einschulung des Personals möglicherweise länger dauert und dass Gesundheitsförderung durch die hierarchische aufgebaute Sozialversicherung nicht zur vollen Geltung kommt, sondern eben ein Nebengeschäft bleibt.

5.5. Schlussfolgerungen

Zusammenfassend (das strategische Einkaufen sei hier ausgeklammert) kann man in der Literatur sechs Rollen der Krankenversicherungen in der Gesundheitsförderung festmachen:

Tabelle 5: Funktionen in der Gesundheitsförderung

Funktionen der Krankenversicherung	Leistungen innerhalb der Funktion	An wen richten sich die Leistungen?	Quelle
Informationszentrum	Drehscheibe für Wissen, Methoden und Informationen. Klärung von praktischen Fragen. Aufklärung und Beratung. Dokumentation von Leistungen.	An die Versicherten	Hildebrandt/Trojan 1988
Leistungsanbieter	Impfungen, Vorsorgeuntersuchungen, Mutter-Kind-Pass Untersuchungen, Rehabilitation. Prävention, zielgruppenspezifische Programme, BGF etc. (vermischt mit präventiven Leistungen)	An die Versicherten	Gröschel 1999
Geldgeber, Financier	Financier von Gesundheitsförderungsprojekten	An alle Stakeholder	Eigene Annahme
Enabler	Aus-, Fort- und Weiterbildung, Trainings, Multiplikatorenschulungen	An internes Personal	Brösskamp-Stone et al. 1998
Servicestelle für Leistungsanbieter	Organisationen, die Gesundheitsförderung anbieten, sollen hier Unterstützung finden; inhaltlich und organisatorisch beraten werden; Kontakte vermitteln, Know-how- Transfer, Erstellen von Handbüchern etc.	An externe Leistungsanbieter	Hildebrandt/Trojan 1988 Gröschel 1999 Dür 1997
Kooperations- und Vermittlungszentrum/ change facilitator	Mittler zwischen verschiedenen Ebenen (Politik, Verbände, Selbsthilfegruppen); Aufbau und Unterstützung eines Netzwerkes, Schaffung von Infrastruktur	An alle Stakeholder	Brösskamp-Stone et al. 1998 Hildebrandt/Trojan 1988 Gröschel 1999

Eigene Darstellung

Im Bereich der Gesundheitsförderung können die Krankenversicherungen auf unterschiedliche Weise aktiv werden. Als Informationszentrum stellen die Krankenversicherungen eine Drehscheibe für Wissen und Informationen dar. Sie klären praktische Fragen und beraten die Versicherten in Gesundheitsbelangen. Es fällt zusätzlich in deren Aufgabenbereich, Leistungen zu dokumentieren. Die Krankenversicherungen können auch selbst operativ tätig sein und Leistungen für die Versicherten anbieten. Diese sind präventive und gesundheitsfördernde Maßnahmen, wie Vorsorgeuntersuchungen, Mutter –Kind – Pass Untersuchungen, Rehabilitation, Prävention, zielgruppenspezifische

Programme, betriebliche Gesundheitsförderung und viele mehr. Die Angebote können spezifisch oder unspezifisch sein. Außerdem treten sie als Financiers von Gesundheitsförderungsprojekten auf. Die Krankenversicherungen nehmen darüber hinaus eine Funktion für internes Personal innerhalb der Sozialversicherung ein. Sie bieten Aus-, Fort- und Weiterbildungen im Bereich Gesundheitsförderung für Personen an, die innerhalb der Krankenversicherung in diesem Bereich tätig sind und schulen MultiplikatorInnen. Eine weitere Funktion der Krankenversicherung besteht in der Zurverfügungstellung von Leistungen für externe Leistungsanbieter. Organisationen, die Gesundheitsförderung betreiben, sollen hier Beratung und Unterstützung finden, Kontakte sollen vermittelt werden, Know-how weitergegeben und Hilfsmittel erstellt werden. Darüber hinaus können Krankenversicherungen als Kooperations- und Vermittlungszentrum auftreten. Diese Funktion beinhaltet die Vermittlung zwischen verschiedenen Ebenen, Aufbau von Gesundheitsförderungsnetzwerken und Schaffung von Infrastrukturen für Projekte. Diese Funktion als „change facilitator“ zielt darauf ab, alle Akteure miteinander zu verbinden und Veränderungen im Gesundheitsbewusstsein bei allen Stakeholdern hervorzurufen, also – um einen Begriff der Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung zu verwenden – zur Reorientierung der Gesundheitsdienste beitragen.

Die sozialen Krankenversicherungen haben in Österreich eine lange Tradition. Die Versicherten werden je nach Erwerbstätigkeit und Wohnort (Bundesland) einer Kasse zugeordnet. Eine Privatversicherung kann nur zusätzlich in Anspruch genommen werden.

Die gesetzlichen Regelungen zur Gesundheitsförderung der Krankenversicherungen sollen Thema des nächsten Kapitels sein.

6. Die gesetzlichen Bestimmungen zur Gesundheitsförderung

Im folgenden Kapitel werden die Leistungen der Krankenversicherungen (6.2) in ihren bereits definierten Aufgabengebieten der Kuration (6.3), der Vorsorge (6.3) und der Gesundheitsförderung (6.4) auf Basis des ASVG (Allgemeines Sozialversicherungsgesetz) behandelt. Davor werden gesetzliche Termini wie Pflichtleistung, Pflichtaufgabe und freiwillige Leistung definiert (6.1).

Auf welche Bestimmungen bzw. gesetzlichen Regelungen ist die Gesundheitsförderung in Österreich gestützt? Wann sind diese entstanden und worauf nehmen sie Bezug? Wie sieht der gesetzliche Auftrag zur Gesundheitsförderung der Kassen aus? Wie wird hinsichtlich Prävention unterschieden?

6.1. Begriffsbestimmungen: Pflichtleistungen, Pflichtaufgaben, freiwillige Leistungen

Im Gesetz werden drei Arten von Leistungen unterschieden: Pflichtleistungen, Pflichtaufgaben und freiwillige Leistungen.

Pflichtleistungen sind Leistungen, auf die die Versicherten einen Rechtsanspruch haben. Der Sozialversicherungsträger hat solche Leistungen also zu erbringen. Darunter fällt z.B. die Gesundenuntersuchung nach § 132b ASVG.

„Die Versicherten haben für sich und ihre Angehörige Anspruch auf jährlich eine Vorsorge (Gesunden) untersuchung.“ (§ 132b ASVG).

Die Pflichtaufgaben sind zwar als Gesetzesauftrag zu erbringen, es besteht jedoch kein individuell durchsetzbarer Rechtsanspruch bei Nichterbringung der Leistung von Seiten der Sozialversicherung. Eine Nichterbringung der Leistung bleibt somit ohne Folgen. Dazu zählt z.B. §154b ASVG, der die Rolle der Krankenkassen im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention stärken soll.

„Die Krankenversicherungsträger haben allgemein über Gesundheitsgefährdung und über die Verhütung von Krankheiten und Unfällen (ausgenommen Arbeitsunfälle) aufzuklären sowie darüber zu beraten, wie Gefährdungen vermieden und Krankheiten sowie Unfälle (ausgenommen Arbeitsunfälle) verhütet werden können.“ (§154b ASVG)

Freiwillige Leistungen können unter Rücksichtnahme auf die finanzielle Leistungsfähigkeit der Träger gewährt werden. Es besteht wie im Falle der Pflichtaufgaben kein Rechtsanspruch der Versicherten auf Erbringung der Leistung. Darunter fallen u.a. Kuraufenthalte (§155 ASVG).

„Die Krankenversicherungen können unter Berücksichtigung des Fortschrittes der medizinischen Wissenschaft sowie unter Bedachtnahme auf ihre finanzielle Leistungsfähigkeit Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit gewähren.“ (§155 ASVG).

Diese drei verschiedenen Arten von Leistungen müssen bei weiterer Betrachtung der Gesundheitsförderung der Krankenversicherungen Berücksichtigung finden.

6.2. Gesetzlich vorgeschriebene Leistungen

Das ASVG ist am 1.1.1956 in Österreich in Kraft getreten und gliedert sich in zehn Teile. Seit seinem Bestehen passt es sich durch zahlreiche Gesetzesnovellen laufend sozialpolitischen und gesellschaftspolitischen Entwicklungen an. Seit 1992 sind die gesetzlichen Krankenversicherungen dazu verpflichtet, Gesundheitsförderung in ihren Leistungskatalog aufzunehmen („Pflichtaufgaben“).

In folgendem Teil der Arbeit erfolgt eine Analyse der Gesetze im ASVG zur Krankenbehandlung, Prävention und Gesundheitsförderung als Verständnisbasis für die Umsetzung der Gesundheitsförderung der Krankenversicherungen (vgl. Rechtsinformationssystem a)). Es wurden folgenden Paragraphen zur Analyse ausgewählt (nach aufsteigenden Paragraphen geordnet):

- ASVG § 116 „Aufgaben“
- ASVG § 117 „Leistungen“
- ASVG § 120 „Eintritt des Versicherungsfalles“
- ASVG § 133 „Umfang der Krankenbehandlung“
- ASVG § 154b „Gesundheitsförderung“ (50. ASVG Novelle)
- ASVG § 155 „Maßnahmen der Krankenversicherungsträger zur Festigung der Gesundheit“
- ASVG § 156 „Krankheitsverhütung“
- ASVG § 447h „Fonds für Vorsorge (Gesunden) untersuchungen und Gesundheitsförderung“

Gesundheitsförderungsgesetz (in weiterer Folge GFG)

- § 1 „Gegenstand“
- § 2 „Erreichung der Ziele“
- § 3 „Durchführung der Aufgaben“

Die Ergebnisse der Analyse sind nach den Aufgabenbereichen der Krankenversicherungen geordnet: Krankenbehandlung (Kernaufgabe), Prävention und Rehabilitation (Bindeglied) und Gesundheitsförderung (neue bzw. erweiterte Leistung).

Die vier Aufgabenbereiche der Krankenversicherungen werden im §116 ASVG (Inkrafttreten 1.1.2002) wie folgt definiert:

„Die Krankenversicherung trifft Vorsorge für die Früherkennung von Krankheiten und die Erhaltung der Volksgesundheit, für die Versicherungsfälle der Krankheit und der Mutterschaft, für Zahnbehandlung und Zahnersatz..., für medizinische Maßnahmen der Rehabilitation und für die Gesundheitsförderung.“ (§116 ASVG)

Die im § 116 ASVG genannten Aufgaben der Krankenversicherungen lassen sich klassifizieren in kurative Medizin (Krankheit und Mutterschaft, Zahnbehandlung und Zahnersatz), Prävention (Früherkennung von Krankheiten und die Erhaltung der Volksgesundheit), Rehabilitation (medizinische Maßnahmen der Rehabilitation) und Gesundheitsförderung (nicht näher definiert).

Der kurative Bereich umfasst Krankenbehandlung im stationären sowie im niedergelassenen Bereich und Prävention umfasst Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention. Die Rehabilitation zielt darauf ab, Beeinträchtigungen infolge von Krankheiten zu beseitigen oder zu vermindern, um den PatientInnen wieder ins gesellschaftliche Leben integrieren zu können.

6.3. Kernaufgaben: Kuration und Prävention (inkl. Rehabilitation)

Über die Kernaufgabe der Krankenversicherungen, die Krankenbehandlung, gibt § 120 ASVG (Inkrafttreten 1.1.2002) Aufschluss. Dieser besagt, dass erst dann der Versicherungsfall eintritt, wenn eine Krankheit vorliegt. Krankheit wird hier definiert als ein

„regelwidriger Körper- oder Geisteszustand, der die Krankenbehandlung notwendig macht“. (§120 ASVG)

Der Versicherungsfall tritt außerdem ein, wenn Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit vorliegt, im Falle der Mutterschaft und im Falle einer Organspende (§ 120 ASVG). Dészy zählt etwas sarkastisch auch folgende Leistungen zur Krankenbehandlung: Wer sich das Rauchen abgewöhnen möchte, kann dies auf Kosten der Krankenkasse. Wer unter abstehenden Ohren leidet und klargemacht hat, dass er infolgedessen psychischen Schaden davontragen könnte, dessen Operation übernimmt ebenfalls die Krankenkasse. All dies gilt in deren Augen als Krankheit und bedarf der Behandlung (Dészy 1985:12)

Krankenbehandlung umfasst gemäß §133 ASVG ärztliche Hilfe, Heilmittel und Heilbehelfe. Zum Umfang der Krankenbehandlung sagt das Gesetz:

„Die Krankenbehandlung muss ausreichend und zweckmäßig sein, sie darf jedoch das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Durch die Krankenbehandlung sollen die Gesundheit, die Arbeitsfähigkeit und die Fähigkeit, für die lebenswichtigen persönlichen Bedürfnisse zu sorgen, nach Möglichkeit wiederhergestellt, gefestigt oder gebessert werden.“

Im folgenden Abschnitt werden die gesetzlichen Grundlagen der Prävention und der Rehabilitation erörtert.

Im Bereich der Prävention, wie bereits (in Abschnitt 2.4) definiert als Früherkennung von Krankheiten und Erhaltung der Volksgesundheit, werden laut §117 ASVG Jugendlichenuntersuchungen und Vorsorge (Gesunden) untersuchungen gewährt. Die Begriffe Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention lassen sich in den der Analyse berücksichtigten Paragraphen nicht wieder finden.

Unter Krankheitsverhütung wird im §156 ASVG die Verhütung des Eintrittes und die Verbreitung von Krankheiten verstanden. Dies beinhaltet Gesundheitsfürsorge (wie Gesunden-, Betriebs- und Schwangerenfürsorge), Maßnahmen zur Bekämpfung von Volkskrankheiten⁶ (z.B. Herz- Kreislauf- Erkrankungen, Diabetes, Bluthochdruck oder Rheuma), Zahlfäule und gesundheitliche Erziehung der Versicherten.

Unter Gesundheitsfestigung versteht man im §155 ASVG (Inkrafttreten 1.1.2005) Landaufenthalt in Kurorten, Unterbringung in Genesungs- und Erholungsheimen, Unterbringung in Kuranstalten zur Verhinderung einer drohenden Krankheit und Verschlimmerung einer bestehenden Krankheit. (Siehe dazu auch die Definition von Rehabilitation in Kapitel 2.4).

⁶ Unter Volkskrankheit versteht man jene Krankheiten, von denen eine große Zahl der Bevölkerung betroffen ist. Sie entstehen meist aufgrund nicht gesundheitsgerechter Lebensweise, wie schlechte Ernährung und Bewegungsmangel. Der volkswirtschaftliche Schaden, der durch Volkskrankheiten entsteht, ist beträchtlich. (vgl. www.wikipedia.de Stand 2006-02-14) (vgl. www.wikipedia.de Stand 2006-02-14)

6.4. Die erweiterte Leistung: Gesundheitsförderung

Im Jahr 1992 hat auch die Gesundheitsförderung Eingang in das ASVG gefunden. Die Regierungsvorlagen und Beiblätter der Regierungsvorlagen betonen den Quantensprung für die Sozialversicherung im diesem Jahr (vgl. Rechtsinformationssystem b)). Auf der Bundesratsitzung am 12. Dezember 1991, als die Abgeordneten den Eingang der Gesundheitsförderung ins ASVG beschlossen, sagte Bundesrat K. Drochter (SPÖ) beispielsweise, dass die 50. ASVG Novelle ein wesentlicher Schritt wäre, von einer Krankenversicherung zur Gesundheitsversicherung zu werden (RIS b:9). Bundesrätin H. Kainz (ebenfalls SPÖ) betonte ebenfalls den Übergang der Krankenkassen zu Gesundheitskassen und die damit verbundene Erweiterung ihrer traditionellen Tätigkeitsfelder (RIS b:12). Bundesrat K. Litschauer (ÖVP) erklärte, die Erweiterung der Leistungen würde sich sicherlich positiv auf den Gesundheitszustand der Bevölkerung auswirken (RIS b:10).

Es gab in der Geschichte der Sozialversicherung zwei wesentliche Novellen (29. ASVG Novelle 1973 und die 50. ASVG Novelle 1991), die für eine Erweiterung der traditionellen Aufgabenbereiche der Krankenversicherungen sprechen. Mit der 29. ASVG Novelle wurden vor allem präventive Leistungen verstärkt eingeführt „Es entstand die regelmäßige Jugendlichenuntersuchung für Lehrlinge sowie die kostenlose Gesundenuntersuchung.“ (Bittner 2005:374). Der zweite Quantensprung stellte die 50. ASVG Novelle dar, in der die Gesundheitsförderung, die medizinische Hauskrankenpflege und die medizinische Rehabilitation ihren Stellenwert erhielten (Meggeneder 1996:97).

Als der Vorschlag einging, Gesundheitsförderung als Pflichtaufgabe in die Leistungen der Krankenversicherungen aufzunehmen, hatte sich bereits zunehmend die Auffassung durchgesetzt, dass die Förderung von Gesundheit sowie die Prävention von Krankheiten Aufgabe der sozialen Krankenversicherung sei. „Zwar hatte die soziale Krankenversicherung schon immer Präventionsaufgaben wahrzunehmen, doch mit der 50. Novelle zum ASVG...wurde insbesondere der Primärprävention ein höherer Stellenwert eingeräumt.“ (Meggeneder 1996:97).

§ 154b ASVG (Inkrafttreten 1.1.1992) beschäftigt sich mit Gesundheitsförderung im Speziellen. Der erste Teil besagt:

„Die Krankenversicherungsträger haben allgemein über Gesundheitsgefährdung und über die Verhütung von Krankheiten und Unfällen (ausgenommen Arbeitsunfälle)

aufzuklären sowie darüber zu beraten, wie Gefährdungen vermieden und Krankheiten sowie Unfälle (ausgenommen Arbeitsunfälle) verhütet werden können.“ (§154b ASVG)

Obwohl der oben angeführte Paragraph sich laut Gesetz mit „Gesundheitsförderung“ beschäftigt, wird hier gemäß der Definition und Abgrenzung von Gesundheitsförderung und Prävention (siehe Abschnitt 4.2) Prävention beschrieben.

Die von den Krankenversicherungen zu erbringenden Dienstleistungen werden mit den Verben aufklären und beraten beschrieben. Im deutschen Bundesgesetz findet sich ein fast identischer Paragraph (GRG § 19 Absatz1) mit den Worten aufklären und beraten (Hildebrandt, Trojan 1988:70).

§ 447h ASVG (Inkrafttreten 1.1.2005) besagt, dass beim Hauptverband ein Fonds für Vorsorge (Gesunden) untersuchungen und Gesundheitsförderung zu errichten ist. Die Mittel dieses Fonds sind u.a. für vom Hauptverband koordinierte Maßnahmen der Gesundheitsförderung zu verwenden. Mindestens 10% sollen für bundesweite Maßnahmen zur Förderung und Erhöhung der Inanspruchnahme von Vorsorge (Gesunden) untersuchungen und Maßnahmen der Gesundheitsförderung verwendet werden. Der Hauptverband muss weiters einen Bericht über die Entwicklungen auf diesem Gebiet vorlegen, der die zahlenmäßige Entwicklung der Inanspruchnahme von Vorsorge (Gesunden) untersuchungen und Maßnahmen der Gesundheitsförderung etc. beinhaltet.

1998 wurde schließlich ein eigenes Gesundheitsförderungsgesetz verabschiedet, welches im nachfolgenden Teil näher erläutert wird.

Das **Gesundheitsförderungsgesetz (GFG)** ist in Österreich 1998 in Kraft getreten und verfolgt folgende Ziele (vgl. Rechtsinformationssystem c)): Erhaltung, Förderung und Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung und Aufklärung und Information über vermeidbare Krankheiten sowie über Gesundheitsdeterminanten (§1 GFG).

Zur Erreichung der Ziele werden folgende Strategien im Gesetz vorgeschlagen (§2 GFG):

1. Strukturaufbau für Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention unter Einbindung von bestehenden Einrichtungen
2. Entwicklung und Vergabe von Programmen und Angeboten in den Settings Gemeinde, Stadt, Schule, Betrieb und öffentliches Gesundheitswesen.
3. Entwicklung zielgruppenspezifischer Programme zur Information und Beratung über gesündere Lebensstile, chronische Krankheit und Krisensituationen.

4. Wissenschaftliche Programme zur Weiterentwicklung der Gesundheitsförderung
5. Unterstützung von Fortbildungen von Personen im Gesundheitsförderungsbereich
6. Abstimmung der Aktivitäten mit bestehenden Initiativen

Die Durchführung dieser Aufgaben wird gesetzlich (§3 GFG) dem FGÖ übertragen. Die Ziele des GFG orientieren sich laut Beilage zur Regierungsvorlage (vgl. Rechtsinformationssystem d)) am Gesundheitsbegriff der WHO in der Ottawa Charta.

Im Vergleich zum Gesundheitsförderungsgesetz aus dem Jahr 1998 erscheinen die im ASVG auf Gesundheitsförderung bezogenen Paragraphen eher bescheiden. Auch Badura (1999:248) beschreibt die gesetzliche Lage als „unbefriedigend“.

6.5. Zusammenfassung

Die Krankenversicherungen unterscheiden drei Arten von Leistungen: Pflichtleistungen, Pflichtaufgaben und freiwillige Leistungen. Gesundheitsförderung ist eine Pflichtaufgabe, die von den Krankenversicherungen nicht erbracht werden muss. Nicht- Erbringung der Leistung bleibt ohne Folgen.

Seit 1992 ist Gesundheitsförderung wesentlicher Bestandteil der österreichischen Gesetzesvorschriften der Sozialversicherungen. Diese arbeiten seit mehr als zehn Jahren auf diesem Gebiet. Die Pflichtleistung der gesetzlichen Krankenversicherungen besteht per Gesetz in der Krankenbehandlung, jedoch werden vier Hauptaufgabenbereiche in § 116 ASVG genannt: Krankenbehandlung, Prävention und Rehabilitation sowie Gesundheitsförderung. Die Krankenversicherungen haben über Gesundheitsgefahren und die Verhütung von Unfällen aufzuklären und zu beraten, jedoch werden diese Aufgaben nicht näher definiert. Kooperationen mit anderen Leistungsanbietern sind erwünscht.

Trotz dieser Halbherzigkeiten bedeuten die Regeln und Vorschriften einen Fortschritt, da sie die Krankenversicherungen erstmals mit der Gesundheitsförderung per Gesetz beauftragen, was außerhalb des traditionellen Feldes medizinisch orientierter kurativer Leistungen liegt (Reiners 1994: 99).

Zur Analyse der Gesundheitsförderungslandschaft in Österreich wurden aus einer Reihe von möglichen Akteuren auf Bundesebene, Landesebene oder auf Ebene von freien Verbänden oder privaten Vereinen die sozialen Krankenversicherungen ausgewählt, da sie operativ tätig

sind und aus der Tätigkeit der Krankenbehandlung heraus ihre Aufgaben auf die Gesundheitsförderung erweitert haben. Diese Aufnahme der Gesundheitsförderung in ihr Aufgabenspektrum soll nun mit Hilfe von qualitativen Interviews mit einzelnen Krankenversicherungen in Österreich analysiert werden, da diese ihre derzeitige Rolle am besten einschätzen können. Wie „ernsthaft und umfassend“ betreiben die Krankenversicherungen Gesundheitsförderung? Wie schätzen sie ihre Rolle auf diesem Gebiet ein?

7. Methodische Vorgehensweise

Im Mittelpunkt des Forschungsinteresses steht die Beantwortung der Forschungsfragen (7.1) mittels leitfadengestützter ExpertInneninterviews (7.2) mit VertreterInnen der gesetzlichen Krankenversicherungsträger in Österreich (7.3). Auf die Auswertungsmethode wird im Abschnitt 7.4 eingegangen.

7.1. Fragestellung(en)

Ziel dieser Arbeit ist es, den aktuellen Stand der Entwicklungen in der Gesundheitsförderung in Österreich aus der Perspektive der Krankenversicherungen zu analysieren. Dazu wurden Dokumente, Gesetzestexte und wissenschaftliche Literatur analysiert und Personen, die derzeit in diesem Bereich tätig sind, befragt. Nur so werden Stärken und Schwächen des Systems sichtbar und Entwicklungen sowie zukünftige Trends verbalisiert.

Folgende Forschungsfragen waren Gegenstand der empirischen Untersuchung:

- Wie wird Gesundheitsförderung in ein von der Krankenbehandlung dominiertes Sozialversicherungssystem eingeführt? Oder anders ausgedrückt: Wie erfolgt die Einführung der Gesundheitsförderung in die gesetzliche Krankenversicherung in Österreich, deren Kernaufgabe die Krankenbehandlung darstellt?
- Welches Verständnis von Gesundheitsförderung haben die gesetzlichen Krankenversicherungen in Österreich? Wie wird die Abgrenzung zwischen Prävention und Gesundheitsförderung beschrieben?
- Seit wann setzen die Krankenversicherungen in Österreich Maßnahmen zur Gesundheitsförderung um? Wie reagierten sie auf internationale Entwicklungen zur Gesundheitsförderung, wie die Entstehung der Ottawa Charta 1986?
- Welche Zielgruppen bzw. Settings werden mit den Gesundheitsförderungsangeboten der Krankenversicherungen erreicht?
- Welche Funktionen haben die Krankenversicherungen in der Gesundheitsförderung in Österreich inne? Lassen sich die in der Literatur definierten Funktionen in der praktischen Umsetzung der Gesundheitsförderung wiederfinden?

7.2. Das leitfadengestützte ExpertInneninterview ⁷

Als InterviewpartnerInnen wurden ExpertInnen in den jeweiligen Sozialversicherungsträgern ausgewählt. Nach Meuser, Nagel (2005) sind jene Personen ExpertInnen, die

- Verantwortung tragen für den Entwurf und die Kontrolle von Problemlösungen
- Privilegierten Zugang zu Informationen über Personen oder Entscheidungen haben.

Als ExpertInnen wurden Personen definiert, die aktiv in einer Krankenversicherung tätig sind und dort mit dem Bereich Gesundheitsförderung betraut sind. Alle InterviewpartnerInnen arbeiteten zum Zeitpunkt der Befragung aktiv in ihrem Arbeitsalltag mit dem Konzept der Gesundheitsförderung. ExpertInnen werden deshalb als solche tituliert, weil sie über Wissen verfügen, über das nicht alle Personen des jeweiligen Handlungsfeldes verfügen (vgl. Liebhold, Trinczek 2002). Die Interviews mit den ExpertInnen dienen als Instrument zur Untersuchung der Akteure (die gesetzlichen Krankenversicherungen), d.h. die ExpertInnen geben Auskunft über ihr eigenes Handlungsfeld, ihre Arbeit in der Gesundheitsförderung usw. und sie informieren über die Zielgruppe (die österreichische Bevölkerung, die Versicherten) (vgl. Meuser, Nagel 2005).

7.3. Auswahl der ExpertInnen

Die gesetzlichen Krankenversicherungen können in drei Gruppen eingeteilt werden: die Gebietskrankenkassen, die Betriebskrankenkassen und die Sondersversicherungsträger. Um möglichst repräsentative Ergebnisse zu bekommen, wurden die ExpertInnen aus allen drei Gruppen ausgewählt und befragt. Von den 20 in Österreich bestehenden gesetzlichen Krankenversicherungen wurden 10 zur Befragung ausgewählt. Aus Datenschutzgründen werden die 10 befragten Kassen nicht namentlich erwähnt und somit ab diesem Abschnitt mit der Bezeichnung „Fall A-J“ benannt. Mit dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger wurde ebenfalls ein Interview durchgeführt.

Die leitfadengestützten ExpertInneninterviews fanden im Zeitraum von März 2006 bis August 2006 in Österreich statt. Die leitfadengestützten Experteninterviews dauerten zwischen 40 und 70 Minuten und fanden überwiegend zu zweit statt. Bei drei Gesprächen war ein/e dritte/r Mitarbeiter/in anwesend, der/die zusätzliche Informationen liefern konnte. Die Interviews wurden am jeweiligen Arbeitsplatz der ExpertInnen geführt. Der untenstehenden Tabelle können Details über die interviewten Personen entnommen werden.

⁷ Diese Bezeichnung findet sich bei Liebhold, Trinczek 2002.

Tabelle 6: ExpertInnen der gesetzlichen Krankenversicherungen

Variabel	Bezeichnung	Anzahl
Gesamtanzahl an Interviews		N=10
ExpertInnen der sozialen KV*	HV	1
	GKK	5
	BKK	2
	SV	2
Geschlecht	m.	3
	w.	7
Bundesland	Burgenland	1
	Kärnten	1
	Oberösterreich	1
	Steiermark	2
	Wien	5
Position der ExpertInnen**	Dir.	2
	GF- Hauptv.	6
	MA	2

* HV – Hauptverband, GKK – Gebietskrankenkasse, BKK – Betriebskrankenkasse, SV – Sondernversicherungsträger

** Dir. – Direktion; GF-Hauptv. – Hauptverantwortliche Person für GF; MA – Mitarbeiter oder Mitarbeiterin im Bereich GF der Kasse.

7.4. Leitfaden

Der Leitfaden diente dazu, die ExpertInnen einerseits zu narrativen Berichten über ihren Arbeitsbereich zu motivieren und andererseits zur Informationsgewinnung. Die Einstiegsfrage nach der Dauer der Gesundheitsförderungsangeboten der jeweiligen Krankenversicherung sollte Ansporn geben, sich in das Thema einzudenken sowie sich vergangene Projekte wieder ins Gedächtnis zu rufen. Folgende Fragen wurden in den Interviews gestellt:

Leitfadenfrage 1:	Seit wann betreiben Sie als Krankenversicherung bereits Gesundheitsförderung?
Leitfadenfrage 2:	Was bedeutet Gesundheitsförderung für Sie als Krankenversicherung?
Leitfadenfrage 3:	Wie viele MitarbeiterInnen sind bei Ihnen in diesem Bereich beschäftigt?
Leitfadenfrage 4:	Wie sieht die Arbeit der Krankenversicherung in diesem Bereich aus?
Leitfadenfrage 5:	Welche Rolle spielen Sie als Krankenversicherung in der Gesundheitsförderung in Österreich? Was sind Ihre Hauptaufgaben in diesem Bereich?
Leitfadenfrage 6:	Wie sehen Gesundheitsförderungsangebote bzw. Leistungen bei Ihnen aus? Was genau bieten Sie an?
Leitfadenfrage 7:	Welche Zielgruppen erreichen Sie mit Ihren Angeboten und Leistungen im Gesundheitsförderungsbereich?
Leitfadenfrage 8:	Werden die Leistungen im Gesundheitsförderungsbereich evaluiert?
Leitfadenfrage 9:	Wo sehen Sie in Zukunft Potentiale oder Hindernisse in der Gesundheitsförderung? Sehen Sie sich in Zukunft eher als Gesundheitsversicherung oder weiterhin als Krankenversicherung?

7.5. Auswertung

Bei der Auswertung dienten die thematischen Schwerpunkte aus dem Leitfaden zur Formulierung von Kategorien. Die Auswertung erfolgte nach inhaltlichen Gesichtspunkten auf der Basis vollständig transkribierter Interviews. Ziel war es, Gemeinsamkeiten und Unterschiede herauszuarbeiten, Wissensbestände aufzunehmen und die Umsetzung der Gesundheitsförderung aus der Sicht dieses Akteurs nachvollziehen zu können.

Die Auswertung der Interviews erfolgte mit Hilfe der Inhaltsanalyse nach Mayring (1983, 1985 und 1988). Als Basis der Inhaltsanalyse dienten die Interviewtranskripte. Die Transkription erfolgte in ganzen Sätzen und Hochdeutsch. Pausen, Sprechgeschwindigkeit, Stimmlage und dergleichen wurden nicht berücksichtigt. Das Material wurde lediglich nach inhaltlichen Gesichtspunkten ausgewertet. Als kleinste Analyseeinheit dienten einzeilige Sätze, während die größten Analyseeinheiten ganz Absätze darstellten, die jedoch eine Länge von einer Seite nicht überstiegen. Die Interviews wurden mit Hilfe der strukturierenden

Inhaltsanalyse ausgewertet (vgl. Lamnek 1995:214), um das Material so zu reduzieren, dass nur die wesentlichen Inhalte erhalten bleiben.

Die Analyse folgte diesen Schritten:

1. Bestimmung der Analyseeinheiten
2. Festlegung der Strukturierungsdimension (Forschungsfragen)
3. Bestimmung der Ausprägungen, Zusammenstellen des Kategoriensystems (Leitfaden)
4. Formulierung von Definitionen und Ankerbeispielen zu den einzelnen Kategorien
5. Materialdurchlauf
6. Bearbeitung der Fundstellen
7. Ergebnisaufbereitung

Die Ergebnisse wurden hinsichtlich der Forschungsfragen analysiert. Es handelt sich bei der Inhaltsanalyse um eine qualitative Forschungsmethode zur Bewältigung umfangreichen Textmaterials.

8. Ergebnisse der leitfadengestützten ExpertInneninterviews

Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse der Leitfadeninterviews dargestellt. Der Aufbau dieses Kapitels folgt der Chronologie des Leitfadens (Abschnitt 7.4). Im Kapitel 8.1 wird auf die geschichtliche Entwicklung der Gesundheitsförderung bei den befragten Trägern eingegangen und im Kapitel 8.2 auf die personellen Ressourcen der Kassen. Danach wird das Verständnis von Gesundheit bzw. Gesundheitsförderung der befragten Träger präsentiert (8.3) und die sieben Funktionen der Krankenversicherungen in der Gesundheitsförderung erläutert (8.4). Im Abschnitt 8.5 werden die Settings und Zielgruppen der Gesundheitsförderung der Krankenkassen erörtert und das Thema der Evaluation in der Gesundheitsförderung (8.6) angesprochen. Abschließend wird noch ein Blick in die Zukunft gewährt (8.7).

8.1. Die geschichtliche Entwicklung der Gesundheitsförderung bei den befragten Trägern

Hinsichtlich der Einführung der Gesundheitsförderung in die österreichischen Krankenversicherungen, gibt es mehrere historische Meilensteine, die von den ExpertInnen im Zuge der Interviews genannt wurden.⁸ Den Grundstein bildet die Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung aus dem Jahr 1986. Sechs Jahre später, also 1992, wurde in Österreich die Gesetzeslage zur Gesundheitsförderung geändert, sodass die Gesundheitsförderung Eingang ins ASVG fand. 1996 wurde das Österreichische Netzwerk für BGF gegründet, womit die aktive Arbeit im Setting Betrieb in Österreich begann. 1998 erfolgte eine neuerliche gesetzliche Änderung – das Gesundheitsförderungsgesetz trat in Österreich in Kraft. Im Jahr 2004 wurden die Servicestellen Schule in fünf österreichischen Bundesländern gegründet und die Arbeit im Setting Schule in Österreich verstärkt.

Die Hälfte der Befragten (Fälle A, B, C, E und G) gaben an, dass die Änderung der Gesetzeslage im Jahr 1992, als die Gesundheitsförderung Eingang ins ASVG fand, ausschlaggebend gewesen sei für die Einführung der Gesundheitsförderung in ihre Krankenversicherung. Davor gab es viele Einzelaktionen zu Prävention und Gesundheitsförderung, jedoch wenige strukturierte Projekte und Maßnahmen. Drei weitere Träger (Fälle D, H und I) gaben an, 1995/1996 die Gesundheitsförderung in ihre Kasse

⁸ Die folgende Aufzählung erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

integriert zu haben. Lediglich ein Träger (Fall J) setzte erst 2004 die ersten Gesundheitsförderungsmaßnahmen.

Fünf der befragten SV-Träger haben um 1992 damit begonnen, Gesundheitsförderung strukturiert und koordiniert zu betreiben. Zahlreiche Träger haben damals erste Arbeitsgruppen zu diesem Thema gegründet und es wurden erstmals eigene Posten und Abteilungen für Gesundheitsförderung geschaffen. D.h. sechs Jahre nach der Verabschiedung der Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung im Jahr 1986 hat die Gesundheitsförderung in Österreich bei den Krankenversicherungsträgern Fuß fassen können (durch deren Aufnahme ins ASVG). 1995/1996 implementierten dann auch andere Träger Gesundheitsförderung in ihren Leistungskatalog. Die 1990er Jahre waren Pionierarbeit und dienten somit kurz gesagt der Konzeptfindung und dem Aufbau interner Kompetenzen.

8.2. Personelle Ressourcen

Die Krankenversicherungen wurden dahingehend befragt, welche personellen Ressourcen sie für den Bereich der Gesundheitsförderung zur Verfügung hätten. Im Allgemeinen stehen ihnen zur Leistungserbringung in der Gesundheitsförderung zwei Möglichkeiten zur Verfügung. Einerseits eine Auslagerung der Gesundheitsförderung, d.h. der Aufbau externer Kompetenzen. Dazu müsste nicht innerhalb der Kasse Personal für Gesundheitsförderung abgestellt werden, sondern die einzelnen Träger könnten die Leistung per se auslagern. Die Vorarlberger Gebietskrankenkasse hat aus diesem Grund den Fonds Gesundes Vorarlberg gegründet, die Kasse selbst bleibt bei ihrem Kerngeschäft der Krankenbehandlung. Andererseits kann die Krankenversicherung Gesundheitsförderung als interne Kompetenz aufbauen, d.h. Personal aus anderen Abteilungen abziehen und für den neuen Arbeitsbereich abstellen. Jene Krankenversicherungsträger, die den zweiten Weg gewählt haben, haben unterschiedliche Organisationsformen für Gesundheitsförderung gefunden. Einerseits wird Gesundheitsförderung bei der Mehrheit der Krankenversicherungen von mehreren Abteilungen wahrgenommen (wie z.B. Öffentlichkeitsarbeit, Präventionsabteilung usw.), was Fall A belegt:

I: „Wie viele Leute arbeiten in diesem Bereich?“

B: „Die Arbeiten in diesem Bereich sind innerhalb der Kasse ziemlich zersplittert, ... ein bisschen Gesundheitsförderung in der Schule wird in der Öffentlichkeitsarbeit und auch in der Personalabteilung gemacht und im medizinischen Dienst. Ich kann Ihnen keine konkrete Zahl sagen.“ (Fall A: 211-216)

Andererseits wurde in einer Gebietskrankenkasse eine eigene Abteilung für Gesundheitsförderung gegründet, die sich ausschließlich mit dem Leistungsbereich beschäftigt. Ob Gesundheitsförderung nun in einer eigenen Abteilung oder in verschiedenen Abteilungen behandelt wird, hängt vom jeweiligen Träger selbst ab.

Die Gesundheitsförderung ist ein für die österreichischen Krankenversicherungen relativ neuer Arbeitsbereich, daher sind die Arbeitsplätze im Gesundheitsförderungssektor auch teilweise noch im Aufbau. Viele ExpertInnen (Fälle E, J, I) empfinden ihre Arbeit daher als Pionierarbeit.

Jeder der befragten Krankenversicherungsträger beschäftigt zumindest eine Person im Gesundheitsförderungsbereich. In den Bundesländern mit Schulservicestellen (Oberösterreich, Kärnten, Salzburg, Steiermark und Niederösterreich) werden zwei personelle Ressourcen genannt. In drei Fällen beschäftigt sich eine Person mit dem Setting Schule und eine mit dem Setting Betrieb (Fall D, H, I). Es gibt jedoch auch Träger, deren personelle Kapazitäten 1-2 Arbeitsplätze übersteigen (Fall A, D und H). In einem konkreten Fall wird sogar geplant, Arbeitsplätze aufzustocken. „Also ich kann sagen in diesem Bereich arbeiten jetzt alle, die in dieser Abteilung sind, und das sind fünf. Derzeit noch. Wir haben die Zusage, dass wir massiv aufstocken können und werden.“ (Fall A: 219-221) In vielen Fällen wird der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse eine Sonderstellung innerhalb der Bewegung zugeschrieben, da sie mit circa zehn Personen in ihrer Abteilung für Gesundheitsförderung im Vergleich zu anderen Trägern verstärkt über personelle Ressourcen verfügt. Das hänge jedoch laut Hauptverband auch damit zusammen, dass sie in Österreich für die Koordination des Europäischen Netzwerkes Betrieblicher Gesundheitsförderung zuständig sei und somit schon alleine dafür mehr Ressourcen benötigen würde. Der Vergleich der personellen Ausstattung gestaltet sich jedoch schwierig. Bei vielen Arbeitsplätzen handelt es sich lediglich um Teilzeitarbeitsverhältnisse, in anderen Fällen werden administrative Kräfte mitgezählt und in wieder anderen Fällen ist die Gesundheitsförderung in mehreren Abteilungen verankert. Daher bleibt ein numerischer Vergleich der personellen Kapazitäten für Gesundheitsförderung hier aus.

Trotz allen Unterschieden ähneln sich die Einschätzungen der ExpertInnen über ihre personellen Ressourcen in einem Punkt: Die Ressourcen sind zu knapp. 60% der befragten ExpertInnen beklagen den aktuellen Personalstand wie die untenstehenden Beispiele zeigen.

„Einer. Eineinhalb. Das ist leider unser Problem. Wir müssen uns einfach personell nach der Decke strecken.“ (Fall B: 309-310)

„Personal haben wir halt nicht so viel.“ (Fall E: 107)

„Wir haben eben aufgrund dieser geringen personellen Ressourcen natürlich nur begrenzt Möglichkeiten.“ (Fall G: 23)

Die ExpertInnen kommen bei der Frage nach dem Personalstand schnell zum wesentlichen Punkt. Es gäbe mehr zu tun, jedoch mit der aktuellen Personalbesetzung sei es schwierig.

Um diesem Dilemma zu entkommen, haben die österreichischen Krankenversicherungen zwei Möglichkeiten gewählt: So haben einige begonnen, ihre personellen Ressourcen aufzustocken und wiederum andere haben auf Praktikanten und Praktikantinnen aus Fachhochschulen zurückgegriffen.

Träger A hat bereits die Zusage, seine personellen Kapazitäten zu verstärken. „Wir haben die Zusage, dass wir da massiv aufstocken können und werden.“ (Fall A: 221). Ähnlich dem ersten Fall hat auch Fall B konkret vor, mehr Arbeitsplätze innerhalb der Gesundheitsförderung zu schaffen. „Ich brauch da unbedingt einen Mann mehr. Das wird im heurigen Jahr sicher passieren.“ (Fall B:560). Andere hoffen auf Aufstockung jedoch wurden noch keine konkreten Schritte in Richtung Vermehrung der Arbeitsplätze gesetzt. „Wir hoffen halt, dass das mehr wird.“ (Fall E:108) „Möglicherweise wird aufgestockt, je nachdem wie die Anfragen sind...Jetzt ist es kein Thema in der Kasse.“ (Fall I: 116, 121). Der geringe Personalstand hat in einem Fall sogar dazu geführt, dass die zuständige Expertin zusammenfassend meint, ihre Arbeit sei ihr Leben geworden, da sie alleine für diesen Bereich zuständig wäre. (Fall E: 438-439).

Immerhin haben vier der befragten Krankenversicherungen zur Zeit der Befragung angegeben, Praktikanten und Praktikantinnen für diesen Bereich anzustellen. Diese stellen eine Entlastung für die angestellten Personen dar und bringen auch ihre Expertise in diesem Bereich mit. Auch wissenschaftliche Erkenntnisse zur Gesundheitsförderung würden dadurch Eingang in die Praxis der Gesundheitsförderung in Österreich finden.

B: „Ja das waren die Fachhochschulabgänger, die müssen im letzten Jahr ein 5-monatiges Praktikum machen. Und da hatten wir schon zwei Mal jemanden und heuer im Winter wieder.“

I: „Das ist schon gut.“

B: „Das ist schon eine große Hilfe, wenn man manches zu zweit machen kann.“ (Fall E:380-385)

Zusammenfassend ist der Personalstand im Arbeitsbereich Gesundheitsförderung bis auf wenige Ausnahmen als gering zu bezeichnen. Im Schnitt werden 1-2 Personen beschäftigt, wobei manche Träger bereits massiv aufstocken.

8.3. Gesundheit und Gesundheitsförderung

Die ExpertInnen der sozialen Krankenversicherungen wurden im Zuge der Interviews zu ihrem Verständnis von Gesundheit und Gesundheitsförderung befragt. Die Antworten orientieren sich stark an den Begriffen, die in der Definition der Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung verwendet werden (das Wohlfühlen, der dreigeteilte Gesundheitsbegriff in physische, psychische und soziale Gesundheit und die Selbstbestimmung).

Gesundheit wurde von den ExpertInnen als Wohlbefinden beschrieben, und zwar als Einzelperson und in Interaktion mit seinem sozialen Umfeld.

„I: Könnten Sie kurz erläutern, was Gesundheitsförderung für Sie ist?

B: ...Für Wohlbefinden zu sorgen. Wir können Leute dabei weniger unterstützen, aber wir unterstützen diese Settings. Dieser Präventionsaspekt ist uns weniger wichtig als dieser Gesundheitsförderungsaspekt und einfach die Umwelt so zu gestalten, dass man sich wohler fühlt.“ (Fall H: 332-340)

Fall B bringt sein Verständnis von Gesundheit auf den Punkt: „Der erweiterte Gesundheitsbegriff ist ja das Wohlfühlen, Wohlbefinden. Also das machen wir.“ (Fall B:345). Unter Wohlbefinden wird jedoch im Bereich der Gesundheitsförderung nicht „Wellness oder Lifestyle“ verstanden. Davon grenzt sich u.a. Fall C deutlich ab: „Was ich bei diversen Gesprächen mitbekommen habe mit diversen Vertretern von privaten Anbietern, vertreten die eher so diesen Lifestyle und Eventcharakter von Gesundheitsförderung und das ist nicht unser Zugang.“ (Fall C: 311) Mehrere Befragte griffen auch die in der Ottawa Charta getroffene Unterscheidung zwischen physischer, psychischer und sozialer Gesundheit auf. So erklärt Fall D seinen Gesundheitsbegriff wie folgt: „Ja Gesundheit ist nicht nur das Fehlen von Krankheit, sondern das körperliche, geistige, soziale Wohlbefinden. Dementsprechend versuchen wir eben diese Bereiche, sprich das Körperliche, das Geistige und das Soziale zu fördern.“ (Fall D: 49-51) Der Lebensstil stellt einen wesentlichen Einflussfaktor auf die Gesundheit des Einzelnen dar. „Das ist der Kern der Gesundheitsförderung, dass man letztendlich eine Lebensstiländerung bewirkt“ (Fall D:56-58).

„Ihr habt es selber in der Hand, zumindest bis zu einem gewissen Grad. Doch mehr als sie glauben und sie können viel beitragen und Bewusstsein machen halt, dass der Lebensstil die Gesundheit halt sehr stark beeinträchtigt.“ (Fall E: 150-155) Die Aufgabe der

Krankenversicherung in dieser Sache liegt darin, die Menschen zu befähigen, ihre Gesundheit selbst in die Hand zu nehmen, wie Fall A treffend formulierte: „Für mich persönlich ist Gesundheitsförderung ... Menschen dazu zu befähigen, ein größeres Ausmaß an Gesundheit zu gewinnen. (Fall A: 9).

Neben den Begriffen, die die Ottawa Charta verwendet, wurden auch andere Definitionen von Gesundheit bzw. Gesundheitsförderung gegeben wie eine funktionelle Definition (Fall E:164), eine ressourcenorientierte (Fall A:10) und eine normative (Fall D:49).

Beim Verständnis von Gesundheitsförderung machten die ExpertInnen weiters die wichtige Unterscheidung zwischen verhaltensorientierter und verhältnisorientierter Gesundheitsförderung. 9 von 10 ExpertInnen sprechen dezidiert an, dass sie sowohl verhaltenspräventiv als auch verhältnispräventiv arbeiten würden. 90% der Befragten sprechen sich für „eine gute Mischung“ (Fall C:88 und Fall D:51-58) oder einer „Ausgewogenheit“ (Fall C:200-202) zwischen Verhalten und Verhältnissen aus. Subsummiert wird diese Ausgewogenheit unter dem Begriff der „Ganzheitlichkeit“:

„Die ganzheitlichen Projekte sind die, die nicht nur den körperlichen Bereich umfassen, so wie ein BGF Projekt z.B. wenn es ordentlich gemacht wird ein ganzheitliches Projekt, d.h. es geht nicht nur um die Verhaltensprävention, wo der Mitarbeiter lernt, wie er sich richtig ernährt, sich richtig bewegt, sondern auch um Verhältnisprävention, wo man sich halt das Umfeld anschaut, sprich Betriebsstrukturen analysiert, schaut wie schaut es mit Motivation aus, Führungsverhalten, Betriebsklima da geht es so weit, dass man sich sogar die Betriebsmittel anschaut, passen die Sessel, ist die EDV Ausstattung passend z.B.“ (Fall G: 115-121).

Eine Expertin gibt an, bisher nur verhaltensorientiert gearbeitet zu haben. „Derzeit zielt unsere Gesundheitsförderung aufs Verhalten und weniger auf die Verhältnisse ab. Da sind wir zu wenig Leute und ich weiß nicht. Unser Schwerpunkt so wie wir es derzeit betreiben, ist sicher auf dem Verhalten.“ (Fall E 322-324) Verhaltensweisen zu beeinflussen und Lebensstile zu verändern ist sicherlich eine komplexe Aufgabe. Fall B (402-404): „Der große Problembereich ist einfach Verhaltensänderungen zu bewirken, sprich mehr Bewegung, gesünder essen, nicht rauchen. Das ist das große Problem.“

Auf der anderen Seite wird von den ExpertInnen auch klar angemerkt, dass schlechte Gesundheit oft nicht am Verhalten liegt, sondern an den (Umwelt-) Verhältnissen wie

„Luftverschmutzung“ (Fall A:417-419), „keine klaren Rauchverbote“ (Fall B:529-533) oder „den praxisfernen Lehrplänen“ in den Schulen, die zwar quer- oder längsgestreifte Herzmuskulatur zum Thema der Biologie machen, jedoch die Gesundheitsvorsorge nicht im Lehrplan vorsieht.

Was Gesundheitsförderung jedenfalls nicht bedeutet, ist die Unterstützung von Aktionismus: „Also wir unterstützen nicht so Einzelaktionen, weil die auch nichts bringen. Wenn Sie einen Apfeltag machen, das unterstützen wir nicht.“ (Fall D: 118-119).

Der Settingansatz spielt ebenfalls eine große Rolle. Fall C (75-77): „Aber wir verfolgen primär diesen Gesundheitsförderungsansatz, den auch die Ottawa Charta proklamiert und den wir auch so gut wie möglich abdecken können mit unserem gesetzlichen Auftrag.“

Betrachtet man die Abgrenzung der Begriffe „Gesundheitsförderung und Prävention“, so fällt auf, dass die ExpertInnen es unterschiedlich beschreiben. Vier der befragten ExpertInnen sehen Gesundheitsförderung und Prävention in einem begrifflichen Kontext, für drei ist der Unterschied eher unscharf und weitere drei sehen Gesundheitsförderung und Prävention als klar getrennte Aufgabenbereiche. Diese Unterschiede seien im Folgenden genauer beschrieben.

Die Vorsorge, wie im Gesetz definiert, nimmt innerhalb der österreichischen Krankenversicherungen eine wichtige Stellung ein, eine Stellung, die als „alt und etabliert“ (Fall E:302-306), während die Gesundheitsförderung eine für die Krankenversicherungen noch „neuere“ Leistung ist. In einigen Fällen wurde die Gesundheitsförderung in eine bestehende Präventionsabteilung integriert (Fall E) oder wird als eng mit der Krankheitsprävention verbunden gesehen (Fall A). Projekte verbinden präventive und gesundheitsförderliche Gesichtspunkte.

In drei Fällen ist die Unterscheidung „Gesundheitsförderung – Prävention“ nicht völlig geklärt (Fälle B,C,G). „Die Trennung ist nicht ganz einfach, sagen wir es einmal so, zwischen Gesundheitsförderung und Prävention. Es gibt aus meiner Sicht eine Abgrenzung, aber die ist aus meiner Sicht auch etwas unscharf.“ (Fall B:7-9) „Es ist immer wieder so die Abgrenzung drinnen Primärprävention – Gesundheitsförderung. Wo ist da jetzt wirklich der Schnitt? In der Praxis lässt sich der auch kaum machen. Ich nehme es halt oft so wahr, ein wissenschaftlicher Diskurs darüber, was ist Gesundheitsförderung und was ist

Primärprävention.“ (Fall C:72-75). „Das ist so ungefähr das, was im Gesetz drinnen steht ziemlich genau, darüber hinaus eben Gesundheitsförderung und Prävention als Aufgabengebiet.“ (Fall B:19) „Es wird dann nicht genauer beschrieben, was man da darunter versteht.“ (Fall B: 23).

In anderen Fällen wird Gesundheitsförderung und Prävention schlicht und einfach getrennt, d.h. auch in verschiedenen Abteilungen betrieben. (Fälle D, H und I). Eine Interviewpartnerin liefert eine detaillierte Definition der Unterschiede:

„Ja, was wir unter Gesundheitsförderung verstehen das ist am leichtesten zu verstehen mit der Definition von Gesundheitsförderung und Prävention. Wobei ich jetzt mit der Prävention beginne, wir teilen das in Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention, d.h. die Prävention hat immer ein Ziel, das schon krankheitsbehaftet ist und die Gesundheitsförderung setzt noch einen Schritt weiter vorne an und schaut, wo sind Gesundheitsressourcen oder Potenziale, die gefördert werden können. Ziel ist die Gesundheit und nicht wie z.B. in der Vorsorgeuntersuchung den Schaden möglichst früh zu erkennen.“ (Fall I: 39-45)

8.4. Funktionen und Rollenbeschreibungen

Die ExpertInnen wurden im Zuge der Interviews danach gefragt, welche Hauptaufgaben sie als Krankenversicherung im Bereich der Gesundheitsförderung inne haben würden. Die Frage knüpft an die in der Literaturrecherche dokumentierten Funktionen der Krankenversicherungen in der Gesundheitsförderung an (siehe Abschnitt 5.4.2). In der Literatur werden sechs Funktionen der Krankenversicherungen explizit gemacht, nämlich die eines Informationszentrums, Leistungsanbieters, Geldgebers, Befähigers, einer Servicestelle für Leistungsanbieter und eines Kooperations- und Vermittlungszentrum. Außerdem konnte durch die leitfadengestützten Interviews noch eine weitere Rollen herausgefiltert werden, nämlich die Krankenversicherung als Forschungs- und Entwicklungszentrum. So ergeben sich insgesamt sieben Funktionen, die hier näher beschrieben werden sollen.

8.4.1. Informationszentrum

Alle befragten Krankenversicherungen gaben an, sich als Informationszentrum für Gesundheitsförderung zu sehen. Damit stellt diese Funktion die wichtigste bzw. dominanteste unter allen acht Rollen dar. Alle Befragten sehen es als Teil ihrer Aufgabe als Sozialversicherung, Information an die Bevölkerung weiterzugeben und sie über Gesundheitsthemen aufzuklären. „Da ist die Sozialversicherung sicher Informationsdrehscheibe und sicherlich auch richtungsweisend. Und ich glaube auch, dass wir eine ziemliche Vorbildwirkung haben könnten.“ (Fall A: 168-170) Als Informationsdrehscheibe zu fungieren beinhaltet u.a. die Klärung praktischer Fragen, Aufklärung und Beratung über Gesundheitsthemen sowie Gefahren und die Dokumentation von Leistungen. Das zeigen auch die unten angeführten Beispiele:

„Ich finde, dass es notwendig ist, umso mehr die Menschen immer älter und immer kränker werden, dass wir frühzeitigst beginnen, Gesundheit als Wissensgebiet den Menschen, der Bevölkerung zu vermitteln.“ (Fall A: 14-16)

„Es hängt wahnsinnig viel an Information.“ (Fall A: 160)

„Informationen sind immer wichtig. Steter Tropfen höhlt den Stein.“ (Fall B: 392)

„Als Sozialversicherung ist es wichtig zu vermitteln, was Gesundheitsförderung ist.“ (Fall C: 234)

„Man versucht eben, den Gesundheitsbegriff zu vermitteln.“ (Fall D: 68)

„Ich glaube, dass die Sozialversicherung durchaus ein wichtiger Player ist, immer wieder auf Gesundheitsthemen aufmerksam zu machen. Weil die ja auch betroffen sind von den Krankheiten, die dann aus den diversen Fehlverhalten resultieren. Und natürlich auch Interesse darin besteht, diese Kosten die durch die Krankheiten entstehen, zu verringern. Das Risiko zu minimieren und Aufklärung zu betreiben, damit diese Krankheiten nicht bestehen.“ (Fall G: 349-353)

Schriftliche Informationsweitergabe erfolgt in der Praxis der Gesundheitsförderung durch Berichtlegung, Zeitungen, Magazine, Hefte, Merkblätter, Newsletter, Broschüren, das Internet und durch den Aufbau von Bibliotheken. Oft haben die Krankenversicherungen eigene Medien, die speziell zu Gesundheitsfragen informieren und praktische Fragen klären. So gibt es z.B. Merkblätter zum richtigen Heben und Tragen, Broschüren über „Gesundes Arbeiten im Betrieb“, Newsletter zum Thema „Gesundheitsförderung in der Schule“, das Magazin „Gesundes Kärnten“, Plakate zur Raucherentwöhnung, Broschüren zur Brustkrebsvorsorge und viele mehr. Jede Krankenversicherung gibt am Ende jeden Jahres einen Jahresbericht heraus, in dem auch (meist nur spärlich) Informationen über Gesundheitsförderung enthalten sind⁹.

Mündliche Informationen über Gesundheit und Gesundheitsförderung werden in Form von Veranstaltungen, Kursserien, Vorträgen, Workshops und Elternabenden weitergegeben. Eine befragte Expertin sah ihre Arbeit und die ihrer KollegInnen als missionarisch an. „Wir sind wie Wanderprediger, wir fahren...in Kammern, Kuranstalten und Schulen, wo wir halt unsere Versicherten irgendwie erwischen und verstreuen unser Wissen.“ (Fall E:291-293)

Die Wichtigkeit der Informationsweitergabe wird also durchaus erkannt, jedoch weist (nur) eine Expertin explizit darauf hin, dass Information oft nicht ausreicht, um eine Verhaltensänderung zu bewirken.

I: D.h. Sie sehen das schon auch als Ihre Hauptaufgabe, die Bevölkerung zu informieren?

B: Ja, aber im Gesundheitsförderungsbereich ist uns Information immer ein bisschen zu wenig, weil ich glaube nicht, dass sich durch Information besonders viel ändert. Ein Beispiel ist eben das Rauchen. Jeder Raucher weiß, dass es ungesund ist, trotzdem macht er weiter. Information ist zwar sehr wichtig ... aber es muss eben auch immer das Umfeld dazu geschaffen werden, dass man wirklich gerade was Verhaltensweisen betrifft, etwas ändert. (Fall H: 392-197)

So muss die Sozialversicherung auch auf andere Weise tätig werden, damit das Gesundheitsverhalten der Österreicher und Österreicherinnen positiv beeinflusst werden kann.

8.4.2. Leistungsanbieter

Die ExpertInnen wurden im Zuge der Interviews danach gefragt, welche Leistungen im Bereich der Gesundheitsförderung sie anbieten und wie diese Leistungen genau aussehen würden. Alle Befragten gaben an, operativ tätig zu sein, mit Ausnahme des Hauptverbandes, der anderen Aufgaben nachgeht. Die untenstehenden Tabellen beziehen sich auf die Leistungen, die im Laufe der Interviews von den ExpertInnen erwähnt wurden und erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Die beiden untenstehenden Tabellen zur Prävention (Tabelle 7) und zur Gesundheitsförderung (Tabelle 8) sind in Kategorien eingeteilt, beinhalten die operationalisierten Inhalte der jeweiligen Kategorien (Paraphrase), geben ein Beispiel aus der Praxis der Krankenversicherungen an und die Anzahl der Nennungen (N) der Kategorie bei den befragten Trägern.

Die Krankenversicherungen betreiben sowohl Primär-, Sekundär- als auch Tertiärprävention. Am häufigsten (9 Nennungen) wird die Behandlung von Stoffwechselerkrankungen genannt, d.h. zu diesem Thema bieten die Träger viele Maßnahmen an. An zweiter Stelle stehen das Handlungsfeld Rauchen und Suchtbewältigung sowie die Vorsorgeuntersuchungen (je 8 Nennungen). Projekte zur Zahngesundheit werden fünf Mal genannt, dicht gefolgt von Kuraufenthalt und Impfungen.

⁹ Die Krankenbehandlung wird im Detail beschrieben, die Gesundheitsförderung höchstens angeschnitten.

Tabelle 7: Prävention

Kategorie	Paraphrase	Ankerbeispiel	N
Tertiärprävention	Kuraufenthalte, Rehabilitation	Rauchen ist umgesetzt...Rehabilitation auch auf jeden Fall.... (Fall F: 107-108)	4
Sekundärprävention	Vorsorgeuntersuchungen	Wir haben auch im Bereich Prävention, das fällt allerdings schon in die Sekundärprävention, die Vorsorgeuntersuchung, weil wir im Haus auch ein Gesundenuntersuchungsambulatorium haben. (Fall G: 202-204)	8
Sekundärprävention	Jugendlichenuntersuchungen	Das ist einmal klar vorgegeben als Leistung...im Gesetz..., das ist einmal die Jugendlichenuntersuchung...für die erwerbstätige Jugend... (Fall B: 6-11)	3
Impfungen	Impfen (Kinderimpfen, Zeckenimpfen, Mutter-Kind-Pass Impfungen, Pneumokoken, Hepatitis, Impfprophylaxe im Rahmen von Berufskrankheiten)	Was bei uns auch noch in den Sektor Prävention reinfällt, das sind diverse Impfungen...Kinderimpfungen, Mutter-Kind-Pass Impfungen...wir leisten Zuschüsse zu Zeckenimpfungen... (Fall G: 253-258)	4
Zahngesundheit	Kariesprophylaxe, Zahngesundheit, Zahngesundheitsförderung für Kinder	Und eines der ersten Projekte, die wir gemacht haben, war dann unter dem Stichwort Zahngesundheit spricht Kariesprophylaxe und Mundhygiene. (Fall B: 51-55)	5
Handlungsfeld Sucht und Rauchen	Raucherentwöhnung, Anti-Raucher Beratung, Rauchertelefon, Alkoholprävention	Bei den verhaltensorientierten Projekten hat man sich auf die Risikofaktoren Rauchen und Adipositas konzentriert. (Fall C: 207)	8
Stoffwechselerkrankungen	Prävention von Stoffwechselerkrankungen, Betreuung der Diabetiker, Diabetikerschulungen, Screening auf Diabetes, Adipositas, Übergewicht, Projekte zum Abnehmen	Wir haben seit damals eine flächendeckende Betreuung der Diabetiker aufgebaut. (Fall B: 78-79) Wir machen in letzter Zeit auch Einiges im Sektor Übergewicht, Adipositas. (Fall G: 37-38)	9
Krebsvorsorge	Dickdarmkrebsvorsorge, Hautkrebsvorsorge, Mammographie Screening	Das nächste Projekt, das wir mittlerweile flächendeckend haben,... ist die Dickdarmkrebsvorsorge. (Fall B: 184-185)	3
Herzerkrankungen	Programm für Herz-Kreislaufkrankungen	Das Programm heißt „Ein Herz für Wien“ und das ist im Prinzip eine gemeinsame Strategie zur Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen. (Fall A: 35-38)	2

Im Bereich der Gesundheitsförderung selbst wurden die Settings Dorf, Schule, Kindergarten und Betrieb genannt, wobei das Setting Betrieb klar dominiert (8 Nennungen). Die klassischen Handlungsfelder Ernährung (6 Nennungen) und Bewegung (15 Nennungen) wurden auch hier von den ExpertInnen genannt. Konkrete Angebote zum Handlungsfeld Bewegung beinhalten Lauftreffs, Ergonomie, Rückengymnastik, Rückenschulen, Wirbelsäulenturnen, gesunde Wirbelsäule, Nordic Walking Kurse und Heilgymnastik. Außerdem gewinnt das Handlungsfeld „Psychosoziale Gesundheit“ an Bedeutung. Darunter fallen u.a. Stressabbau und Stressvermeidung, der Umgang mit Sucht und andere Aspekte der mentalen Gesundheit.

Tabelle 8: Gesundheitsförderung

Kategorie	Paraphrase	Bsp.	N
Setting Dorf	Gesundes Dorf	Das ist das Projekt Gesundes Dorf...wer ist die gesündeste Gemeinde im gesundes Dorf? (Fall B: 348: 358)	1
Setting Schule	GF für Schüler und Lehrer, GF in der Schule, Servicestelle Schule	Wobei wir jetzt sozusagen ein Pilotprojekt haben, d.h. ein GF-Projekt für Schüler und auch für Lehrer. (Fall D: 28-29)	6
Setting Betrieb	BGF		8
Setting Kindergarten	GF im Kindergarten	...und es gibt Bemühungen und Bestrebungen auch schon im frühen Kindesalter GF im Setting Kindergarten Fuß zu fassen. (Fall C: 336-339)	1
Handlungsfeld Bewegung	Businesslauf, Lauftreffs Ergonomie, Bewegung, Bewusst bewegt, Rückengymnastik, Rückenschule, Wirbelsäulenturnen und ind. Training, gesunde Wirbelsäule, Bewegungsstraße, Nordic Walking Kurse, Heilgymnastik	Wir machen natürlich auch gesunde Wirbelsäule, nennen das Bewegungsstraße. (Fall E: 48-49)	15
Handlungsfeld Ernährung	Gesunde Ernährung, Schaukochen, Ernährung im Betrieb, Ernährungsberatung	Wir bieten eine Reihe von wirklich gesundheitsfördernden Leistungen an, Ernährungsberatung gibt es bei uns... (Fall A: 329)	6
Handlungsfeld Psychosoziales	Psychische Gesundheit, Stressabbau und Entspannung, Stressvermeidung, Gesundheitssprechstunden, Empowerment	Es gibt auch Gesundheitssprechstunden... (Fall F: 101)	5
Sicherheit	Kindersicherheit und Seniorensicherheit	Angefangen worden ist mit Kindersicherheit am Bauernhof und Seniorensicherheit und solche Sachen. (Fall E: 48-52)	1

Die Krankenversicherungen sind abgesehen von ihren Leistungen in den Bereichen Krankenbehandlung, Prävention und Gesundheitsförderung auch auf anderen Gebieten tätig. Sie arbeiten im Bereich der Organisationsberatung (6 Nennungen), in der Anwendung von Methoden des Projektmanagements (3 Nennungen), bearbeiten Public Health Aufgaben

(2 Nennungen), erheben Daten, werten diese qualitativ und quantitativ aus und erstellen Gesundheitsberichte.

8.4.3. Geldgeber

Die Hälfte der befragten Krankenversicherungen sieht ihre Aufgabe in der Finanzierung von Leistungen, Projekten oder Initiativen zur Gesundheitsförderung. Gesundheitsförderliche Leistungen werden entweder voll-, teil- oder mitfinanziert. Einige Träger verleihen auch Preise oder vergeben Auszeichnungen für besonders innovative Gesundheitsförderungsprojekte.

„Insgesamt sehe ich die Aufgabe der Sozialversicherung wirklich in erster Linie als Initiator für Gesundheit und auch darin, wirklich Geld in die Hand zu nehmen und etwas zu tun. Dieses Signal ist wichtig.“ (Fall A: 296-298) „Durch die Finanzierung oder die finanziellen Zuschüsse leisten die Krankenversicherungen aktiv einen Beitrag dazu, dass Menschen eine gesündere Zukunft haben“ (ebd. 155-156). Die Sozialversicherung trägt dazu bei, dass Kosten im Gesundheitssystem gespart werden, da durch den verstärkten Einsatz der Gesundheitsförderung in Zukunft weniger Leistungen in Anspruch genommen werden müssen. Die folgende Expertin wirft einen eher skeptischeren Blick in die Zukunft des Gesundheitssystems in Österreich. „Es ist illusorisch zu glauben, dass wir Kosten einsparen können. (Fall A: 259-261) Aber dennoch wird es so sein, dass sich die Kosten verschieben, vielleicht aus dem Reparaturbereich in den Präventionsbereich.“ (ebd. 264-265) Die Krankenversicherung soll in Zukunft nicht mehr nur im Krankenbehandlungsbereich finanziell mitwirken, sondern auch im Gesundheitsbereich. „Der Sozialversicherungsträger sollte nicht immer nur dastehen als der Bezahler von Krankheit, sondern als der, der die Gesundheit auch fördert.“ (ebd. 284-285)

Es werden ganzheitliche Projekte in den Settings Betrieb und Schule gefördert, wobei die Betriebe bzw. Schulen einen Teilbetrag der Gesundheitsförderungsprojekte selbst aufbringen müssen. Krankenstandsanalysen und Gesundheitsbefragungen werden gratis durchgeführt, wenn sich der jeweilige Betrieb im Zuständigkeitsbereich der Kasse befindet und somit auch die Angestellten bei der dazugehörigen Kasse versichert sind. Andere Projekte oder Initiativen werden nur teil- oder mitfinanziert. So werden im Präventionsbereich Zuschüsse für diverse Impfungen und Screenings gewährt. Im Setting Schule gibt es beispielsweise in Oberösterreich einen Pauschalbetrag, der einer gesundheitsfördernden

Schule zugeschossen wird. „Gut, finanziell bieten wir da Unterstützung für die Schule mit maximal 727 € pro Schule, pro Projekt, wobei die Schule die Rechnungen vorlegen muss. Also wirklich nur, wenn sie etwas zugekauft haben oder Referenten eingeladen haben.“ (Fall H: 299-301) Die finanzielle Unterstützung von gesundheitsförderlichen Initiativen bringt unter anderem auch die Begutachtung von Förderansuchen und Anträgen mit sich. Andere Träger vergeben z.B. Anerkennungspreise für besonders innovative Projekte. Auch so leisten sie einen Beitrag zur Forcierung der Gesundheitsförderung in Österreich.

„Es gibt alle zwei Jahre glaub ich einen landesweiten Wettbewerb, wer ist die gesündeste Gemeinde im gesunden Dorf? Wo sind die besten Projekte? ... Dann gibt's halt so einen Anerkennungspreis.“ (Fall B: 358-359; 363)

8.4.4. Enabler

Lediglich 20% der befragten ExpertInnen gaben explizit an, internes Personal zu befähigen. Die Funktion des „Enablers“ oder zu Deutsch „Befähigers“ beinhaltet Aus-, Fort- und Weiterbildungen für Personal im Gesundheitsförderungsbereich, Trainings, Seminare zum Thema Gesundheit/Gesundheitsförderung im weitesten Sinn sowie die Schulung von Multiplikatoren und Multiplikatorinnen, die ihrerseits wiederum Gesundheitsförderung in ihrem sozialen Umfeld weiter forcieren.

Der Hauptverband gab an, dass eine Weiterbildungsmaßnahme für internes Personal geplant sei. Ziel davon wäre es, innerhalb der Sozialversicherung mehr Know-how zu schaffen und Kompetenzen aufzubauen. Viele ExpertInnen bringen unterschiedliche Ausbildungen in den Arbeitsbereich mit, die ihrer Arbeit zugute kommen, wie z.B. eine Trainerausbildung, ernährungswissenschaftliches Studium, die Ausbildung zum Qi Gong Trainer und Ähnliches.

8.4.5. Servicestelle für LeistungsanbieterInnen

60% der Befragten gaben an, als Servicestelle für externe LeistungsanbieterInnen zu fungieren. Darunter fallen Leistungen wie inhaltliche und organisatorische Beratung ¹⁰, Vermittlung von Kontakten, Know-how Transfer mit und zwischen externen Leistungsanbietern und das Erstellen von Material. „Wir wollen auch eine größere

Drehscheibe oder Servicestelle für externe Anbieter sein, wenn wir verstärkt Information in den Betrieben betreiben, hoffen wir natürlich, dass mehr Leute auf die BGF aufspringen...“ (Fall I: 158-160)

Die Vermittlung von Kontakten kann durch die Vermittlung von ReferentInnen bzw. Moderatoren (z.B. für Gesundheitszirkel) erfolgen.

„Wir stellen Referenten zu den diversen medizinischen Themen zur Verfügung, Ernährung, Herz-Kreislauf-Erkrankung oder Wohlfühlen am Bildschirmarbeitsplatz...“ (Fall G: 137-138)

„Wir haben eine Referenzmappe. Ich habe Kontakt mit externen Anbietern, mit Organisationsberatern, mit Trägern diverser Branchen und wenn dann in den Betrieben bestimmte Themen zur Sprache kommen, wer bieten was an, und dann stelle ich Unterlagen zur Verfügung.“ (Fall I: 166-169)

Der Transfer von Know-how zur Gesundheitsförderung findet auf Universitäten, Fachhochschulen oder in anderen Institutionen statt. „Wir arbeiten sehr eng mit der Arbeiterkammer in unserem Bundesland zusammen, waren immer der Meinung, dass wir alles hergeben wollen, was wir haben. Also Know-how oder mit Vorträgen oder auf der Fachhochschule unterrichten oder auf der Universität. Es geht uns ja um die Sache an sich. Selbst wenn wir Dinge entwickeln, die uns recht viel gekostet haben, wäre das ein absoluter Blödsinn, wenn wir das für uns behalten würden und in die Schublade stecken und einfach unseren Namen draufsetzen, weil es geht uns ja um unsere Versicherten. Wenn es jemand anderer macht, ist es uns genauso recht, wir können eh nicht alles machen.“ (Fall H: 381-389) „Wir waren sehr lange dahinter, dass wir mit der Arbeiterkammer gut zusammenarbeiten und haben dort eine Lehrgang unterrichtet...“ (Fall H: 409-410)

Material zur Gesundheitsförderung wird in Form von Handbüchern, Leitfäden, PowerPoint Vorträgen u.v.m. zur Verfügung gestellt. „Ich habe kein Problem, Unterlagen zur Verfügung zu stellen, ich kriege auch sehr viel, was mir meine Arbeit erleichtert.“ (Fall I: 196-197)

8.4.6. Kooperations- und Vermittlungszentrum

70% der Befragten sehen sich als Kooperations- und Vermittlungszentrum am österreichischen Gesundheitsförderungsmarkt. Zwischen verschiedenen Ebenen zu

¹⁰ Die inhaltliche und organisatorische Beratung wird hier im Abschnitt 8.4.2. abgehandelt.

vermitteln, Netzwerke zu gründen und mit anderen Akteuren zu kooperieren sind Teile dieser Funktion. Die Krankenversicherungen tragen dazu bei, die nötigen Strukturen zu schaffen und Netzwerke aufzubauen, um Gesundheitsförderung weiterzutragen.

Alle befragten Krankenversicherungen haben die Möglichkeit, an einem Gesundheitsförderungsnetzwerk teilzunehmen.

„Was die Kooperation betrifft, sind alle Träger eingebunden. Es gibt ein österreichweites Netzwerk für Gesundheitsförderung. Das trifft sich einmal jährlich. Da sind alle Versicherungsträger vertreten... Da sind auch alle dabei bis auf die Betriebskrankenkassen, die da eher weniger Ressourcen investieren einfach wegen ihrer Klientel und ihrem kleineren Versichertenkreis... Es gibt ja auch dieses Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung, das im Prinzip ein Subthema der Gesundheitsförderung ist. Das leitet aber die Oberösterreichische Gebietskrankenkasse und da sind auch alle neun Bundesländer vertreten. Und da sind auch alle mehr oder weniger aktiv, wie gesagt es gibt Aufholbedarf bei Einigen.“ (Fall C: 117-125)

Diese Möglichkeit wird von vielen gerne genutzt, wie das untenstehende Beispiel zeigt. „Was ich sehr schön finde, es gibt eine sehr gute Kooperation der Träger untereinander. Das geht ganz toll. Wir als GesundheitsförderInnen untereinander geben und nehmen – das ist recht schön. Weil man auch immer auf KollegInnen zurückgreifen kann... wenn man etwas braucht, das ist eine schöne Unterstützung, die man erfährt.“ (Fall I: 75-78) Andere wiederum sehen keine Notwendigkeit, an einem solchen Netzwerk teilzunehmen.

I: Und gibt es eine österreichweite Kooperation, an der Sie teilhaben?

B: Brauch ich ja nicht. Sind unsere Projekte. Ich mein österreichweit haben wir eh die Vorsorgeuntersuchungen, wie es im Gesetz steht. (Fall B: 258-261)

Viele Netzwerke schließen die Sozialpartner und lokale politische Instanzen mitein, da diese wichtige Akteure in einer bundesweiten Forcierung der Gesundheitsförderung darstellen. So werden meist Arbeiterkammer, Industriellenvereinigung und Wirtschaftskammer als Partner genannt, sowie Gemeinden und Kammern als politische Instanzen. Der FGÖ ist ebenfalls wichtiger Kooperationspartner der Krankenversicherungen.

Im Bereich der schulischen Gesundheitsförderung gibt es z.B. in Oberösterreich einmal jährlich eine Veranstaltung für gesundheitsfördernde Schulen, damit sich Lehrer und Lehrerinnen unterschiedlicher Schulen kennenlernen und selbst Netzwerke gründen. So

laufen vielen Anfragen nicht mehr über die Krankenversicherung, sondern werden auf Basis von Erfahrungswerten mit KollegInnen gelöst.

Die Sozialversicherung arbeitet daran, Strategien für weitere Entwicklung der Gesundheitsförderung in Österreich zu entwickeln. „Ich bin zuständig für die Entwicklung einer Gesamtstrategie „Gesundheitsförderung und Prävention“. (Fall A: 40) Der Hauptverband sieht seine Aufgaben auch in dieser Rolle. „Die Aufgaben vom Hauptverband in diesem Bereich sind einfach eine Abstimmung zwischen den Trägern und irgendwo eine strategische gemeinsame Entwicklung einer zukunftsfähigen Strategie in diesem Bereich. Also wir sind nicht im operativen Bereich tätig, sprich wir betreuen nicht Betriebe oder Schulen direkt zum Thema Gesundheitsförderung, sondern wir sind dazu da, das Thema zwischen den Trägern abzustimmen und es dort zu forcieren und weiterzutragen. Gemeinsam mit den Trägern etwas zu erreichen in diesem Bereich.“ (Fall C: 96-101) Für einige Settings müssen noch Unterlagen und Strukturen aufgebaut werden, um dort agieren zu können.

8.4.7. Forschungs- und Entwicklungszentrum

Zwei der befragten Träger (Fälle H und I) gaben an, sich an der (Weiter-) Entwicklung von vorhandenen Leistungen und Produkten zu interessieren und zu engagieren. Die bereits existierenden Qualitätssicherungsinstrumente würden weiterentwickelt werden und Forschung zum Thema Gesundheitsförderung würde, den Angaben der Expertinnen, zufolge von ihrer Kasse betrieben werden. Eine weitere Expertin meinte, dass auch die PraktikantInnen der Fachhochschulen immer wieder innovative Ideen und neue Entwicklungen in die Arbeit der SV-Träger im Bereich der Gesundheitsförderung einfließen lassen würden und dass dies ein Vorteil sei. 80% der befragten Träger betreiben jedoch keine Forschung zu Gesundheitsthemen.

Zusammenfassend gibt die untenstehende Tabelle Auskunft über die Funktionen der Krankenversicherungen in der Gesundheitsförderung. Die in der Literatur herausgefilterten Funktionen lassen sich alle in der Praxis wiederfinden, jedoch muss die Aufzählung (aus der Literatur ergaben sich sechs Rollen) um eine Rolle erweitert werden.

Tabelle 9: Zusammenfassende Funktionen in der Gesundheitsförderung

Name der Kategorie	Definition	Textbeispiel	N
Informationszentrum	• Drehscheibe für Wissen, Methoden und Information • Klärung praktischer Fragen • Aufklärung und Beratung • Dokumentation von Leistungen	Als Sozialversicherung ist es wichtig zu vermitteln, was Gesundheitsförderung ist. (Fall C: 234) Ich glaube, dass die Sozialversicherung durchaus ein wichtiger Player ist, immer wieder auf Gesundheitsthemen aufmerksam zu machen. Weil die ja auch betroffen sind von den Krankheiten, die dann aus den diversen Fehlverhalten resultieren. Und natürlich auch Interesse darin besteht, diese Kosten die durch die Krankheiten entstehen, zu verringern. Das Risiko zu minimieren und Aufklärung zu betreiben, damit diese Krankheiten nicht bestehen. (Fall G: 349-353)	10
Leistungsanbieter	• Operative Tätigkeiten • Kuration • Prävention • Gesundheitsförderung (Settings)	Siehe jeweiligen Abschnitt	10
Geldgeber	• Mit-, Teil-, Vollfinanzierung von Projekten, Programmen • Auszeichnungen	„Insgesamt sehe ich die Aufgabe der Sozialversicherung wirklich in erster Linie als Initiator für Gesundheit und auch darin, wirklich Geld in die Hand zu nehmen und etwas zu tun. Dieses Signal ist wichtig.“ (Fall A: 296-298) Im Setting Schule ist unsere Aufgabe unterstützen und begleiten, und auch bestimmte Aktionen im Rahmen des Projektes finanziell unterstützen. (Fall D: 21-23)	9 ¹¹
Enabler	• Aus-, Fort-, Weiterbildungen • Trainings, Seminare • Multiplikatorenschulungen	Wir sind jetzt dabei eine Seminarreihe oder eine Weiterbildungsmaßnahme zu initiieren, allerdings nur für die Gesundheitsförderer im Sozialversicherungsbereich, um dort Kompetenzen und Know-how zu schaffen. (Fall C: 286-287)	5
Servicestelle für Leistungsanbieter	• Inhaltliche und organisatorische Beratung • Vermittlung von Kontakten • Know-how Transfer • Erstellen von Handbüchern	Wir wollen auch eine größere Drehscheibe oder Servicestelle für externe Anbieter sein, wenn wir verstärkt Information in den Betrieben betreiben, hoffen wir natürlich dass mehr Leute auf die BGF aufspringen...(Fall I: 157-159).	2
Kooperations- und Vermittlungszentrum	• Mittler zwischen verschiedenen Ebenen • Aufbau und Unterstützung von Netzwerken • Schaffung von Infrastruktur	„Was ich sehr schön finde, es gibt eine sehr gute Kooperation der Träger untereinander.“ (Fall I: 75) „Was die Kooperation betrifft, sind alle Träger eingebunden. Es gibt ein österreichweites Netzwerk für Gesundheitsförderung. Das trifft sich einmal jährlich. Da sind alle Versicherungsträger vertreten... (Fall C: 117-119)	6
Forschungs- und Entwicklungszentrum	• Forschung zu GF/Gesundheitsthemen • Weiterentwicklung von Instrumenten und Produkten	„Wir machen sehr viel Entwicklungsarbeit, d.h. wir forschen auch zu diesem Thema.“ (Fall H: 12-13)	2

¹¹ Der Hauptverband hat andere Aufgaben und fällt somit als Geldgeber aus dieser Aufzählung heraus.

8.5. Settings und Zielgruppen

8.5.1. Settings

Gesundheitsförderung wird von den österreichischen Krankenversicherungen größeren Mengen an Personen angeboten (Gruppen, Lebenswelten oder Settings). „Wir glauben einfach, mit diesem Setting Ansatz erreichen wir die meisten Personen. Diese Individuen sind halt sehr schwer zu erreichen. Der Aufwand muss halt immer kalkuliert werden.“ (Fall H: 358-360). Individuelle Gesundheitsförderung wird eher weniger betrieben, da jeder Träger in mindestens einem Setting tätig ist. Eine Ausnahme stellen jene Träger dar, die ihre Versicherten nicht in Settings vorfinden. Es wurden im Zuge der Interviews fünf Settings genannt, in denen die Krankenversicherung tätig ist bzw. tätig werden will: Betrieb/Arbeitsplatz, Schule, Gemeinde/Stadt/Dorf, Krankenhaus und Kindergarten. „...die Settings, die wir ansprechen, sind in erster Linie Schule und Betrieb, weil das Settings sind, wo wir noch Gesunde antreffen. Sonst ist der Kontakt eben schon aufgrund einer Diagnose, einer Therapie...“ (Fall I: 46-48) Das Setting Krankenhaus wird in einigen Fällen zum Setting Betrieb gezählt. Die beiden sozialen Settings Schule und Betrieb sind eindeutig Schwerpunkt der Gesundheitsförderungsmaßnahmen, wobei auf betrieblicher Gesundheitsförderung noch mehr Gewicht liegt als auch Schule. Das hängt vielleicht mit der Geschichte dieser beiden Settings in Österreich zusammen. Die Servicestellen Schule gibt es in Österreich erst seit dem Jahr 2004 (in Oberösterreich schon früher), d.h. es wird hier hauptsächlich noch Pionierarbeit geleistet, während die BGF bereits seit zehn Jahren in Österreich betrieben wird.¹² Der Settingansatz wird von allen Trägern als vorteilhaft empfunden, da dadurch eine Personenmehrheit angesprochen werden kann, die durch individuelle Angebote oder Maßnahmen nicht so einfach erreicht werden kann.

„Ich meine, das klingt ganz schlimm und ganz hart, aber was bringt das, da einen Einzelnen irgendwo hin zu stecken, wenn man stattdessen Maßnahmen setzen kann, die ein ganzes Setting oder ein ganzes Umfeld betreffen? Das Sinnvollere ist sicher, Dinge zu gestalten, die gruppenorientiert sind. Man darf natürlich auch nicht vergessen, dass es auch individuelle Angebote geben muss.“ (Fall A: 359-364)

Die folgende Tabelle gibt Aufschluss darüber, in welchen Settings die befragten Träger tätig sind. Mit Ausnahme zweier Träger sind alle Befragten in Settings tätig. Die

¹² Zur Geschichte der BGF in Österreich siehe auch: Meggeneder, Oskar; Hirtenlehner, Helmut (2006): Zehn Jahre Betriebliche Gesundheitsförderung in Österreich. Forschungsstand-Strukturen-Entwicklungen. Mabuse: Frankfurt am Main.

Betriebskrankenkassen sind in einem Setting tätig (Betrieb), alle anderen Träger sind in 2-3 Settings aktiv.

Tabelle 10: Settings ¹³

Setting/Fall		A	B	D	E	F	G	H	I	J	Summe
Betrieb	sozial	1	0	1	0	1	1	1	1	1	7
Schule	sozial	1	0	1	0	0	0	1	1	0	4
Gemeinde	regional	1	1	0	0	0	1	0	0	0	3
Krankenhaus	sozial	0	1	1	0	0	0	0	1	0	3
Kindergarten	sozial	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Summe		3	2	3	0	1	2	2	3	1	17

1...operativ tätig; 0...nicht tätig

Das Setting Betrieb stellt, wie bereits erwähnt, für die österreichischen Krankenversicherungen das Schwerpunkt-Setting dar. 7 der 9 operativ tätigen Krankenversicherungen sind in diesem Setting tätig. Die Haupttätigkeit der Träger in den Betrieben besteht in der Beratung bzw. Betreuung der Unternehmen zu Gesundheitsthemen und zur betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF). In Österreich wird sowohl in kleinen als auch großen Betrieben BGF durchgeführt und die ExpertInnen schildern Projekterfahrungen aus allen drei Wirtschaftssektoren. So werden Wirtschaftsbetriebe, Industriebetriebe, Staatsbetriebe und viele mehr mit BGF bekannt gemacht. Die Betriebskrankenkassen versorgen ihre eigenen Betriebe mit Angeboten und sind daher nur in einem Setting tätig. Zum Setting Betrieb zählen laut ExpertInnen die erwerbstätige Bevölkerung, d.h. die aktiv Versicherten, die Mitversicherten und die Lehrlinge. Das Angebot der Krankenkassen in den Betrieben geht oft weit über die Beratungstätigkeit hinaus. Die Träger führen Gesundheitsbefragungen und Krankenstandsanalysen durch und werten diese im Zuge von BGF-Projekten aus. Sie stellen ModeratorInnen für Gesundheitszirkel in den Betrieben zur Verfügung und arbeiten bei der Maßnahmenentwicklung und –umsetzung in der Steuerungsgruppe mit. Zum Schluss sind sie mit der evaluierenden Stelle in Kontakt und spielen die Ergebnisse der Projekte an das Unternehmen zurück.

Zwei Träger arbeiten bewusst *nicht* im Setting Betrieb, da sie aus ihrer spezifischen Situation heraus ihre Versicherten auf diesem Weg nicht erreichen oder wenig bis gar keine Nachfrage für BGF besteht. Ein anderer Träger (Fall E) berichtet darüber, dass er über das

Setting Betrieb kaum seine Versicherten erreicht, da diese nicht an einem Ort arbeiten. Somit kommt dieses Setting für ihn nicht in Frage – er muss sich über andere Settings seinen Zielgruppen nähern.

Das Setting Schule stellt ebenfalls einen Schwerpunkt für die österreichischen Krankenversicherungen dar, jedoch bleibt es hinter dem Setting Betrieb weit zurück. „Mein nächster Punkt. Setting Schule. Das ist ein großer Brocken, wobei das bei uns nicht dasselbe Gewicht hat wie Betrieb.“ (Fall H: 258-259) Fünf Bundesländer haben sogenannte Servicestellen Schule eingerichtet, um in den jeweiligen Bundesländern als kompetente Ansprechpartner zur Verfügung zu stehen. 4 der 9 operativ tätigen Sozialversicherungsträger geben an, im Setting Schule tätig zu sein. Als Zielgruppen sollen in erster Linie die Schüler und Schülerinnen angesprochen werden, die sekundäre Zielgruppe stellen die Eltern bzw. die Familien der Kinder dar. „Ich habe jetzt auch ein Projekt gestartet für Volksschulen, das vor allem Kinder mit Migrationsstatus berücksichtigt, und da sind wir auch in der Konzeptionsphase aber es ist wieder im Setting Schule. Als Sekundärzielgruppe wollen wir damit auch die Eltern erreichen.“ (Fall H: 363-365) Zu den weiteren Zielgruppen schulischer Gesundheitsförderungsprojekte zählen die Lehrer und Lehrerinnen sowie die Direktion. „Unsere Zielgruppen sind schon Lehrer und Lehrerinnen auch, aber das Projekt ist ausgerichtet auf SchülerInnen. Dass SchülerInnen im Sinne der Partizipation auch mitwirken bei dem Projekt. Also nicht, dass es einfach nur Gesundheitserziehung ist, sondern Gesundheitsförderung in der Schule.“ (Fall H: 296-298)

Bei der schulischen Gesundheitsförderung geht es in erster Linie darum, Schülern Gesundheitsthemen und Risiken zu vermitteln und sie partizipativ an Gesundheitsförderungsprojekten teilhaben zu lassen. Im Endeffekt soll Gesundheitsförderung in die Philosophie der Schule integriert werden und nachhaltig in der Schule weitergeführt werden, selbst wenn das Projekt zu Ende ist.

„I: Worum geht es Ihnen da? Gesundheitsthemen in die Lehrpläne zu integrieren oder fächerübergreifend zu arbeiten? Oder geht's um das Verhalten einzelner Schüler? Turnunterricht?

B2: Man schaut immer, dass man einen Ausgleich hat zwischen verhaltenspräventiven und verhältnispräventiven Maßnahmen. Primär mal eine Bewusstseinsänderung, dass die Schüler auf die Gesundheit aufmerksam gemacht werden, dass sie einfach selbstbestimmt

¹³ Der Hauptverband ist nicht operativ tätig und scheint in dieser Tabelle auch deshalb nicht auf.

über die eigene Gesundheit handeln können, dass sie auch Einfluss darauf nehmen können. Das ist mal das primäre Grobziel. Und die unterschiedlichen Teilziele, die sind von Projekt zu Projekt unterschiedlich. Welchen Schwerpunkt die Schule legt, im Ernährungsbereich, im Bewegungsbereich, im psychosozialen Bereich..." (Fall I: 258-268).

Es gibt auch bereits Projekte, die zwei Settings verbinden. So wird im folgenden Fall z.B. ein Gesundheitsförderungsprojekt im Betrieb und in der Schule durchgeführt, wobei der Betrieb in diesem Fall die Schule ist. So können Erwachsene (die Lehrer und Lehrerinnen) und auch Kinder und Jugendliche erreicht werden. „Wobei wir sozusagen ein Pilotprojekt jetzt haben, wo wir eine Kombination haben mit Schule, d.h. ein Gesundheitsförderungsprojekt für Schüler und auch für Lehrer (Fall D: 28).

Das Krankenhaus wird als Setting eher weniger von den Krankenversicherungen in Angriff genommen. Drei der neun befragten Träger betreiben es mit dem Setting Betrieb mit und haben auch aktuell Gesundheitsförderungsprojekte in Krankenhäusern laufen, wie die folgenden Beispiele zeigen.

„I: Was ich noch fragen wollte, ist das Krankenhaus bei Ihnen bei BGF dabei?“

B: „Ja, ich begleite auch ein ganz großes Projekt im Landeskrankenhaus hier in der Stadt.“ (Fall I: 212-214)

„I: Sie haben bereits gesagt, Sie arbeiten im Setting Schule und Betrieb. Gibt es noch andere Settings, in denen Sie tätig sind? Gemeinde? Krankenhaus?“

B: Ja, Krankenhaus das ist mit dem Setting Betrieb abgedeckt. Wir haben sogar zwei Krankenhäuser, die wir aktuell in einem BGF Projekt betreuen..." (Fall D: 59-63).

Ähnlich wie im Setting Krankenhaus sind nur wenige Träger im Setting Gemeinde tätig. In vielen Bundesländern sind die Gemeinden selbst oder die jeweilige Magistratsabteilung für Gesundheitsanliegen zuständig und somit gibt es keinen Anlass für die Krankenversicherungen, in diesem Bereich tätig zu werden. Die Tätigkeiten überlappen sich und in einigen Fällen gibt es auch fruchtbare Kooperationen zwischen Gemeinde und Krankenversicherung, um dieses Setting zu erreichen (Fälle A, B und G). Ein Träger ist im Setting Gemeinde sehr aktiv: „Unser Hauptansatz ist eigentlich aufgrund unserer Projekte das Setting Dorf.“ (Fall B: 347) „Es gibt alle zwei Jahre glaub ich einen landesweiten Wettbewerb, wer ist die gesündeste Gemeinde im gesunden Dorf? Wo sind die besten Projekte?“ (ebd. 357-259). Andere Träger unterstützen Projekte im Setting Gemeinde nur

finanziell, sind aber selbst nicht in diesem Setting tätig. Andere geben ganz offen zu: „Im Setting Gemeinde sind wir eigentlich überhaupt nicht aktiv.“ (Fall D: 67).

Das Setting Kindergarten wird in Österreich von den befragten Trägern noch nicht erreicht. Keiner der befragten ExpertInnen gab ein aktuelles Projekt in einem Kindergarten an, jedoch gibt es seitens des Hauptverbandes Bestrebungen, in diesem Setting in Zukunft aktiv zu werden. „Kindergarten wäre eine Option für zukünftige Jahre. Wir haben den Bereich der Zahngesundheitsförderung, da ist halt der Bereich Kindergarten auch schon abgedeckt und es gibt Bemühungen und Bestrebungen auch schon im frühen Kindesalter Gesundheitsförderung im Settings Kindergarten Fuß zu fassen. Und dahingehend gibt es auch Überlegungen, die aber nicht sehr ausgereift sind und die noch ein bisschen entwickelt gehören, aber ist durchaus auch angedacht.“ (Fall C: 336-341)

8.5.2. Zielgruppen

Die Hauptzielgruppe aller Gesundheitsförderungsmaßnahmen stellt die Gruppe der versicherten Personen dar, d.h. die erwerbstätige Bevölkerung. „Zielgruppen, ich sag einmal die arbeitende Bevölkerung ist primäre Zielgruppe, ach ja und Lehrlinge, weil die da auch dabei sind, ganz intensiv sogar. Zielgruppe Kinder und Jugendliche ist erst im Kommen würde ich sagen. Erwerbstätige Bevölkerung so heißt das.“ (Fall A: 348-352)

Die Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen wird von den ExpertInnen ebenfalls häufig genannt. „Wir legen einen immer größer werdenden Schwerpunkt auch auf Prävention und Gesundheitsförderung bei Kindern.“ (Fall A: 163) Es gibt zahlreiche Gesundheitsförderungs- und Präventionsangebote für Kinder und Jugendliche, die von den Krankenversicherungen initiiert oder unterstützt werden. Hier einige Beispiele:

„Da gibt es auch etwas für die übergewichtigen Kinder, jetzt ist ja nicht mehr die Unterernährung nach dem Krieg sondern das Übergewicht das Problem. Da haben wir eben eigene Programme für Body Mass Index für Kinder, da schauen wir, ob die in Frage kommen, die werden gemessen und informiert...“ (Fall E: 92-95)

„...Kinder zwischen 4 und 10 Jahren zumindest einmal durch eine Zahngesundheitserzieherin betreuen lassen, also in den Kindergärten und in den Volksschulen...von einem Zahnarzt untersuchen lassen wie soll ich sagen unter Anführungszeichen auf Zahnfehlstellungen, auf Karies, auf Mundhygiene.“ (Fall B: 68-72)

„Und wir unterstützen Projekte zum Abnehmen bei Kindern und Jugendlichen, die ambulant durchgeführt wurden...war auch auf den klassischen Säulen eines Abnehmprogramms gestützt, Ernährungsumstellung, Bewegung und psychologische Betreuung mit medizinischer Begleitung und hat ca. ein halbes Jahr bis ein Jahr gedauert und die Zielgruppe waren eben Kinder und Jugendliche zwischen 8 und 16,17.“ (Fall G: 54-59)

„Es gibt etwas für die Kinder, da fahren wir in die Volksschulen. Es gibt etwas für die Jugendlichen, da machen wir Wirbelsäulensachen, da fahren wir auch in die landwirtschaftlichen Fachschulen, so erreichen wir die.“ (Fall E: 268-270)

Die Zahngesundheitsförderung bei Kindern wird oft im Zusammenhang mit der Zielgruppe Kinder und Jugendliche angeführt. „...was es schon seit langer Zeit gibt, das hat es eigentlich schon gegeben, bevor dieses Gesetz, also bevor die Gesundheitsförderung ins Gesetz aufgenommen worden ist, das ist die Zahnprophylaxe für Kinder.“ (Fall G: 33-35)

Gesundheitsförderungsprojekte mit Senioren und Seniorinnen werden von den ExpertInnen in den Interviews nur spärlich erwähnt. Vier der zehn befragten Krankenversicherungen bringen Projekte mit SeniorInnen zur Sprache. Diese befinden sich jedoch alle erst in der Konzeptionsphase. Einer der Träger befasst sich mit älteren ArbeitnehmerInnen.

I: D.h. Sie arbeiten hauptsächlich mit den Settings Betrieb und Schule und für bestimmte Zielgruppen bieten Sie auch etwas an? Z.B. für Ältere Menschen oder speziell Kinder und Jugendliche?

B: Wir sind schon immer dabei, unsere Angebote weiterzuentwickeln. Für ältere ArbeitnehmerInnen. Wir müssen auf unsere Versicherten schauen. Für die sind wir da. Das Thema ältere ArbeitnehmerInnen fällt für uns schon stärker ins Gewicht, das ist aber eher in der Konzeptionsphase... Für ältere Personen, Pensionisten an sich, ist mir nichts bekannt. Vielleicht in anderen Abteilungen aber von uns nicht. (Fall H: 342-350)

Ein anderer Träger berichtet: „Die Senioren sind als Thema wieder sehr im Gespräch momentan. Eh klar, weil die Gesellschaftspyramide so aussieht und die Senioren immer mehr werden. Wobei man immer schaut, dass man wo hin geht, wo man die Senioren zentral erreicht, sprich zusammenarbeitet mit Seniorenorganisationen, diversen Vereinen oder mit Kureinrichtungen.“ (Fall G: 159-162)

Viele Projekte der Krankenversicherungen beziehen sich auf Risikogruppen. Genannt werden RaucherInnen, DiabetikerInnen, übergewichtige Personen, PatientInnen mit Stoffwechselerkrankungen und viele mehr. Auch für diese Gruppen gibt es zahlreiche Angebote seitens der Träger. So gibt es eine „flächendeckende Betreuung der Diabetiker“ (Fall B: 79), „finanzielle Unterstützung für Schlaganfallpatienten“ (Fall G: 101-104), „Präventionskuren für Übergewichtige“ (Fall G: 46.49), „Projekte zur Prävention von Stoffwechselerkrankungen“ (Fall A: 140-145), „Raucherentwöhnung für Versicherte“ (Fall D: 72-76), „ambulante Diabetikerschulungen zum Umgang mit Spritzen, Medikamenten und Prophylaxe“ (Fall G: 91-94) oder „Anti-Raucher-Beratung für Kinder und Jugendliche“ (Fall H: 204-206).

Ein Träger erwähnt auch Zielgruppen, die noch nicht angesprochen wurden, aber in Zukunft wichtige Zielgruppen für Gesundheitsförderung darstellen werden: „Was sicher in Zukunft noch auf die Gesundheitsförderung zukommt sind so spezielle Zielgruppen wie MigrantInnen und aber auch arbeitslose Personen.“ (Fall H: 468)

8.6. Evaluation in der Gesundheitsförderung

Den Sozialversicherungsträgern wurde die Frage „Werden Ihre Leistungen im Gesundheitsförderungsbereich evaluiert?“ gestellt. Die Meinungen der ExpertInnen gehen zu dieser Frage auseinander. Viele sagen „Ja“ zur Qualität und zur Evaluation, andere jedoch streichen die praktischen Schwierigkeiten bei der Evaluation in der Gesundheitsförderung heraus.

Die ExpertInnen beschreiben sowohl formative und summative Evaluation. Die Ergebnisqualität beschreibt folgender Träger. „Das muss man halt im Vorhinein festlegen, was das Ergebnis sein soll. So weit sind wir im Moment. Also wir werden es für uns sicherlich machen, also überall, wo man Ziele vorgibt, Ziele definiert, definiert man auch, was man erreichen will.“ (Fall A: 193-195) Auch Prozessevaluation ist bei den österreichischen Krankenversicherungen üblich, vor allem bei größeren Projektvorhaben, wie folgender Fall zeigt: „Prozessevaluation sollte immer ansatzweise durchgeführt werden, dass man eine paar Daten über den Prozess hat.“ (Fall I: 371-372) „Es folgt eigentlich der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Wobei die Ergebnisqualität nicht nur der Output ist, sondern das Outcome in dem Sinne also Lebensqualität, Lebensjahre.“ (Fall A: 191-193)

Der Hauptverband gibt an, der Bereich der Evaluation liege in der Gesundheitsförderung zwar noch im argen, jedoch seien Verbesserungsmaßnahmen bereits in Planung.

I: Gut. Werden die Leistungen der einzelnen Gebietskrankenkassen vom Hauptverband evaluiert oder ist das nicht Ihre Aufgabe?

B: Ja, ist ein heikler Punkt. Das ist generell in der Gesundheitsförderung ein bisschen vernachlässigt worden in den letzten Jahren. Wird aber immer mehr Thema und wir sind auch bemüht, das in Zukunft umzusetzen, ein Konzept zu entwickeln dass man sagt, ok diese oder jene Dinge haben sich bewährt, haben was gebracht und einfach zu evaluieren. Das ist angedacht und sollte anlaufen heuer im Herbst. Also es gibt bereits Gespräche mit Universitäten, die da gemeinsam mit dem Hauptverband ein Konzept entwickeln, aber so wirklich Ergebnisse gibt's bis dato nicht. Aber man ist sich durchaus bewusst, sich dem Thema Qualitätssicherung und auch der Evaluation mehr zu verschreiben und dadurch eine Steigerung und die Effektivität der Gesundheitsförderung zu erhöhen. (Fall C: 371-382)

Die Wichtigkeit der Evaluation und der Qualitätssicherung ist also gegeben, d.h. die Qualität der Leistungen ist dem Hauptverband sowie den einzelnen Trägern ein wichtiges Anliegen.

Drei der zehn befragten Träger verfolgen ein klares Konzept der Evaluation. „Ich habe überhaupt kein Projekt ohne Evaluation, alle haben Evaluation. Manche eine Selbstevaluation und manche eine Fremdevaluation – je nach Größe.“ (Fall I: 369-370) „Wir sagen, Evaluation sollte auf jeden Fall stattfinden. Man will ja auch wissen, hat es was gebracht oder nicht und wie effizient die Maßnahmen waren.“ (ebd. 359-361) Ein anderer Befragter streicht heraus, dass Evaluation eine Voraussetzung für die Durchführung von Projekten sei. „...bei einem Förderansuchen an den FGÖ, da ist das ja auch ein Kriterium. Also wenn keine Evaluation durchgeführt wird, gibt es auch keine Förderung. Das ist auch grundsätzlich ein Qualitätskriterium. Das geht soweit, dass bei einem großen Projekt sogar eine externe Evaluation durchgeführt wird.“ (Fall D: 134-137) Ein anderer Träger führt Evaluationen bei bestimmten Projekten durch, bei anderen jedoch nicht. „Was die Kollegin noch gemacht hat im Präventionsbereich ist Anti-Raucherberatung. Ich bin mit der Evaluierung beauftragt und das rennt eigentlich sehr gut.“ (Fall H: 197-198) „Es gibt sicher durchaus Projekte, die nicht evaluiert werden. Aber wird immer mehr. (ebd. 483)

Bei anderen Trägern (40%) ist das Konzept der Evaluation nicht so klar. Es werden mangelnde Vorgaben beklagt und methodische Probleme angesprochen. „Es heißt eigentlich nur (Anmerk.: in den Bundesgesetzblättern), es müsse evaluiert werden, aber was ein Evaluationsstandard ist, steht nicht. Es ist auch relativ schwierig für unterschiedliche Bereiche Standards festzulegen.“ (Fall A: 185-187) Die nächsten beiden Fälle beschreiben sehr praktische Schwierigkeiten bei der Evaluation der Gesundheitsförderung.

„... man muss mal wissen, was man erreichen will, sonst kann man ja nichts evaluieren, hab ich gedacht, ja das ist bei uns wahnsinnig schwierig. Soll ich sagen, dass die um 20% weniger Kreuzweh haben? Ich weiß nicht, wie die anderen das machen. Beim Rauchen da geht's. Da kann ich sagen, ich will, dass weniger Leute rauchen, da kann man das eher noch mit Zahlen, aber in dem Bereich... (Fall E: 400-405)

„So kleine Aktivitäten, so wie das Projekt im Kindergarten mit der Zahngesundheitsförderung, das haben wir selbst gemacht. Soweit eine Evaluierung eben möglich ist in dem Rahmen. Man kann oft nichts machen außer fragen: Wie ist es gelaufen? Ist jetzt mehr Information? Sind die Kinder besser informiert? War die Organisation zufriedenstellend? ...Sehr viel mehr

kann man da nicht machen. Ich kann nicht abprüfen, ob der Zahngesundheitszustand der Kinder besser ist oder nicht. (Fall G: 434-440)

Trotz dieser Schwierigkeiten sind in Österreich durch die Initiative einer Kasse Qualitätssicherungsinstrumente entwickelt worden, die österreichweit Anerkennung gefunden haben: die BGF Charta, das Gütesiegel und der BGF Preis (ursprünglich BGF Oskar).

Die BGF Charta (eine Art Urkunde für das Unternehmen, die es möglichst zentral aufhängen oder positionieren soll) soll einem Betrieb, der sich dafür entschieden hat, BGF ins Unternehmen zu integrieren, von Anfang an zur Verfügung stehen, um transparent zu machen, dass er sich einer neuen Sache, nämlich der „Gesundheit im Betrieb“ angenommen hat. Innovative und hervorragende Projekte bekommen vom Netzwerk für BGF das BGF Gütesiegel verliehen. „Bei uns schaut das so aus, dass wir unterscheiden zwischen Projektgütesiegel und Implementierungsgütesiegel, d.h. wenn Projekte den Grundprinzipien entsprechen und zusätzlichen Kriterien, dann bekommt es ein Gütesiegel verliehen und als zweite Stufe gibt's dann noch ein Implementierungsgütesiegel, das Betriebe, die jetzt keine Projekte haben, die einfach „Gesundheit im Betrieb“ implementiert haben, dann bekommen die auch ein Gütesiegel aber immer nur für eine Laufzeit von drei Jahren. Dann ist es neuerlich zu beantragen.“ (Fall H: 114-120) Das dritte Qualitätssicherungsinstrument nennt sich BGF Preis und stellt die höchste Anerkennung in diesem Bereich dar. Um einen dementsprechenden Preis gewinnen zu können, ist es notwendig, dass Projekte, die eingereicht werden, bestimmten Qualitätskriterien entsprechen. Zu den Qualitätskriterien in der Gesundheitsförderung zählen Dokumentation, Evaluation, Ganzheitlichkeit, Integration und Nachhaltigkeit. Erstens muss der Projektablauf sowie Entscheidungen im Laufe des Projektes dokumentiert werden und zweitens muss eine Evaluation/Reflexion stattfinden. In der schulischen Gesundheitsförderung kann diese Reflexion so aussehen: „...Es gibt eine Projektreflexion, wo man einfach die Schüler fragt, wie wird das nach dem Schulnotensystem beurteilt. Was war gut? Was war weniger gut? Was nehmen sie sich mit? Was ist verbesserungswürdig?“ (Fall I: 385-387) Ganzheitlichkeit ist ebenfalls ein Qualitätsmerkmal von gesundheitsfördernden Projekten und meint das ausgeglichene Einsetzen von verhaltens- und verhältnispräventiven Maßnahmen. Weiters soll der Gedanke der Gesundheitsförderung in das Setting aufgenommen werden und dort dauerhaft integriert werden. Die Maßnahmen, die gesetzt werden, sollen von nachhaltiger Dauer sein, und auch nach Abschluss des Projektes noch im Setting bestehen bleiben.

Zusammenfassend gibt es sehr viele (Weiter-) Entwicklungen im Evaluationsbereich sowohl beim Hauptverband als auch bei den einzelnen Trägern. Die Wichtigkeit dieses Bereichs wird durchaus erkannt, es besteht jedoch noch enormer Aufholbedarf. Die österreichweiten Qualitätsinstrumente für BGF sind ein wichtiger und innovativer Schritt in Richtung Evaluationsstandards, die in ganz Österreich Anwendung finden können.

8.7. Blick in die Zukunft

Die Krankenversicherungsträger wurden nach zukünftigen Trends in der Gesundheitsförderung befragt. Der Leitfaden sah folgende Frage vor: „Wo sehen Sie in Zukunft Potenziale und Hindernisse in der Gesundheitsförderung? Sehen sie sich in Zukunft eher als Gesundheitsversicherung oder weiterhin als Krankenversicherung?“

Zur Frage, welche Potenziale, Chancen oder Herausforderungen die Krankenversicherungen vor sich sehen würden, konnten folgende Ergebnisse festgemacht werden: allgemeine Chancen in der Gesundheitsförderung, methodische Herausforderungen, Potenziale im Bezug auf Settings und Zielgruppen und eine adäquate Reaktion auf gesellschaftliche Entwicklungen.

Allgemeine Potenziale wie „mit den vorhandenen Ressourcen auskommen“, „Gesundheitsförderung österreichweit forcieren“, „Entwicklungsbarbeit leisten“ und „Gesundheitsförderung ausbauen“ sowie „Personal aufstocken“ wurden von den ExpertInnen genannt. Es wurde positiv angemerkt, dass das Österreichische Gesundheitsförderungsnetzwerk immer größer werde und somit den Stellenwert der Gesundheitsförderung auch in Zukunft forcieren werde. Ein Umdenkprozess in Richtung „Gesundheit“ und „Was hält den Menschen gesund“ sei zu erkennen, d.h. dass pathogene Denkweisen werden in den Hintergrund rücken. Eine besondere Herausforderung stelle auch die Tatsache dar, dass die einzelnen Träger nicht auf demselben Stand der Dinge seien und bei einigen Aufholbedarf bestehe. Dieses Defizit auszugleichen sei auch Ziel zukünftiger Bemühungen. „Und natürlich diesen Vorsprung, den andere Kassen haben, dieses Lack in dem manche Kassen noch sind, dass man das ausmerzt und da die Entwicklung forciert, um das Thema auch österreichweit zu verbreitern.“ (Fall C: 502-504)

Andere ExpertInnen weisen auf methodische Herausforderungen in der Zukunft der Gesundheitsförderung hin. „Eine besondere Herausforderung für die Zukunft sehe ich darin, Methoden zu entwickeln, diese Veränderungen auch definitiv messen zu können...Ich finde das sehr spannend, Methoden zu entwickeln, mit denen man sehen kann, welchen Effekt Gesundheitsförderung hat.“ (Fall A: 388-389; 392-394) Ein anderer Fall schildert die Herausforderung, MultiplikatorInnen für Gesundheitsförderung auszubilden, um die Qualität der Gesundheitsförderung weiterhin zu erhalten. „Man muss auch schauen, dass die Multiplikatoren gut geschult sind, die das weitergeben. Es gibt leider keine gesetzliche

Regelung für Gütesiegel, wobei man eh nicht weiß, ob das so gut ist, wenn alles gesetzlich geregelt ist, aber dass man weiß, wo sind die Vereine, wo die Leute wirklich gut ausgebildet sind.“ (Fall E: 502-505)

Vier der befragten ExpertInnen gaben auf die Frage „Wo sehen Sie in Zukunft Potenziale und Hindernisse in der Gesundheitsförderung?“ Potenziale im Bezug auf vermehrte Angebote für bestimmte Zielgruppen und Settings an. So z.B. der folgende Fall: „Ja wir werden verstärkt auf diese beiden Settings Schule und Betrieb setzen und – wie wir vorhin schon gesprochen haben – den Kindergarten da mitdenken und vielleicht auch einmal angehen. Das wären so unsere Schwerpunkte für die nächsten Jahre.“ (Fall C: 493-496). Die betriebliche Gesundheitsförderung ist auch für diesen Träger das wichtigste Potenzial: „Ich sehe für uns das Potenzial eben dort, wo wir momentan eh am meisten tätig sind, sprich am betrieblichen Sektor, weil der Zugang zu unseren Versicherten da am besten gegeben ist. Das ist das Setting, das wir am besten erreichen.“ (Fall G: 448-450) Außerdem wird in den nächsten Jahren auf spezifische Zielgruppen gesetzt, für die es derzeit noch keine Gesundheitsförderungsangebote gibt. „Was sicher in Zukunft noch auf die Gesundheitsförderung zukommt sind, so spezielle Zielgruppen wie MigrantInnen und aber auch arbeitslose Personen. Der Bereich Kinder und Jugendliche ist sicher ausbaufähig...“ (Fall H: 467-469)

Die Kassen haben auch in Zukunft damit zu tun, auf die Entwicklung der Bevölkerung zu reagieren und sich gesellschaftlichen Herausforderungen zu stellen. In erster Linie gilt es, auf die aktuellen epidemiologischen Daten zu reagieren und die „Todesursachen Nummer Eins“ zu bekämpfen. Darunter fallen Stoffwechselerkrankungen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie Krebs (Fall A). Die Themen Stress und psychische Gesundheit, Rauchen und Adipositas gewinnen auch immer mehr an Bedeutung (Fall C). Demographische Entwicklungen stellen ebenfalls neue Herausforderungen für die Sozialversicherung dar. „Und die Gesundheitsförderung für Ältere, die länger leben, da wird auch ein Brocken auf uns zukommen, nicht was die Pflege betrifft – da sind wir nicht so zuständig – aber was die Gesundheitsförderung betrifft. Durchaus ein Feld, auf dem man sich weiterentwickeln muss.“ (Fall H: 470-473)

Einige ExpertInnen sahen jedoch auch wesentliche Hindernisse bzw. Stolpersteine auf dem zukünftigen Weg der Gesundheitsförderung. So wurde die Überlappung mit dem Wellness Bereich als problematisch benannt, da in Zukunft vermehrt Augenmerk darauf gelegt werden müsse, dass die Qualität der Gesundheitsförderung z.B. nicht unter schlecht qualifizierten WellnesstrainerInnen leide. Die Sozialversicherung müsse sich auch klar gegen die Wellness

– Bewegung abgrenzen (Fall E). Außerdem wurden die spärlich bemessenen finanziellen Mittel der Träger für Gesundheitsförderung als Stolperstein genannt (Fälle G und J).

Die Frage, ob sich die Träger in Zukunft als „Gesundheitsversicherung“ „Krankenversicherung“ bezeichnen würden, ergab, dass sich vier der Befragten bereits zum Zeitpunkt der Befragung oder in naher Zukunft als Gesundheitsversicherung bezeichnen wollten.

„Wir sehen uns natürlich mehr als Gesundheitsversicherung und nicht als Krankenversicherung.“ (Fall A: 380-381)

„Also der Trend geht hier in Richtung Gesundheitskasse.“ (Fall D: 164)

I: „Sehen Sie sich eher als Gesundheitsversicherung oder als Krankenversicherung?“

B: „Ich hoffe, langfristig muss das auf die andere Seite wechseln. Das geht ja gar nicht. Ich bin eben ein visionärer Mensch. Ich persönlich bin davon überzeugt, dass das langfristig auf jeden Fall passieren wird. Es weist für mich alles darauf hin.“ (Fall E: 482-485)

„Wir sind ja dem Gesetz nach zuständig großteils für Krankenbehandlung, aber die Kasse ist ja auch schon seit längerer Zeit Gesundheitskasse und als solche bezeichnen wir uns auch sehr gerne. Und als Gesundheitskasse wollen wir natürlich die Gesundheitsförderung forcieren, wobei man das Kerngeschäft der Krankenversicherung nie außer Acht lassen darf.“ (Fall I: 377-381)

Die Mehrheit, d.h. 6 der interviewten Krankenversicherungen machten jedoch klar, dass das Hauptgeschäft der Krankenversicherung, nämlich die Krankenbehandlung, im Vordergrund stehe und die Gesundheitsförderung nur ein Nebengeschäft darstellen würde. Das folgende Beispiel verdeutlicht diese Sichtweise. „Es ist unsere Hauptaufgabe, schauen Sie, es ist nun mal unsere Hauptaufgabe, Krankheiten zu beseitigen. Da kann man jetzt reden, was man will.“ (Fall B: 549-550) Die untenstehende Darstellung legt die Problematik dieser Thematik offen:

I: „Sehen Sie sich in Zukunft eher als Gesundheitsversicherung oder weiterhin als Krankenversicherung?“

B: „Heikles Thema, wird heftigst diskutiert. Aber unser gesetzlicher Auftrag ist primär der, der Krankenversicherung. Die Gesundheitsförderung ist ja nur eine Pflichtaufgabe, sprich Sie haben da keinen individuellen Anspruch darauf. Aber wir wissen durchaus, dass das Thema

wichtig ist, auch wichtig ist für unsere Sozialversicherung, um zukünftige Kosten einzusparen auch im Hinblick auf die demographische Entwicklung.“ (Fall C: 506-513)

So kann zusammenfassend der Schluss gezogen werden, dass die Verwendung der positiven Bezeichnung „Gesundheitsversicherung“ von der Mehrheit der Versicherungsträger nicht angestrebt wird, wobei 40% dennoch einen starken Trend in diese Richtung sehen. Derzeit steht jedoch das Kerngeschäft der Krankenbehandlung sowohl im Gesetz als auch im Leistungskatalog im Vordergrund der Krankenversicherungen. Die Gesundheitsförderung stellt einen enorm wichtigen Bereich dar, der mittlerweile aus dem Arbeitsbereich der Versicherungen nicht mehr wegzudenken ist.

8.8. Zusammenfassung

Die wesentlichsten Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen Theorie und Umsetzung der Gesundheitsförderung aus der Perspektive der Krankenversicherungen seien hier nochmals zusammenfassend dargestellt:

Zwischen den Trägern bestehen bundesländerspezifische Unterschiede. Die Charakteristika der Bevölkerung (z.B. Alter, Erwerbstätigkeit) sind in manchen Bundesländern einzigartig und fordern daher verschiedene Herangehensweisen in der Gesundheitsförderung. Außerdem sind die Krankenversicherungsträger selbst unterschiedlich beschaffen. Der größte und der kleinste Träger verfügen über mehr oder weniger Abteilungen, personelle Ressourcen, finanzielle Rücklagen usw. Die Versicherten unterscheiden sich ebenfalls je nach Krankenversicherung. So haben die Gebietskrankenkassen ein breites Spektrum an erwerbstätigen und mitversicherten Personen im jeweiligen Bundesland zur Verfügung, während die Sondersicherungsträger ihre Versicherten nur in bestimmten Betrieben (z.B. Bauernhöfe, Ministerien, Schulen usw.) wiederfinden.

Ein weiteres wichtiges Unterscheidungsmerkmal der Krankenversicherungen ist ihr Erfahrungsschatz. Einige Kassen arbeiten bereits mehr als zehn Jahre im Bereich der Gesundheitsförderung und gelten zurecht als Pionierkassen, andere wiederum sind erst seit wenigen Jahren in diesem Feld tätig und weisen einen Mangel an Personal und Erfahrung auf.

Jedem Träger wird freie Wahl in der Setzung seiner Schwerpunkte gewährt. So haben die meisten Träger das Schwerpunktsetting Betrieb oder Schule gewählt, andere engagieren sich im Setting Stadt oder Krankenhaus.

Einige Krankenversicherungen haben der „Zusatzleistung“ Gesundheitsförderung eine eigene Abteilung gewidmet, andere haben sie an bestehende (meist Präventions-) Abteilungen angedockt, wiederum andere haben die Leistung per se ausgelagert und betreiben sie gar nicht selbst, d.h. sie haben strategisches Einkaufen betrieben und Gesundheitsförderung z.B. an einen Fonds ausgelagert.

Während die Krankenversicherungen alle verschieden aufgebaut sind, werden sie doch von einigen Gemeinsamkeiten geprägt.

Allen gesetzlichen Krankenversicherungen steht der Hauptverband als Dachorganisation zur Verfügung. Dadurch sind sie in ein gemeinsames Gesundheitsförderungsnetzwerk eingebunden.

Zu den Gemeinsamkeiten zählt außerdem die Tatsache, dass allen Trägern dieselben gesetzlichen Bestimmungen zur Gesundheitsförderung zugrunde liegen. Gesundheitsförderung gilt für alle Träger als Pflichtaufgabe laut ASVG.

Ein verbindendes Element liegt auch darin, dass bei allen Kassen in der Umsetzung der Gesundheitsförderung Überschneidungen mit der Prävention vorliegen. Die angesprochenen Zielgruppen sind für alle Träger in erster Linie ihre Versicherten bzw. Mitversicherten.

Abschließend ist noch anzumerken, dass die sozialen Krankenversicherungen bis dato keine Kooperationen mit privaten Krankenversicherungen eingehen, mit anderen Akteuren im Gesundheitssystem jedoch schon.

Salutogenese ist ein weit verbreiteter Ansatz in Österreich, d.h. die Grundlagen der Salutogenese sind innerhalb der Trägerorganisationen bekannt. In der Praxis wird eine eher akteurstheoretische Zugangsweise zur Gesundheitsförderung betrieben.

Durch die starke Gegenwärtigkeit der Prävention und der Rehabilitation wird nach wie vor der Code „gesund-krank“ anstelle von „optimale Gesundheit – suboptimale Gesundheit“ verwendet. Der Weg zu einer gesundheitsorientierten Sozialversicherung ist noch nicht bis zum Ende bestritten.

Gesundheitsförderung in Settings ist die Kernstrategie der Gesundheitsförderung in Österreich – sowohl in der Literatur (vgl. Brösskamp-Stone et al 1998) als auch in der Praxis der Krankenversicherungen. Projekte in den Settings Betrieb und Schule blühen auf. Internationale Dokumente, wie die Ottawa Charta oder die Luxemburger Deklaration, die auf internationaler Ebene weite Anerkennung gewonnen haben (vgl. Brösskamp-Stone et al.1998), werden auch in der Praxis umgesetzt (Partizipation, Nachhaltigkeit usw.), was von einer hohen Qualität der Projekte und Initiativen spricht.

Die ersten drei Handlungsebenen der Gesundheitsförderung (Individuen, Gruppen und Gemeinschaften, Organisationen und Institutionen – siehe Kapitel 4.4.1) werden auch in der Praxis angesprochen. Je komplexer das Setting (Lebenswelten, Politik) desto weniger dicht sind jedoch Projekte gesät. Zu den fehlenden Settings zählen der Kindergarten und die Familie. Die Zielgruppen der Erwerbstätigen, der Kinder und Jugendlichen sowie RisikopatientInnen stellen die wesentlichsten Zielgruppen der Gesundheitsförderung der Krankenversicherungen dar. MigrantInnen oder ältere Menschen stehen noch etwas im Abseits.

9. Diskussion der Ergebnisse

9.1. Resüme

Gesundheit stellt kein von allen Disziplinen einheitlich definiertes Konzept dar (Kapitel 2). Gesundheit ist komplex und vielschichtig und liegt nicht nur in der Verantwortung von Individuen sondern steht auch unter dem (salutogenen oder pathogenen) Einfluss der jeweiligen Lebenswelt/Umwelt, in der Menschen leben, arbeiten und wohnen. Diese Dualität wird auch in der Wissenschaft häufig diskutiert (Kapitel 3). Mikrosoziologische Ansätze stellen die individuelle Gesundheit und die Förderung von Ressourcen (wie Verstehbarkeit, Handhabbarkeit, Bedeutsamkeit) in den Vordergrund (Kapitel 3.1) und andere wiederum betonen die Einflussnahme von Systemen, Lebenswelten und Umwelten auf die menschliche Gesundheit (Kapitel 3.2). Ein Gesundheitsgleichgewicht auf diesen beiden Ebenen herzustellen ist Teil des Konzepts der Gesundheitsförderung (Kapitel 4). Im Vergleich zur Prävention versucht die Gesundheitsförderung nicht, Krankheiten zu vermeiden und Risiken zu minimieren, sondern Gesundheitspotenziale zu steigern. Es handelt sich demnach um ein aktives Verfahren im Gegensatz zur Prävention und der Kuration (reaktive Verfahren).

Die Gesundheitsförderung ist ein sozialpolitisches Instrument, das sich im internationalen Kontext (Kapitel 4.3) entwickelt hat. Im Jahr 1986 wurde mit dem Beschluss der Ottawa Charta auf der ersten internationalen Gesundheitsförderungskonferenz ein Meilenstein in der Gesundheitsförderung gesetzt. Das Aufkommen des Setting-Ansatzes in der Gesundheitsförderung (Brösskamp- Stone et al. 1998) oder die Luxemburger Deklaration aus dem Jahr 1997 stellen internationale Meilensteine in der Gesundheitsförderung dar, die auch die Praxis der Gesundheitsförderung der Krankenversicherungen heute beeinflusst haben. Gesundheitsförderung kann auf verschiedenen Handlungsebenen angesetzt werden und unterschiedliche Zielgruppen und Settings erreichen (Kapitel 4.4). In Österreich wird die Gesundheitsförderung von verschiedenen sozialpolitischen Akteuren betrieben, wobei die soziale Krankenversicherung in der vorliegenden Arbeit zur Analyse ausgewählt wurde (Kapitel 5), da diese zu 99% der österreichischen Bevölkerung über die Versicherungspflicht Zugang haben. In Österreich sind die gesetzlichen Regelungen (§154b ASVG 1992; GfG Gesundheitsförderungsgesetz 1998) der wichtigste Ansporn für die Krankenversicherungen, Gesundheitsförderung umzusetzen. Etwaige Änderungen und Maßnahmen, die zur Forcierung der Gesundheitsförderung von Seiten der Krankenversicherungen beitragen könnten, sind daher auch *auf der Gesetzesebene* zu setzen, nämlich in Form einer Gesetzesänderung von einer Pflichtaufgabe zu einer Pflichtleistung (Kapitel 6).

Die Hälfte der befragten Krankenversicherungen gaben an, dass die gesetzliche Änderung im Jahr 1992 für sie ausschlaggebend gewesen sei für die Einführung der Gesundheitsförderung in ihre Kasse (Kapitel 8.1). In den 1990er Jahren wurden erstmals auch eigene Posten und Abteilungen für Gesundheitsförderung geschaffen. Die personellen Ressourcen der Träger sind jedoch bis heute gering, im Durchschnitt beschäftigen die befragten Kassen 1-2 Personen im Bereich der Gesundheitsförderung (Kapitel 8.2). Das Verständnis von Gesundheit und Gesundheitsförderung ist sowohl in den wissenschaftlichen Disziplinen (Kapitel 2) als auch bei den befragten Krankenversicherungsträgern heterogen (Kapitel 8.3). Das Verständnis der Gesundheitsförderung orientiert sich stark am Gesundheitsbegriff der WHO und der Definition der Ottawa Charta. Die Krankenversicherungen nehmen alle in Kapitel 5 in der Literatur definierten Funktionen in der Gesundheitsförderung ein (Kapitel 8.4). Dabei besteht ihr Beitrag hauptsächlich in der *Informationsweitergabe* an die Versicherten und deren Mitversicherte (u.a. in Form von Merkblättern zum richtigen Heben und Tragen, Broschüren über „Gesundes Arbeiten im Betrieb“, Newsletter zum Thema „Gesundheitsförderung in der Schule“, das Magazin „Gesundes Kärnten“, Plakate zur Raucherentwöhnung, Broschüren zur Brustkrebsvorsorge usw.) und dem *direkten Angebot von Gesundheitsleistungen* (Projekte zur Gesundheitsförderung, präventive Angebote, gesunde Ernährung oder Wirbelsäulengymnastik um nur einige zu nennen). Ohne den Settingsansatz (Kapitel 8.5.1) ist die Praxis der Gesundheitsförderung aus der Sicht der Krankenversicherungen nicht mehr denkbar. Alle befragten Träger arbeiten in bestimmten Settings und mit spezifischen Zielgruppen (Kapitel 8.5.2), wobei der Schwerpunkt bei vielen darauf liegt, gesundheitsfördernde Settings zu schaffen und nicht einfach „nur“ Gesundheitsförderung in verschiedenen Settings zu betreiben. Dabei dominieren die Settings Betrieb und Schule sowie die Zielgruppen der erwerbstätigen Bevölkerung und der Jugendlichen/Kinder. Benachteiligte Gruppen und MigrantInnen stehen noch etwas im Abseits. Die Wichtigkeit der Evaluation in der Gesundheitsförderung wird bei einigen befragten Trägern durchaus erkannt (Kapitel 8.6), jedoch herrschen auch praktische Barrieren für die Evaluation vor (Messprobleme, methodische Unklarheiten etc.). Vier der zehn befragten Krankenversicherungen nennen bzw. sehen sich bereits als „Gesundheitsversicherung“ und unterstützen den Umdenkprozess von einer durch Krankenbehandlung dominierte Sozialversicherung zu einer salutogen geprägten Gesundheitsversicherung. Andere bleiben allerdings bei der herkömmlichen Bezeichnung der „Krankenversicherung“ (Kapitel 8.7).

9.2. Beantwortung der Forschungsfragen

Wie erfolgt nun die Integration der Gesundheitsförderung in eine von Krankenbehandlung dominierte Sozialversicherung?

Die Einführung der Gesundheitsförderung in die österreichische Sozialversicherung erfolgte aufgrund wesentlicher internationaler Meilensteine in der Gesundheitsförderung, den internationalen Gesundheitsförderungskonferenzen und der gesetzlichen Verankerung der Gesundheitsförderung im Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz im Jahr 1992. Vor den 1990er Jahren gab es bei den österreichischen Krankenversicherungen noch keinen Schwerpunkt auf Gesundheitsförderung, daher wurde „lediglich“ Prävention betrieben. Heute stellt sich das Verhältnis von Prävention und Gesundheitsförderung eher folgendermaßen dar: Aus den Ergebnissen der empirischen Untersuchung gewinnt man den Eindruck, dass Krankenkassen, die Gesundheitsförderung sehr extensiv betreiben (Fall A, C, D, H, I), keinen Schwerpunkt auf Prävention legen, während jene Kassen, die der Gesundheitsförderung einen eher geringen Stellenwert zuschreiben (Fall B, E, F, G), eher präventive Angebote forcieren. Die Annahme, dass die Prävention der Gesundheitsförderung „hilft“, in den österreichischen Krankenkassen Fuß zu fassen, kann aufgrund der vorliegenden Ergebnisse nicht bestätigt werden.

9.3. Ausblick

Aus der vorliegenden Arbeit konnten weitere Forschungsideen abgeleitet werden, die für zukünftige Forschungsvorhaben von Interesse sein könnten:

- Wer sind die „Gesundheitsförderer“ in der österreichischen Sozialversicherung? Welche Ausbildungen bzw. welche Expertise haben sie und aus welchen Disziplinen stammen sie? Welche Anforderungen stellt das möglicherweise im Entstehen begriffene neue Berufsbild der „Gesundheitsförderer“?
- Sind die gesetzlichen Bestimmungen zur Gesundheitsförderung ausreichend und wie müssten sie verändert werden, um die Gesundheitsförderung in Österreich weiter voranzutreiben?
- Inwiefern könnten einheitliche Definitionen von Prävention und Gesundheitsförderung die Arbeit der Gesundheitsförderer in der Praxis erleichtern? Wie könnten fundierte, evidenzbasierte Evaluationsmethoden aussehen, die die Qualität der bestehenden Gesundheitsförderungsangebote sicherstellen könnten?

- Wie könnte die Zusammenarbeit von Wissenschaft und Praxis in der Gesundheitsförderung aussehen? Wie könnte die Sozialversicherung vom gezielten Einsatz gemischter Teams in den Kassen (WissenschaftlerInnen und PraktikerInnen) profitieren?

10. Literaturverzeichnis

- Amann, Gabriele; Wipplinger, Rudolf (1998): Gesundheitsförderung. Ein multidimensionales Tätigkeitsfeld. Tübingen: Dvgt-Verlag.
- Antonovsky, Aaron (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Dt. erw. Hrsg. von Alexa Franke. Tübingen: dgvt-Verlag.
- Badelt, Christoph; Österle, August (2001): Grundzüge der Sozialpolitik. Spezieller Teil Sozialpolitik in Österreich. Wien: Manzsche Verlags- und Universitätsbuchhandlung.
- Badura, Bernhard (1999): Perspektiven einer interdisziplinären Gesundheitsforschung. Das Beispiel der betrieblichen Gesundheitsförderung. In: Schlicht, Wolfgang; Dickhut, HansHermann; Badura, Bernhard; Bock, Klaus Dietrich; von Engelhardt, Dietrich (Hrsg): Gesundheit für alle. Fiktion oder Realität? Schorndorf: Hoffmann; Stuttgart; New York: Schattauer, S. 239-249.
- Baric, Leo; Conrad, Gunter (1999): Gesundheitsförderung in Settings. Konzept, Methodik und Rechenschaftspflichtigkeit zur praktischen Anwendung des Settingsansatzes der Gesundheitsförderung. Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung G. Conrad.
- Bischof, Hans Peter (1997): Bedingungen und Möglichkeiten der förderativen Zusammenarbeit im Bereich der Gesundheitsförderung. In: Dür, Wolfgang; Pelikan, Jürgen M. (Hg.): Gesundheitsförderung regional. Projekte aus den österreichischen Bundesländern. Wien: Facultas- Universitäts- Verlag.
- Bittner, Franz (2005): Betrachtung zur Entwicklung der Krankenversicherung. In: Soziale Sicherheit. Fachzeitschrift der österreichischen Sozialversicherung. 58. Jahrgang. 09/2005. 373-385.
- Brösskamp – Stone, Ursel; Kickbush, Ilona; Walter, Ulla (1998): Gesundheitsförderung und Prävention. In: Schwartz, Friedrich Wilhelm; Badura, Bernhard; Leidl, Reiner; Raspe, Heiner; Siegrist, Johannes (Hrsg.): Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. München, Wien, Baltimore: Urban und Schwarzenberg, S. 141-150.
- BMSG (2001): Das Gesundheitswesen in Österreich. Wien: Bundesministerium für Soziale Sicherheit und Generationen.

- BZGA Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.) (1996): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung. Schwabenheim a. d. Selz: Verlag Peter Sabo.
- Demmer, Hildegard (1993): Entwicklungsperspektiven der betrieblichen Gesundheitsförderung. In: Pelikan, Jürgen M.; Demmer, Hildegard; Hurrelmann, Klaus (Hrsg.): Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung. Konzepte, Strategien und Projekte für Betriebe, Krankenhäuser und Schulen. Weinheim; München: Juventa- Verlag, S. 74-84.
- Dészy, Josef (1985): Gesundheitsreport. Kritischer Situationsbericht über unser Gesundheitswesen. Wien: Verlag Wilhelm Maudrich.
- Duden (1974): Fremdwörterbuch. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Duden (2001): Herkunftswörterbuch. Etymologie der deutschen Sprache. 3. völlig neu bearbeitete und erweiterte Auflage. Mannheim: Bibliographisches Institut & F.A. Brockhaus AG.
- Dür, Wolfgang; Pelikan, Jürgen M. (Hg.) (1997): Gesundheitsförderung regional. Projekte aus den österreichischen Bundesländern. Wien: Facultas- Universitäts-Verlag.
- Egger, Barbara (2000): Gesundheitswesen in Österreich. Gegebenheiten, Tendenzen, Entwicklungen. Wien: Volkswirtschaftliche Verlags- Ges.m.b.H.
- Fonds Gesundes Österreich (2005): Arbeitsprogramm 2005. Unter: <http://www.fgoe.org/hidden/broschueren/arbeitsprogramm2005.pdf/view> Zugriff 2006-10-30
- Forster, Rudolf; Krajic, Karl; Pelikan, Jürgen M. (2004): Reformbedarf und Reformwirklichkeit des österreichischen Gesundheitswesens. In: Meggeneder, Oskar (Hrsg.): Reformbedarf und Reformwirklichkeit des österreichischen Gesundheitswesens. Was sagt die Wissenschaft dazu? Frankfurt am Main: Mabuse Verlag, S. 33-66.
- Grasböck, Martina (2004): Psychosoziale Gesundheitsförderung in der Schule. Vorhandene und erforderliche Maßnahmen zur Förderung der psychosozialen Gesundheit von 11- bis 14-Jährigen in Oberösterreich. Linz: Magisterarbeit.
- Grass, Marion (1999): Gesundheitsförderung in Europa. Ein Überblick über Grundlagen und Praxis. Wien: Magisterarbeit.

- Greiner, Birgit A. (1998): Der Gesundheitsbegriff. In: Bamberg, Eva; Ducki, Antje; Metz, Anna-Marie (Hrsg.): Handbuch Betriebliche Gesundheitsförderung. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie, S. 39-55.
- Gröschel, Claudia (1996): Die politische Verankerung der Gesundheitsförderung in Deutschland und Österreich. Aktuelle Weichenstellungen und Perspektiven (ein Systemvergleich). Hannover: Medizinische Hochschule Hannover, Magisterarbeit.
- Gröschel, Claudia (1999): Prävention und Gesundheitsförderung: Die strategische Positionierung der Sozialversicherung. Soziale Sicherheit, 52.
- Grossman, Ralph (1996): Einleitung. S. 7-20. In: Grossman, Ralph (Hg.): Gesundheitsförderung und Public Health. Öffentliche Gesundheit durch Organisationen entwickeln. Wien: Facultas.
- Hildebrandt, Helmut; Trojan, Alf (1988): Gesundheitsförderung und Krankenkassen. KrV. S. 63-74
- Hofmarcher, Maria; Rack, Herta (2001): Gesundheitssysteme im Wandel. Österreich.WHO Regionalbüro für Europa im Auftrag des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik.
- Hofmarcher, Maria M.; Rack, Herta M. (2006): Gesundheitssysteme im Wandel: Österreich. WHO Regionalbüro für Europa im Auftrag des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik.
- Kühn, Hagen (1993): Healthismus. Eine Analyse der Präventionspolitik und Gesundheitsförderung in den U.S.A. Berlin: Ed. Sigma.
- Kühn, Hagen; Rosenbrock, Rolf (1994): Präventionspolitik und Gesundheitswissenschaften. Eine Problemskizze. In: Rosenbrock, Rolf; Kühn, Hagen; Köhler, Barbara Maria (Hg.): Präventionspolitik. Gesellschaftliche Strategien der Gesundheitssicherung. Berlin: Ed. Sigma, S. 29-53.
- Lamnek, Siegfried (1995): Qualitative Sozialforschung. Band 2. Methoden und Techniken. Weinheim: Beltz, Psychologie Verlags Union.
- Liebold, Renate; Trinczek, Rainer (2002): Experteninterview. In: Kühl, Stefan; Strodtholz, Petra (Hg.): Methoden der Organisationsforschung. Ein Handbuch. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt, S. 33-71.
- McKee, Martin; Dehnoij, Diana M. J.; Brand, Helmut (2004): Prevention and public health in social health insurance systems. In: Saltman, Richard B. (Hrsg.): Social

- Health Insurance systems in Western Europe. Berks: Open University Press, S. 267-280.
- Medizinische Universität Graz (Hrsg.) (2003): Universitätslehrgang Public Health. Management in der Krankenversorgung und Gesundheitsförderung. Kursbuch 2004 –2006. Master of Public Health. Graz: Medizinische Universität Graz.
- Meggeneder, Oskar (1996): Gesundheitsförderung im Betrieb durch Krankenkassen. In: Grossman, Ralph: Gesundheitsförderung und Public Health. Öffentliche Gesundheit durch Organisation entwickeln. Wien: Facultas- Universitätsverlag, S. 94-107.
- Meuser, Michael; Nagel, Ulrike (2005): ExpertInneninterviews – vielfach erprobt, wenig bedacht. Ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion. In: Bogner, Alexander; Littig, Beate; Menz, Wolfgang (Hg.): Das Experteninterview – Theorie, Methode, Anwendung. Opladen: Leske und Budrich, S. 71-99.
- Naidoo, Jennie; Wills, Jane (2003): Lehrbuch der Gesundheitsförderung. Umfassend and anschaulich mit vielen Beispielen und Projekten aus der Praxis der Gesundheitsförderung. Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.
- Noack, Richard Horst: (1996): Old Public Health – New Public Health. Stand und Entwicklungen der gesundheitswissenschaftlichen Ausbildung und Forschung in Europa und Nordamerika. S. 349-359. In: Grossman, Ralph (Hg.): Gesundheitsförderung und Public Health. Öffentliche Gesundheit durch Organisationen entwickeln. Wien: Facultas.
- ÖBIG; Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (Hrsg.) (2004): Öffentliche Ausgaben für Prävention und Gesundheitsförderung in Österreich 2001. Wien: Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen.
- Pelikan, Jürgen M; Krajic, Karl (1993): Gesundheitsförderung im und durch das Krankenhaus. Konzepte und Strategien, Projekte und Netzwerke. In: Pelikan, Jürgen M.; Demmer, Hildegard; Hurrelmann, Klaus (Hrsg.): Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung. Konzepte, Strategien und Projekte für Betriebe, Krankenhäuser und Schulen. Weinheim; München: Juventa- Verlag, S. 85-99.
- Pelikan, Jürgen M.; Demmer, Hildegard; Hurrelmann, Klaus (Hrsg). (1993): Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung. Konzepte, Strategien und

Projekte für Betriebe, Krankenhäuser und Schulen. Weinheim; München: Juventa-Verlag.

Pelikan, Jürgen M.; Halbmayer, Ernst (1999): Gesundheitswissenschaftliche Grundlagen zur Strategie des gesundheitsfördernden Krankenhauses. In: Pelikan, Jürgen M.; Wolff, Stephan (Hrsg.): Das gesundheitsfördernde Krankenhaus. Konzepte und Beispiele zur Entwicklung einer lernenden Organisation. Weinheim; München: Juventa-Verlag, S. 13-36.

Pelikan, Jürgen M. (2007): Understanding differentiation of health in late modernity – by use of sociological systems theory. In: Kickbush, I.; McQueen, D. (Hg.): Health and Modernity. The Role of Theory in Health Promotion. Berlin: Springer.

Rechtsinformationssystem a) Allgemeines Sozialversicherungsgesetz. <http://www.ris.bka.gv.at> Zugriff 2005-12-27.

Rechtsinformationssystem b) Bundesrat – 547. Sitzung – 12. Dezember 1991. Zur 50. ASVG Novelle. <http://www.ris.bka.gv.at> Zugriff 2006-07-17.

Rechtsinformationssystem c) Gesundheitsförderungsgesetz. <http://www.ris.bka.gv.at> Zugriff 2005-12-27.

Rechtsinformationssystem d) RIS 1043 der Beilagen zu den Sitzungsprotokollen des Nationalrates XX. GP. Regierungsvorlage. Bundesgesetz über Maßnahmen und Initiativen zur Gesundheitsförderung, -aufklärung, -information (Gesundheitsförderungsgesetz GfG). 20.01.1998. http://www.fgoe.org/hidden/downloads/GFG_98.pdf Zugriff 2005-12-27.

Reiners, Hartmut (1994): Zuständigkeiten und Kompetenzen in der gesundheitlichen Prävention: Eine organisierte Verantwortungslosigkeit? In: Rosenbrock, Rolf; Kühn, Hagen; Köhler, Barbara Maria (Hg.): Präventionspolitik. Gesellschaftliche Strategien der Gesundheitssicherung. Berlin: Ed. Sigma, S. 96-114.

Saltman, Richard B.; Dubois; Hans F. W. (2004): The historical and social base of social health insurance systems. In: Saltman, Richard B. (Hrsg.): Social Health Insurance systems in Western Europe. Berks: Open University Press, S. 21-32.

Simon, Fritz B. (1995): Die andere Seite der Gesundheit. Ansätze einer systemischen Krankheits- und Therapietheorie. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme. Soziale Sicherheit. Fachzeitschrift der österreichischen Sozialversicherung. 58. Jahrgang. 07/08 2005. 294-349.

- Stark, Wolfgang (Hrsg.) (1989): Lebensweltbezogene Prävention und Gesundheitsförderung. Konzepte und Strategien für die psychosoziale Praxis. Freiburg im Breisgau: Lambertus- Verlag.
- Steen, Rainer (2005): Soziale Arbeit im Öffentlichen Gesundheitsdienst. München: Ernst Reinhardt Verlag München Basel.
- Streissler, Agnes (2004): Das österreichische Gesundheitswesen. Eine ökonomische Analyse aus interessenspolitischer Sicht. 2. völlig überarbeitete Auflage. Wien: Abteilung Wirtschaftswissenschaft und Statistik der Kammer für Arbeiter und Angestellte für Wien.
- Verband der Versicherungsunternehmen Österreich. Braumüller, Ulrike (2004): Krankenversicherung in Österreich.
<http://www.vvo.at/index.php?/content/view/271/268/1/7/> Zugriff 2005-12-27
- Waller, Heiko (2002): Gesundheitswissenschaft. Eine Einführung in Grundlagen und Praxis von Public Health. 3. überarb. und erw. Auflage. Stuttgart: Kohlhammer.
- Walter, Ulla; Schwartz, Friedrich Wilhelm (1998): Prävention. Institutionen und Strukturen. In: Schwartz, Friedrich Wilhelm; Badura, Bernhard; Leidl, Reiner; Raspe, Heiner; Siegrist, Johannes (Hrsg.): Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. München, Wien, Baltimore: Urban und Schwarzenberg, S. 200-212.
- Wasem, Jürgen; Greß, Stefan; Okma, Kieke G.H. (2004): The role of private health insurance in social health insurance countries. In: Saltman, Richard B. (Hrsg.): Social Health Insurance systems in Western Europe. Berks: Open University Press, S. 227-244.
- Wendt, Claus (2003): Krankenversicherung oder Gesundheitsversorgung. Gesundheitssysteme im Vergleich. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- WHO (1998): Health Promotion Glossary. Genf. <http://www.who.ch/hep>. Zugriff 2006-05-25
- WHO Bangkok Charta für Gesundheitsförderung in einer globalisierten Welt.
http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/bangkok_charter/en/
 Zugriff 2006-05-23

- WHO Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung. In: Amann, Gabriele; Wipplinger, Rudolf (1998): Gesundheitsförderung. Ein multidimensionales Tätigkeitsfeld. Tübingen: Dvgt-Verlag.
- Wikipedia (2006): Volkskrankheiten. <http://www.wikipedia.de> Zugriff 2006-02-14.
- Wikipedia (2006): Soziale Sicherheit. <http://www.wikipedia.de> Zugriff 2006-10-30.
- Wolf, Andrea; Mandl, Hermine (2005): Studie Trotzdem Gesund. Ein Literaturbericht. Wien: ARGE zur Erforschung und Förderung der Gesundheit für das EQUAL-Projekt „BlickWechsel-Neue Perspektiven für den Gesundheits- und Sozialbereich“.
- Yahsi, Emel (2001): Public Health. Ansatzmöglichkeiten der Politikwissenschaften. Wien: Magisterarbeit.
- Ziniel, Gerlinde (1997): Das österreichische Krankenversicherungssystem im Vergleich mit dem der USA. Wien: Magisterarbeit.

Tabellenverzeichnis

<i>Tabelle 1: Salutogene vs. pathogene Einflüsse auf die menschliche Gesundheit</i>	21
<i>Tabelle 2: Gesundheitsförderung und Prävention im Überblick</i>	26
<i>Tabelle 3: Die gesetzlichen Krankenversicherungen in Österreich</i>	45
<i>Tabelle 4: Rollen im Krankenbehandlungssystem</i>	49
<i>Tabelle 5: Funktionen in der Gesundheitsförderung</i>	53
<i>Tabelle 6: ExpertInnen der gesetzlichen Krankenversicherungen</i>	65
<i>Tabelle 7: Prävention</i>	80
<i>Tabelle 8: Gesundheitsförderung</i>	82
<i>Tabelle 9: Zusammenfassende Funktionen in der Gesundheitsförderung</i>	88
<i>Tabelle 10: Settings</i>	90

Abbildungsverzeichnis

<i>Abbildung 1: Gesundheit – Krankheit – Kontinuum nach Antonovsky</i>	19
<i>Abbildung 2: Gleichartige und verschiedenartige Netzwerke</i>	38
<i>Abbildung 3: Marktanteile in der Krankenversicherung 2004</i>	46

Abkürzungen

ASVG – Allgemeines Sozialversicherungsgesetz
BGF – Betriebliche Gesundheitsförderung
BIQG – Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen
BZGA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
GF – Gesundheitsförderung
GFG – Gesundheitsförderungsgesetz
GÖG – Gesundheit Österreich GmbH.
GRG – Gesundheits- Reformgesetz
GS – Gesundheitssystem
FGÖ – Fonds Gesundes Österreich
KBS - Krankenbehandlungssystem
KV – Krankenversicherung
ÖBIG – Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheit
ÖVP – Österreichische Volkspartei
SOC – Sense of coherence
SPÖ – Sozialdemokratische Partei Österreich
VAEB – Versicherungsanstalt für Eisenbahn und Bergbau
VVO – Verband der Versicherungsunternehmen Österreich
WHO – Weltgesundheitsorganisation

Curriculum Vitae

Katharina Resch, Bakk.phil

geb. 5.1.1983 in Saalfelden, Salzburg

Ausbildung:

1989-1991:	Volksschule Leogang, Salzburg
1991-1993:	American Academy Nicosia, Zypern
1993-1994:	Höhere Internatsschule des Bundes Saalfelden, Salzburg
1994-2001:	Bundesgymnasium Neunkirchen, Niederösterreich
2001-2002:	Studium Soziologie und Französisch am Dickinson College, PA, USA
2002-2005:	Bakkalaureatsstudium Soziologie an der Universität Wien
2002-2006:	Bakkalaureatsstudium Übersetzen und Dolmetschen an der Universität Wien (Deutsch, Englisch, Russisch)
2005-2007:	Magisterstudium Soziologie an der Universität Wien

Berufstätigkeit:

1998-derzeit:	Freiwillige Rettungssanitäterin des Roten Kreuzes Niederösterreich
Apr.-Aug. 2004:	Praktikum „Asylkoordination Österreich“; Arbeit mit jugendlichen Flüchtlingen
Juli/Aug. 2004:	Praktikum „Verein Autonome Österreichische Frauenhäuser“; Informationsstelle gegen Gewalt
2004-2005:	PR Agentur Auer, Neudörfel, Burgenland
2005-derzeit:	Forschungsinstitut des Wiener Roten Kreuzes, Wien (Arbeitsschwerpunkt Gesundheitsförderung und Prävention)

Sprachkenntnisse: Deutsch, Englisch, Russisch, Französisch

Spezialisierungen: Projektmanagement, Projektdesign nach internationalen Standards.