

Gesundheit ist eine kulturelle Leistung. Es geht um weit mehr als körperliche Funktionstüchtigkeit oder die Behandlung von Krankheiten. Kultur beruht auf Wissen. Doch wie alle anderen kulturellen Leistungen auch wird sich Gesundheit niemals allein durch die Vermittlung von Informationen einstellen.

Geht Wissen nicht in Verhalten über, bleibt alle Gesundheitsaufklärung vergebens. Gesundheit verlangt nun einmal nach einer ihr angemessenen Lebensweise, der *Salutogenese*. Erwächst aber aus Wissen und Fertigkeiten ein sinnvolles Verhalten, das der Person in ihrer Ganzheit entspricht, ist gemeinhin von Bildung die Rede.

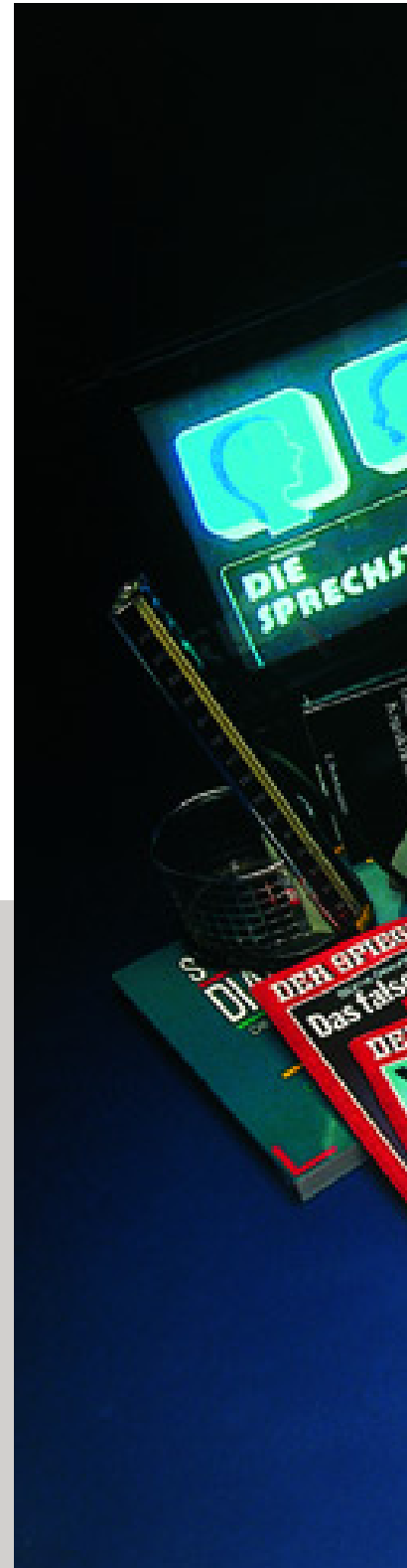
Um kulturelle Leistungen einer Gesellschaft zu erhalten und zu entwickeln, ist Bildung unverzichtbar. Für Musik, Theater oder Literatur wird dies niemand bezweifeln. Die Einsicht aber, dass auch und gerade Gesundheit ohne Bildung nicht zu haben ist, fällt mitunter noch schwer.

Gesundheitsbildung setzt anders an als die herkömmliche Prophylaxe, die der Verhütung drohender Krankheiten dient. Gesundheitsbildung definiert Gesundheit positiv. Sie bindet sich ein in Konzepte der Gesundheitsförderung und in gesellschaftliche Entwicklungsprozesse.

Georg Hörmann

Die Krise des Gesundheitssystems: eine verkannte Bildungskrise

Abhilfe könnte eine umfassende Gesundheitspädagogik bringen. Möglich wären Einsparungen, vor allem aber mehr Gesundheit – wenn nur die Weichen richtig gestellt würden



Abwesend ist Gesundheitsbildung in Deutschland, Österreich, der Schweiz keineswegs, und doch durfte sich ihr Potenzial bis jetzt nur in Ansätzen entwickeln. Zu ihrer Entfaltung bedarf es systematischer Anstrengungen, wie sie auch Bildungsziele erfordern, wenn man sie ernsthaft verfolgt. Ärzte, Krankenschwestern, Therapeuten, Heilpraktiker, Krankenkassen und viele mehr bemühen sich täglich um die Weitergabe von Gesundheitswissen an ihre Klientel. Allzu oft aber erscheint deren Verhalten jeder Aufklärung gegenüber resis-

Es gibt deutliche Zusammenhänge zwischen Bildungsniveau und Gesundheit

tent. Was frustrierte Gesundheitsarbeiter nur ahnen, kommt hier zum Tragen: Bildung vermittelt sich gezielt allein mit pädagogischen Mitteln. Der Befund ist eindeutig: Wir brauchen eine wirksame Gesundheitspädagogik.

Das Gesundheitssystem in seiner bisherigen Form leugnet den Bedarf; seine Zahlen sprechen eine eindeutige Sprache. Das Statistische Bundesamt legte 2001 die neuesten präzisen Daten vor, die das Jahr 1998 erfassen. Die Gesamtausgaben haben sich seitdem erhöht, der Anteil von Aufwendungen für die Gesundheitserhaltung daran aber dürfte in etwa gleich geblieben sein. Von den 211 Milliarden Euro, die in Deutschland 1998 insgesamt für Gesundheitsaufgaben ausgegeben wurden, gingen lediglich 8,9 Milliarden Euro in die Prävention und den Gesundheitsschutz. Ein groteskes Missverhältnis!

Selbst in dieser Summe machte der Anteil gesundheitsbildender Maßnahmen nur einen kleinen Teil aus. Doch damit nicht genug. Der Stagnation war ein drastischer Einbruch vorausgegangen. Waren die Gesamtausgaben zwischen 1996 und 1998 noch geringfügig, um 1,7 Prozent gestiegen, so gingen die Ausgaben für Prävention und Gesundheitsschutz im gleichen Zeitraum um 5,2 Prozent zurück. An den gesamten Gesundheitsausgaben im Jahr 1998 betrug ihr Anteil gerade einmal 4,2 Prozent. Bezahlt wurden damit die allgemeine Gesundheitsförderung, der allgemeinen Gesundheitsschutz, die Früherkennung von Krankheiten, Gutachten sowie Förderung der Selbsthilfe.

Die ehemalige Bundesregierung mit Gesundheitsminister Horst Seehofer hatte den § 20 des Sozialgesetzbuches, der Präventivmaßnahmen der gesetzlichen Krankenkassen regelte, sogar ganz gestrichen. Die Krankenversicherungsreform der neuen Bundesregierung brachte den Paragraphen im Jahr 2000 in veränderter Form zurück. Sein Absatz 3 sieht vor, dass für „primäre Prävention“ und „betriebliche Ge-

sundheitsförderung“ jährlich 2,56 Euro (5 Mark) pro Versicherten ausgegeben werden dürfen. Dieser Betrag wurde seitdem nur um die Rechengrößen der gesamten Sozialversicherung erhöht. Insgesamt stehen jetzt pro Versicherten jährlich rund 2,62 Euro in den alten und 2,64 Euro in den neuen Bundesländern für Prävention zur Verfügung. Das ist besser als gar nichts, aber immer noch lächerlich wenig angesichts der sonstigen Kosten.

Indes setzt die Politik nicht auf Gesundheitspädagogik, sondern vor allem auf „Life Sciences“. Biotechnologie, Informationstechnologie, Molekulartechnologie und Gentechnik sollen das sieche Gesundheitssystem aufrichten; als Schlüsseltechnologien der Zukunft werden sie gehandelt.

Es war ausgerechnet die Bundesministerin für Bildung und Forschung, Edelgard Bulmahn, die das Jahr 2001 mit großem Tamtam und einem Werbebudget von mehr als drei Millionen Euro zum „Jahr der Lebenswissenschaften“ im Sinne der „Life Sciences“ ausgerufen hatte. Viele wissenschaftliche Einrichtungen aber, die fachlich und personell zum Aufbau einer Gesundheitspädagogik in der Lage wären, finden sich in einem bitteren Verteilungskampf um die Restmittel wieder. Geistes- und Sozialwissenschaften, ohne die es eine wirksame Gesundheitsbildung nicht geben kann, droht das Schicksal, auf schmückendes Beiwerk reduziert zu werden.

Die Positionierung der Gesundheitspädagogik bedarf eines genauen Blickes auf die konkrete Lage des Gesundheitswesens. Die abendländische Tradition hat Gesundheit immer als etwas verstanden, das durch die Lebensweise erhalten und durch

Viele Menschen nehmen ihre Gesundheitsbildung selbst in die Hand

die Behandlung von Krankheiten wiederhergestellt wird. Der erste Teil dieses bis in das antike Griechenland zurückreichenden Ideals – man denke nur an die Mythen von Hygieia, der „Hygiene“ als Förderung eines gesunden Geistes in einem gesunden Körper – ist allerdings zusehends ins Hintertreffen geraten. Unser Gesundheitswesen wäre wohl, wie Eberhard Goepel von der Hochschule Magdeburg es zutreffend formuliert, besser zu bezeichnen als ein Krankheitsverwertungswesen.

Profitträchtig verwertbar sind in der Tat viele Gesundheitsprobleme. Den letzten offiziellen „Gesundheitsbericht für Deutschland“ hat die Bundesregierung 1998 veröffentlicht; einen weiteren umfassenden Bericht in dieser Form soll es

nicht geben. Der Bericht, verfasst durch das Robert-Koch-Institut, nennt die wichtigsten Krankheitsgruppen. Die Deutschen leiden in Massen an Herz-Kreislauf-Erkrankungen, bösartigen Geschwüren, Defekten des Bewegungsapparates, psychiatrischen und neurologischen Störungen sowie an Erkrankungen der Atemwege, des Stoffwechsels und der Verdauungsorgane. Ebenso alltäglich sind Erkrankungen des Urogenitalsystems sowie Allergien, Infektionen und Verletzungen.

Gleichwohl wächst unter allen Betroffenen, nicht zuletzt auch bei enttäuschten Patienten, die Unzufriedenheit. Die starke Orientierung an Krankheit – und eben nicht an Gesundheit – beförderte in neuerer Zeit die Herausbildung eines positiven Gesundheitsbegriffs. Schon früh entwickelte die Weltgesundheitsorganisation (WHO) eine neue Definition von Gesundheit als einem „Zustand vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur der Abwesenheit von Krankheit und Gebrechen“. Diese Definition fand zwar viel Beifall, weil sie soziale und psychische Dimensionen berücksichtigte. Sie muss sich aber auch berechnete Kritik gefallen lassen, nicht zuletzt wegen ihres statischen und perfektionistischen Anspruchs. In letzter Konsequenz zöge eine Umsetzung

dieses Verständnisses von Gesundheit eine gigantische The-rapeutisierung der gesamten Bevölkerung nach sich, und die will niemand.

In ihrem mittlerweile weiterentwickelten Ansatz zur Gesundheitsförderung betont die WHO neben der traditionellen *Verhaltensprävention* im Sinne eines Schutzes vor „Risikofaktoren“ die *Verhältnisprävention* mit einer Hinwendung zu sozialen und personalen „Schutzfaktoren“, die als Ressourcen für Gesundheit begriffen werden.

Zu den sozialen Ressourcen zählen etwa soziale Netzwerke – darunter auch die sprichwörtlichen „alltäglichen Helfer“ aus Familie und Nachbarschaft – und andere Unterstützungssysteme. Sie wirken wachsender Vereinsamung, Isolierung und anderen krank machenden Faktoren entgegen. Im Konzept „Gesundheitsfördernde Schulen“ spielen das soziale Klima im Klassenverband und die Schulentwicklung eine zentrale

Die traditionelle Gesundheitsaufklärung und die Gesundheitserziehung waren belehrend und autoritär

Rolle. Bei der Gestaltung von Arbeitsplätzen wirken Formen der verantwortlichen Mitwirkung als Schutzfaktoren für mehr Gesundheit.

Doch setzt die WHO auch auf „personale“ Schutzfaktoren. Zu ihnen zählen etwa „allgemeine Lebenskompetenzen“ und Fertigkeiten wie Selbstsicherheit, soziale Kompetenz, Genussfähigkeit, Sinnesschulung und die Fähigkeit, nein sagen zu können, die sich in Präventionsprogrammen zum sexuellen Missbrauch als hoch bedeutsam herausgestellt hat.

Die Gesundheitsstrategie der WHO versteht sich als bildungspolitisches und emanzipatorisches Konzept. Einerseits basiert der neue Ansatz auf der Forderung nach Chancengleichheit und Solidarität, andererseits aber auch auf der Befähigung, Ermächtigung und Unterstützung von Bürgerinnen und Bürgern, der Gesundheit förderliche Lebenswelten zu schaffen.

Der Gesundheitsbericht von 1998 führt neben schlechten Einkommens- und Wohnungsverhältnissen, Arbeitslosigkeit und Gewalt erstmals auch fehlende Bildung unter den Risikomerkmale auf. Der Bericht stützt sich dabei auf eine repräsentative Studie des Robert-Koch-Instituts mit 8000 Teilnehmern aus den Jahren 1990 und 1991. Eindringlich zeigte die Studie Zusammenhänge zwischen allgemeinem Bildungsniveau und Gesundheit auf.

Diese offizielle Studie liegt zwar bereits mehr als zehn Jahre zurück, gilt aber weiterhin als aussagekräftig und wurde durch sozialepidemiologische Befunde vielfach bestätigt. Männer mit



Hochschulabschluss sahen sich nur halb so oft gesundheitlich beeinträchtigt wie Geschlechtsgenossen am anderen Ende der Bildungsskala, ohne abgeschlossene Lehre. Auch bei Frauen offenbarte sich dieser Zusammenhang, wenn auch etwas weniger stark ausgeprägt. Beim Vermeiden gesundheitsschädlicher Verhaltensweisen wie Rauchen und regelmäßigem Alkoholkonsum, wie auch bei der Teilnahme an der Krebsfrüherkennung und regelmäßigen Zahnuntersuchungen zeigte sich ebenfalls diese Tendenz.

Auffällig war allerdings, dass Männer des höchsten Bildungsstatus sich ebenso selten wie die des niedrigsten Niveaus auf Untersuchungen zur Krebsfrüherkennung einließen. Bluthochdruck war bei den Männern kaum an den Bildungsstatus gekoppelt, während die höher gebildeten unter den Frauen deutlich weniger häufig als ihre weniger gebildeten Geschlechtsgenossinnen betroffen waren. Starkes Übergewicht registrierte die Studie für beide Geschlechter bei den am höchsten Gebildeten weitaus seltener als in anderen Segmenten, und zwischen denen wiederum waren die Unterschiede gering. Gegenläufige Tendenzen fanden sich dagegen für Allergien und Heuschnupfen, mit denen Hochgebildete häufiger als andere zu kämpfen hatten.

Es bleibt zu hinterfragen, ob das Niveau schulischer Bildung nicht auch eine Dimension von sozialem Status ist und andere damit verbundene Merkmale wie Einkommen und Beruf, also sozioökonomische, soziale und personale Ressourcen in Wirklichkeit den Ausschlag geben. Dennoch ist der Zusammenhang zwischen Bildung und Gesundheitszustand der Bevölkerung offensichtlich. Es wäre eine der vielen Aufgaben einer ausgebauten Gesundheitspädagogik, dem Zusammenspiel von allgemeiner Bildung und der Gesundheit empirisch auf den Grund zu gehen und die Datenbestände auf den aktuellen Stand zu bringen.

Vor allem aber muss eine Gesundheitspädagogik auf das Gesundheitsverhalten zielen. Die ältere Gesundheitsaufklärung und die traditionelle Gesundheitserziehung gelten im Alltagsverständnis als belehrend und autoritär. In bewusster Abgrenzung zu diesem abschreckenden Bild steht der Bildungsbegriff, der den Kern der Gesundheitspädagogik ausmacht. Wichtige Bereiche, in denen Gesundheitsbildung für Körper und Seele ansetzen kann, sind Ernährung, Bewegung, Ent-



Gesundheitsbildung lebt in einem kultivierten Lebensstil

spannung und Selbsterfahrung. Gesundheitspädagogik will diese Kontexte mit Aktivitätsformen füllen.

Obwohl die herkömmliche Gesundheitsaufklärung einige Erfolge vorzuweisen hat, etwa bei Antiraucherkampagnen, dem Abbau der so genannten „Managerkrankheiten“ und in der Aidsprävention, bleibt ihr Ertrag meist unbefriedigend. Nur pädagogisch fundierte Ansätze führen, über bloße Wissensvermittlung hinaus, zu Einstellungs- und Verhaltensänderung – zu Veränderungen, die es in konkreten Übungsprogrammen zu erproben und stabilisieren gilt.

Bildung bedeutet aus der Sicht des zu Bildenden die selbst gesteuerte Gestaltung seines Lebens. Gesundheitsbildung lebt somit in der Aneignung von Kenntnissen und Fertigkeiten zur Ausformung eines kultivierten Lebensstils. Eine Gesundheitspädagogik, die mit diesem Anspruch ans Werk geht, kostet viel Geld. Wenn auch eine solide ökonomische Kosten-Nutzen-Analyse aussteht, halten aber die vorhandenen Erfahrungen mit gesundheitspädagogischen Ansätzen dem Vergleich mit anderen Verwendungszwecken der Finanzmittel im Gesundheitswesen einer nüchternen Bilanzierung allemal stand.

Die Notwendigkeit von pädagogischen Maßnahmen wächst mit der Verschiebung des Krankheitspanoramas zu mehr „Zivilisationskrankheiten“ und dem demografisch begründeten Anstieg des Durchschnittsalters der Bevölkerung. Mit fortschreitendem Alter kommt es verstärkt zu chronischen Krankheiten, Demenzen und neurologischen Störungen. Me-



Georg Hörmann, Lehrer, Arzt und Diplompsychologe, ist nach Tätigkeiten im Gesundheitswesen, im medizinischen Journalismus sowie in der Sozialpädagogik und Erwachsenenbildung seit 1990 Inhaber des Lehrstuhls Pädagogik/Gesundheitspädagogik an der Universität Bamberg

dizinischer Fortschritt wird zum Pyrrhussieg, wenn Krankheiten als Ergebnis des verlängerten Lebens zunehmen.

Meist handelt es sich aber auch im Alter um Störungen mit einer starken Verhaltenskomponente. Gesundheitspädagogik, rechtzeitig angewandt und ausreichend finanziert, entschärft diese Problematik. Nach Schätzungen des World Cancer Research Fund ließen sich durch eine ausgewogene Ernährung, die Einhaltung eines normalen Körpergewichts und regelmäßige körperliche Aktivitäten 30 bis 40 Prozent aller Krebserkrankungen verhindern.

Mangels einer systematischen Gesundheitspädagogik nehmen viele Menschen ihre Gesundheitsbildung selbst in die Hand. Die Regale der Buchläden sind gefüllt mit Gesundheitsratgebern, seien es nun Ernährungsphilosophien oder Anleitungen für mehr oder weniger zweifelhafte Diäten. Auch die Industrie hat die Zeichen der Zeit erkannt. Das Angebot umfasst vor allem Nahrungsergänzungen oder mit diesen bereits versetzte Lebensmittel. Fachleute stellen schon lange die Frage nach dem Sinn und Unsinn „gesundheitsbezogener“ Lebensmittel und hinterfragen insbesondere das latente Versprechen, ihr Konsum helfe chronische Krankheiten zu verhüten. Nachweise einer solchen Wirkung fehlen ebenso wie der Beweis, dass der Konsum zu mehr allgemeiner Fitness führt.

Nicht selten arbeitet die Werbung zur Propagierung angeblich gesundheitsförderlicher Lebensmittel oder Lifestylemedikamente mit Ängsten, Zwängen und Irreführungen. Wenn schon Experten längst nicht mehr überschauen, wo sinnvolle Angebote und wo Humbug im Spiel sind, verliert sich der Laie in der Gestaltung seiner autodidaktischen Gesundheitsbildung. Eine erfolgreiche Gesundheitspädagogik würde die Wissensgrundlagen schaffen, das verwirrende Angebot einzuordnen.

Noch aber wirkt die Gesundheitserziehung der alten Art nach. Diese knüpfte sich zunächst an die Hoffnung, Gesundheitsrisiken ließen sich durch die Einleitung planmäßiger Lernprozesse wenigstens ansatzweise ausschalten. Eine solche Zielorientierung erzieherischen Handelns setzt allerdings voraus, dass irgendjemand weiß, aus welchem Grund und zu welchem Zweck ein anderer sich für ein bestimmtes (Be-)Handeln erwärmen soll. Dieses Wissen stützte sich anfänglich hauptsächlich auf Erkenntnisse und Verfahrensweisen der naturwissenschaftlichen Medizin. Der Ansatz war gut gemeint: Die Menschen sollten durch Wissenstransfer lernen, wie sie bestimmte Erkrankungen und Funktionsstörungen durch die Einhaltung sanitärer und hygienischer Gepflogenheiten vermeiden.

Die klassische Gesundheitserziehung trainiert den menschlichen Körper und Geist für eine optimale Anwendung biomedizinisch begründeter Erkenntnisse und Verfahren. Sie wendet dabei durchaus auch kognitive und emotionale Me-

thoden an, etwa Abschreckung und Angstappelle. Gegenüber der weitaus umfassenderen Gesundheitspädagogik beschränken sich diese Ansätze jedoch auf eine „Medicopädagogik“. Sie orientieren sich an der Verhütung medizinisch vordefinierter Krankheiten und schreiben deren Entstehung individuellem Fehlverhalten zu. Die bloße Vermittlung krankheitsspezifischer Informationen aber konnte – trotz der vereinzelter Erfolge – kaum die hohen Erwartungen erfüllen. Gesundheitspädagogik geht anders vor. Statt der Krankheit steht die Gesundheit im Mittelpunkt ihres Bemühens, und da-

Wir brauchen ein Aktionsprogramm für Gesundheitspädagogik

zu zählen auch Fragen der Lebensqualität und des Wohlbefindens. Die Gesundheitspädagogik vermeidet autoritäres Auftreten und die falsche Assoziation, Gesundheit sei nur mit einem asketischen und langweiligen Lebensstil möglich. Gesundheitspädagogik bezieht alters- und entwicklungsspezifische Verhaltensmerkmale sowie die psychosoziale Funktionalität von Risikomerkmale immer mit ein. Schließlich betonen gesundheitspädagogische Interventionen die wichtige Erweiterung um sozial- und persönlichkeitspsychologische Komponenten.

In die Behandlung von chronischen Krankheiten haben pädagogische Ansätze, wenn auch in bescheidenem Maße, bereits Einzug gehalten. Manche Schulungen bei Stoffwechselerkrankungen, Diabetes, Atemwegserkrankungen, Mukoviszidose (Zystischer Fibrose) und Magen-Darm-Krankheiten wie Morbus Crohn oder Colitis ulcerosa führen durchaus zu Verhaltensänderungen beim Patienten. Zumeist wird die Krankenpädagogik allerdings noch als sonderpädagogische Teildisziplin der Schule für Kranke verstanden. Korrekt zugeordnet sind die moderne Krankenpädagogik und Patientenschulung jedoch Teilgebiete einer Gesundheitspädagogik, mit dem Ziel, den Umgang mit Krankheit und ihre Bewältigung zu erlernen. Gesundheitspädagogik ist dabei mehr als nur eine Erfüllungsgehilfin der Medizin.

Doch wird die Gesundheitspädagogik ihre volle Wirkung nur entfalten können, wenn der politische Wille dies erlaubt. Die drängenden Probleme des Gesundheitswesens erfordern ein Aktionsprogramm für Gesundheitspädagogik – wenn nötig auch gegen den Widerstand der etablierten Medizin und des Pharmabetriebs.

Als Erstes geht es darum, die Wirkungen von Gesundheitsbildung, also das „Wie, Warum, Wodurch“ durch Studien empirisch zu fundieren. Gesundheitspädagogen sollten dabei eng mit Medizinern und Vertretern anderer Interessengruppen des medizinischen Systems zusammenarbeiten. Genügend ge-

sundheitspädagogische Kompetenz, um solche Studien in Angriff nehmen zu können, ist in den letzten Jahren in Deutschland, aber auch in anderen europäischen Ländern herangewachsen. Es fehlen allein die finanziellen Mittel, und die gilt es seitens der Politik umgehend bereitzustellen.

Zweitens: Die Ausgaben für Gesundheitsförderung der „primären Prävention“ nach dem Paragrafen 20 des Sozialgesetzbuchs müssen deutlich erhöht werden. Statt bisher jähr-

Die Ausgaben für Prävention müssen um das Zehnfache steigen

lich 2,62 Euro in den alten und 2,64 Euro in den neuen Bundesländern pro Versicherten ist für den Anfang mindestens das Zehnfache erforderlich, also 26 bis 27 Euro. Von 1989 bis 1997 waren es immerhin noch 15 Mark, umgerechnet 7,67 Euro.

Die durch die Gesundheitsreform 2000 wieder eingeführte „primäre Prävention“ des Paragrafen 20 des Sozialgesetzbuchs regelt die Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen, um „den allgemeinen Gesundheitszustand (zu) verbessern und insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen (zu) erbringen“. Weiterhin, so das Gesetz, können die Krankenkassen „den Arbeitsschutz ergänzende Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung durchführen“. Zur Bezuschussung von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen, die

sich um die Prävention oder Rehabilitation kümmern, sieht der Paragraf für 2000 zusätzlich Zuschüsse von jährlich einer Mark pro Versicherten vor; mit den Erhöhungen der Bezugsgrößen sind dies für das Jahr 2002 ganze 52 Cent in den alten und 53 Cent in den neuen Bundesländern. Auch diese Einrichtungen, die oftmals gesundheitspädagogisch orientiert sind, müssen mindestens mit dem zehnfachen Betrag gefördert werden.

Gesonderte Regelungen mit eigener Finanzierung trifft das Sozialgesetzbuch als „Leistungen zur Verhütung von Krankheiten“ für die Prophylaxe von Zahnerkrankungen, Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krebs und anderen Krankheiten, die medizinische Vorsorge für Mütter, Empfängnisverhütung, Schwangerschaftsabbruch und Sterilisation, Gesundheitsuntersuchungen und Kinderuntersuchungen – Maßnahmen also, die eine konkret erkennbare Gefährdung eines Individuums abwenden sollen. Auch hier gibt es vielfältigen Bedarf für eine intensivere Einbeziehung der Gesundheitspädagogik.

Drittens: Wir brauchen dringend die flächendeckende Einführung eines Schulfaches „Gesundheit“. Um das Fach adäquat lehren zu können, bedarf es gleichzeitig des drastischen Ausbaus der Gesundheitspädagogik an den Hochschulen. Noch vor wenigen Jahren war es üblich, dass Hochschulen angehende Lehrer verpflichteten, das Fach Gesundheitsbildung zu belegen. Dieses obligatorische Angebot, das in einigen Bundesländern bestand, ist inzwischen weitgehend abgeschafft worden.

Notwendig ist jetzt aber, an den Hochschulen die Kapazitäten nicht ab-, sondern aufzubauen. Nur so kann es gelingen, in vertretbarer Zeit eine zeitgemäße Gesundheitspädagogik an die Schulen zu bringen. Tendenzen, vorhandene Lehrangebote abzuschaffen, gilt es zu stoppen. So ist in Bayern das landesweit einmalige Zweifach Gesundheitspädagogik für das Lehramt an beruflichen Schulen, das die Universität Bamberg anbietet, bedroht.

Noch stehen in der Diskussion um das Gesundheitswesen Fragen zur Finanzierung im Vordergrund. Gesundheitsbildung kann Kosten vermeiden helfen, und zwar auch abzüglich jener Mittel, die der Aufbau einer umfassenden Gesundheitspädagogik binden würde. Und doch wäre es verkürzt, Gesundheitsbildung nur deshalb zu fordern, weil Gesundheit ansonsten bald ein unbezahlbares Gut würde. Einsparungen ließen sich auf vielerlei Wegen erreichen – zum Beispiel durch weniger Verschwendung. Gesundheitspädagogik aber vermag mehr. Die Vision heißt Gesundheit und Wohlbefinden, und sie ist keineswegs realitätsfremd.

Fernstudium Gesundheitsbildung

Das Zentrum für Fernstudien und universitäre Weiterbildung der Universität Kaiserslautern bietet Onlinekurse zur Gesundheitsbildung an, die allen Interessenten offen stehen. Das Gesamtseminar gliedert sich in zehn Blockveranstaltungen; jeder Seminarblock in sich bildet eine geschlossene Einheit. Die ersten neun Blöcke zu Themen wie „Rauchen und Gesundheitserziehung“ oder „Alkoholabhängigkeit“ liefen von 1999 bis Anfang 2001. Im April dieses Jahres wird der Block „Familienplanung“ die Reihe abschließen. Initiator und Leiter des Angebots ist Prof. Heinrich Zankl vom Fachbereich Biologie der Universität. Unter den bisherigen Teilnehmern finden sich Studenten ebenso wie Ärzte, Heilpraktiker, Apotheker und Pflegekräfte. Am Ende jedes Blockes stehen Prüfungen zum Erwerb eines Zertifikats. Zankl zählte bereits mehr als 200 Teilnehmer. Möglicherweise werde das Angebot wiederholt. *W. S.*

www.zfuw.de

„Bildung ist der Schlüsselfaktor für ein gesundes Leben“

Gesundheitswissenschaftler entwickeln Perspektiven für ein Gesundheitssystem, in dem verstärkt sozialwissenschaftliche Ansätze zum Tragen kommen. Wolfgang Streitböger sprach mit Klaus Hurrelmann, dem Begründer der Gesundheitswissenschaften in Deutschland

bildung! Herr Professor Hurrelmann, Gesundheitspädagogik ist ein Teil der Gesundheitswissenschaften. Wozu brauchen wir diese? Wir haben doch die Medizin.

Klaus Hurrelmann In Bielefeld, ebenso wie in Berlin und Bremen, sind wir ein voll ausgebauter Standort für *Public Health* nach internationalem Standard. Enthalten ist dabei immer ganz stark die sozialwissenschaftliche Komponente; dazu zählen Gesundheitspädagogik, Gesundheitspsychologie und Gesundheitssoziologie. Wir legen aber großen Wert auch auf die Einbeziehung der Medizin. Entscheidend ist bei uns das fruchtbare Zusammenspiel aller Disziplinen. Andere Universitäten in Deutschland konzentrieren sich stark auf eine der sozialwissenschaftlichen Facetten oder verfolgen entsprechende Ansätze an ihren medizinischen Fakultäten. Insgesamt ist jetzt für Gesundheitswissenschaften eine sehr lebendige Landschaft entstanden. Wir haben seit etwa zehn Jahren international wieder den Anschluss gefunden. In den 20er Jahren war Deutschland in den Gesundheitswissenschaften führend gewesen, bis die Nationalsozialisten diesen Vorsprung zerstörten.

bildung! Wo arbeitet ein studierter Gesundheitswissenschaftler?

Hurrelmann Von den rund 300 Absolventen aus Bielefeld, in ganz Deutsch-



Der Sozialwissenschaftler Klaus Hurrelmann war Gründungsdekan der ersten Fakultät für Gesundheitswissenschaften in Deutschland. Im neunköpfigen Professorenkollegium der Gesundheitswissenschaften in Bielefeld betreut Hurrelmann den Bereich Prävention und Gesundheitsförderung und beschäftigt sich mit Grundbedingungen für Gesundheit

land sind es sogar schon mehr als 1000, arbeiten viele in der beruflichen Fortbildung von Fachleuten aus der Medizin und aus der Pflege. Andere bearbeiten als Umweltgestalter gesundheitliche Fragen, zum Beispiel in der Verkehrsplanung der Kommunen. Und sie sind selbstverständlich auch tätig beim Aufbau von Beratungsstellen für Menschen, die eine schwere chronische Krankheit wie Diabetes oder Asthma haben. Sie schulen Patienten, mit der Krankheit zu leben, ein erfülltes, ein stabiles und lebenswertes Leben zu gestalten. In dieser Arbeit kommt die Gesundheitspädagogik sehr stark zum Tragen.

bildung! Wo bleibt in den Gesundheitswissenschaften die medizinische Kompetenz?

Hurrelmann Mehr als die Hälfte des Kollegiums, nämlich fünf unserer Professoren, sind medizinisch, biologisch ausgebildet, und die kleinere Hälfte pädagogisch, soziologisch, ökonomisch.

bildung! Was sind die herausragenden Ergebnisse der Gesundheitswissenschaften?

Hurrelmann Immer deutlicher wird, dass Bildung der Schlüsselfaktor für die individuelle Kompetenz ist, in dieser Gesellschaft gut, erfüllt und gesund zu leben. Es hat sich nämlich herausgestellt, dass Reichtum gar nicht entscheidend ist, wie man früher noch dachte. Natürlich ist beides zusammen wunderbar, aber eine gute Bildung hält viel eher gesund als großer Reichtum. Das Zweite, was wir sagen können aufgrund aller Forschungen: Unser heutiges Gesundheitssystem ist eigentlich ein Krankheitsversorgungssystem. Solche Systeme können aber in allen Gesellschaften nur einen kleinen Teil der gesundheitlichen Befindlichkeit der Menschen wirklich beeinflussen. In den osteuropäischen Staaten, wo 1990 das politische System zusammenbrach, blieb das

Krankheitsversorgungssystem einigermaßen bestehen. Dennoch stieg die Häufigkeit von Krankheiten explosionsartig an, die Lebenserwartung sank drastisch. Das lag daran, dass die Arbeitsplätze und Wohnbedingungen sich verschlechterten, dass die gesamten Lebensbedingungen gestört waren. Das Krankheitsversorgungssystem muss gut sein, es muss funktionieren, aber es hat wenig Anteil daran, die Gesundheitspotenziale zu entwickeln und Krankheiten zurückzudrängen.

bildung! Für wie hoch schätzen Sie den Anteil des Krankheitsversorgungssystems, wie Sie es nennen, an der Gesundheit ein?

Hurrelmann Ich schließe mich den anderen Gesundheitswissenschaftlern an, die diesen Anteil international auf höchstens ein Drittel taxieren. Weitaus wirksamer ist der Mix aus Arbeit, Wohnen, Freizeitsituation, Religion und Lebenserfüllung! Gesundheit wird gesichert, wenn das Krankheitsversorgungssystem gut mit allen anderen sozialen Systemen zusammenspielt.

bildung! Funktioniert dieses Zusammenspiel im deutschen Gesundheitswesen?

Hurrelmann Nein, genau das ist bei uns nicht gegeben. Das Gesundheitssystem kostet verhältnismäßig viel Geld, auch im internationalen Vergleich. Es bringt aber nicht die optimale Leistung. Das liegt daran, dass es Vorbeugung, Therapie, Rehabilitation und Pflege nicht in eine kluge Gesamtkonzeption einbezieht. Das System konzentriert sich auf die körperliche Beeinflussung. Eingerichtet sind wir auf akute Schnellleistungen. Wir brauchen aber auch eine langfristige Patientenführung und das Patiententraining. Das alles spricht dafür, das System viel breiter und flexibler zu gestalten; das sagt übrigens auch der Sachverständigenrat für die Konzentrierte Aktion des Bundesgesundheitsministeriums.

bildung! Was fehlt zu einem Gesundheitswesen, das seinen Namen verdient?
Hurrelmann Wünschenswert wäre, dass nicht mehr alleine Ärzte die Anlaufstation bei Fragen zur Gesundheit sind. Als Patient sollte ich in der Praxis auch einen Psychologen, einen Pädagogen und einen Sozialarbeiter antreffen. Und auch jemanden, der mich zum Ernährungsverhalten und zu meiner gesamten psychischen und sozialen Lebenssituation berät. Ich stelle mir das als Team vor. Fachleute aus den Gesundheitswissenschaften, aber auch Ergotherapeuten und Psychotherapeuten bilden zusammen mit Medizinern ein flexibles Beratungs- und Hilfteam.

bildung! Aber sie alle wollen bezahlt werden. Ein Großteil der Bevölkerung wird ja aus der gesetzlichen Krankenversicherung versorgt. Soll sie alle diese Fachleute finanzieren?

Hurrelmann Die Frage ist natürlich sehr berechtigt. Das heutige System der gesetzlichen Krankenversicherung muss sich weiterentwickeln. Es gibt interessante Überlegungen, den Krankenkassen die Möglichkeit zu geben, dass sie ein Netzwerk von Ärzten, Gesundheitspädagogen und anderen Spezialisten für ihre Patienten bereithalten. Solange Patienten sich in diesem Netzwerk bewegen, finden sie dort eine hervorragende und fachkundige Hilfe und interdisziplinäre Beratung. Auf der anderen Seite bekommen sie aber auch nur die Leistungen angeboten, die das Netzwerk bereitstellt. Dieses Konzept wäre am Ende kostengünstiger als die heutige Struktur, wo die einzelnen Anbieter alle nebeneinander herarbeiten. Ich weiß nicht, ob auf Dauer die Kostenbasis so gehalten werden kann wie heute. Ich denke schon, dass die Eigenanteile bei der Sicherung der Gesundheit wachsen werden. Das ist ja in anderen Lebensbereichen nicht anders. Und hier geht es um Gesundheit, das hohe Gut Gesundheit. Die Menschen werden stärker als im heutigen Versicherungssystem spüren,

dass sie etwas in ihre Gesundheit investieren müssen. Gesundheit ist nicht billig zu haben. Die Diskussion wird jetzt eröffnet, und spätestens nach den nächsten Bundestagswahlen brauchen wir eine neue Gesamtstruktur.

FI Gesundheitswissenschaften in Bielefeld
An der Universität Bielefeld ab 1989 zunächst als Sonderforschungsbereich entwickelt, avancierten die Gesundheitswissenschaften 1993 zu einer eigenen Fakultät. Die Bielefelder Studenten machen einen international anerkannten Abschluss als Master of Public Health und können anschließend den Grad eines Doctor of Public Health erwerben. Noch in diesem Herbst will die Fakultät zusätzlich einen dreijährigen Bachelor-Studiengang für Public Health anbieten.
www.uni-bielefeld.de

LITERATUR

- Antonovsky, A.: Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen 1997
- Braun, B./Kühn, H./Reiners, H.: Das Märchen von der Kostenexplosion. Populäre Irrtümer zur Gesundheitspolitik. Frankfurt 1998
- Hörmann, G.: Gesundheitserziehung. In: Zeitschrift für Erziehungswissenschaft 2, S. 5–30. 1999
- Hurrelmann, K./Laaser, U.: Handbuch Gesundheitswissenschaften. Weinheim 1998
- Kolip, P.: Gesundheitsförderung und Prävention. In: Keupp, H./Weber, K. (Hg.): Psychologie, S. 523–531. Reinbek 2001
- Küpper, C.: Krebsprävention und Ernährung. In: Die Medizinische Welt 52, S. 267–271. 2001
- Petermann, F. (Hg.): Patientenschulung und Patientenberatung. Göttingen 1997
- Reibnitz, Ch. v./Schnabel, P. E./Hurrelmann, K. (Hg.): Der mündige Patient. Weinheim 2001
- Schneller, Th. u. a. (Hg.): Handbuch Oralprophylaxe und Mundgesundheit bei Migranten. Stand, Praxis-konzepte und interkulturelle Perspektiven in Deutschland und Europa. Bonn 2001
- World Cancer Research Fund: Food, Nutrition and the Prevention of Cancer: A Global Perspective. Washington DC 1997

Wolfgang Streitböger

Hart wie das Matterhorn

Was Gesundheitspädagogik leistet: Die Schweizer haben kaum noch Karies

Mehr als zehn Kilogramm Schokolade konsumiert der Durchschnittsschweizer jedes Jahr. Das ist der Weltrekord. Weltmeister sind die Eidgenossen aber auch bei der Zahngesundheit; Karies kommt in der jungen und mittleren Generation kaum noch vor. Wie passt das zusammen? Der Erfolg hat einen Namen. Der Züricher Professor für Zahnmedizin Thomas Marthaler baute über drei Jahrzehnte hinweg, gemeinsam mit vielen Mitstreitern, ein System der Zahnprophylaxe auf und engagiert sich jetzt, sechs Jahre nach seiner Emeritierung, für mehr Zahngesundheit in Tschechien und anderen Ländern.

Hatten noch 1964 die 12-Jährigen im Alpenland durchschnittlich 7,9 kariöse Zähne, so waren es 1996 nur noch 0,8. Der Anteil der Schüler ganz ohne Karies stieg in dieser Altersgruppe von einem auf sagenhafte 62 Prozent. Seitdem konnte das hohe Niveau gehalten werden. Noch vor zehn Jahren, so Marthaler, diplomierten Schweizer Hochschulen jährlich etwa 135 neue Zahnärzte. Heute seien es gerade mal 90 bis 100 fürs ganze Land, und die würden mehr beraten als bohren. Ein Berufsstand schrumpft auf ein gesundes Maß. Als wichtigsten Grund für den Erfolg identifizierten Studien den Gebrauch fluoridhaltiger Zahnpasten zweimal täglich und zudem die Verwendung von fluoridhaltigem Speisesalz seit 1983. Gleichzeitig entstand seit den 60er Jahren ein engmaschiges gesundheitspädagogisches Netz der Schulzahnpflege.

In der Regie der einzelnen Kantone und Gemeinden kommen geschulte „Schulzahnpflegehelferinnen“ – bekannt als „die SZPH“ – drei- bis sechsmal jährlich zur Gruppenprophylaxe in jede Schulklasse, teilweise noch bis in die Oberstufe hinein. Da wird das richtige Zähneputzen eingeübt – und noch einmal trainiert und noch ein weiteres Mal und immer wieder. Die Kinder erfahren, wie zahnzeretzende Säure aus Zucker entsteht. Und sie lernen auch, zu Hause Fluoridsalz und fluoridierte Zahnpaste zu verwenden. Doch Säure und Bakterien im Mundraum wird es trotz aller Mühen immer geben, betont Marthaler: „Karies kann man nicht abschaffen wie die Pocken.“ Deshalb setzen die Schweizer zusätzlich zur Gruppenprophylaxe auf jährliche Kontrolluntersuchungen durch Schulzahnärzte. Wird auch nur ein Lösslein entdeckt, erhalten die Eltern umgehend einen Kostenvoranschlag für die Behandlung und Informationen, wie sie zukünftige Entgleisungen in der Zahnhygiene ihrer Kinder vermeiden können.



Foto: Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde

Wer braucht denn da Plomben?

Erst ganz am Ende der Versorgungskette kommen die Schulzahnärzte auch als „Reparateure“ zum Zuge. Einen großen Teil ihrer Arbeitszeit verwenden sie auf die Behandlung von Zahn- und Kieferfehlstellungen und auf Unfallschäden am Gebiss. Jenen Kindern, deren Zähne trotz aller Gruppenprophylaxe leiden, und ihren Eltern helfen die Schulzahnärzte mit intensiven Einzel- und Gruppeninstruktionen auf die Sprünge.

Die Zahngesundheit sei in der Schweiz zum Allgemeingut geworden, sagt Marthaler. Gleichzeitig beugten sich jetzt viele Gemeinden dem „Druck der Sparpolitik“ und neigten dazu, „gerade bei Leistungen zur Mundgesundheit zu sparen“. Sogar die jährliche Untersuchung sei gefährdet.

Während Schweizer Gesundheitsexperten bei nur noch drei Besuchen der SZPH jährlich bereits mit den Zähnen knirschen, können deutsche Kinder von so viel Aufmerksamkeit nur träumen. Die Sozialgesetzgebung sieht zwar durchaus eine Gruppenprophylaxe vor. Im Jahr 2000, so die Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen, erreichte diese aber gerade einmal drei Viertel der Grundschüler und ein Drittel der Schüler an weiterführenden Schulen mit mindestens einem Besuch der Klasse. „Nur selten werden Einrichtungen zweimal besucht“, beklagen die Experten der Kassen.

Doch damit nicht genug: „Auch werden bei den Besuchen in den Einrichtungen keineswegs alle notwendigen und effektiven Inhalte angewandt.“ Mit einer Gesetzeserweiterung im Jahr 2000 versprach die deutsche Bundesregierung mehr Investitionen in die Gruppenprophylaxe.

Trotz der Missstände nördlich der Alpen hat Marthaler Hoffnung für die Nachbarn mit den faulen Zähnen: „In sechs bis sieben Jahren wird Deutschland nachgezogen haben“, erwartet der Experte. Besserung brächte die Propagierung von fluoridiertem Speisesalz, das seit 1991 in Deutschland zumindest in Haushaltspackungen erlaubt ist. Der Marktanteil von Jodsalz mit Fluorid wuchs seitdem, mit stark steigender Tendenz, auf mehr als 50 Prozent.

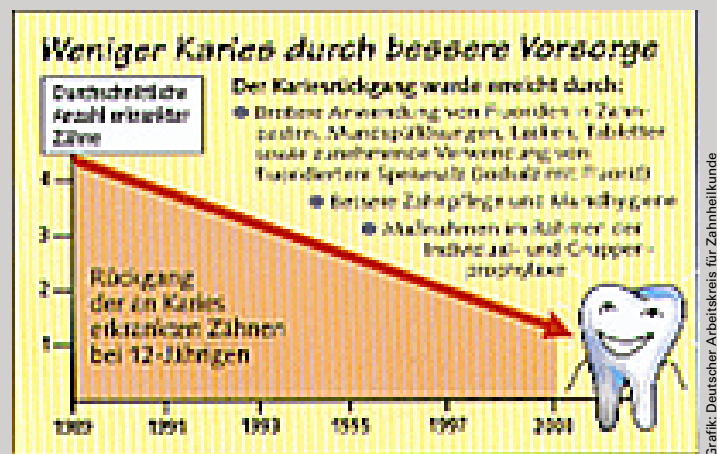
Kinderärzte verschreiben seit langem auf Kosten der Krankenkassen Fluortabletten für Säuglinge und Kleinkinder. Fluorierte Zahnpasten setzen sich ebenfalls durch. Prophylaxehelferinnen in den Zahnarztpraxen leisten bienenfleißig Aufklärungsarbeit, ihre Chefs tragen Fluoridlack und -gel auf Zahnflächen auf. Das Ergebnis der bisherigen Bemühungen, für die allein die gesetzlichen Krankenkassen rund eine halbe Milliarde Euro im Jahr ausgeben, ist überzeugend: Die durchschnittliche Anzahl der an Karies erkrankten Zähne bei den Zwölfjährigen ist von 4,2 im Jahr 1989 auf 1,2 im Jahr 2000 gesunken. Das ist fast schon Schweizer Niveau.

Leider aber bleibt Zahngesundheit aus Kindestagen im weiteren Lebensverlauf nicht automatisch erhalten. Der Anteil der kariesfreien Zwölfjährigen in der Schweiz stieg zwar von 1964 bis 1996 auf die sensationellen 62 Prozent. Schon bei den 14-Jährigen aber waren es nur noch 46 Prozent, die ohne Zahnfüllungen auskamen. Von außen zugeführtes Fluor lagert sich schon vor dem Durchbruch der Zähne in die Zahnschicht ein. „Doch auch danach ist Fluorid für die Mundgesundheit entscheidend wichtig“, mahnt Marthaler. Das Element, mit Zahnpaste und Salz aufgenommen, sei der „wichtigste Pfeiler der Vorbeugung bis ins hohe Alter“. Gleichzeitig kommt aber auch das Gesundheitsverhalten zum Tragen. Ohne Pflege verrotten auch fluoridgehärtete Zähne. Studien der Deutschen Gesellschaft für Parodontologie in Lübeck zufolge verzögert regelmäßiges und gründliches Zähneputzen Zahnersatz im Mittel um 22 Jahre. Vor allem die Beseitigung von Zahnbelag sei von „elementarer Bedeutung“.

Wie in fast allen großen Fragen der Gesundheit ist es allerdings auch bei den Zähnen mit individuellen Ansätzen allein nicht getan. 70 Prozent der Kariesfälle bei Kindern verteilen sich in Deutschland auf nur 20 Prozent der Altersgruppe. Die Karies tritt gehäuft in bestimmten sozialen Milieus auf. Gegenüber dem einen kariösen Zahn, der bei einem deutschen

Zwölfjährigen im Mittel gefunden wird, sind es bei Ausländerkindern nicht selten gleich drei. Die Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e.V. aus Bonn hat diese Problematik in einem umfassenden *Handbuch Oralprophylaxe und Mundgesundheit* aufgegriffen, das zahlreiche Einblicke von Experten aus der Medizin, den Sozialwissenschaften und der Verwaltung vermittelt. Deutlich wird aus ihren Beiträgen, dass gerade die Zahngesundheit von Problemgruppen dringend sozialer und pädagogischer Intervention bedarf.

Für deutsche und ausländische Kinder gilt gleichermaßen: Wer bereits im Schulalter die Zahnpflege erlernt und einübt, kann auf wenige Schäden im fortgeschrittenen Alter hoffen. Lernen Menschen auch frühzeitig, die Auswirkungen ihrer Ernährungsweise auf die Zahngesundheit einzuschätzen, haben sie gute Chancen auf ein gesundes Gebiss ein Leben lang.



Auch in Deutschland steigt die Zahngesundheit der Kinder. Fluorid und Prophylaxe zeigen Wirkung

Die Krankenkassen, aber auch Organisationen wie die Informationsstelle für Kariesprophylaxe des Deutschen Arbeitskreises für Zahnheilkunde in Groß-Gerau propagieren mit großem Engagement die Verwendung von Jodsalz mit Fluorid. Pioniere wie Hans Jörg Staehle, Professor am Universitätsklinikum Heidelberg, fordern eine Erhöhung des Marktanteils von Fluoridsalz von jetzt 50 auf über 80 Prozent. Dabei setzen sie auf eine Überwindung des Verbots von Fluoridsalz in Großküchen und in den Produkten der Lebensmittelindustrie.

Die Verwendung von mehr Fluoridsalz mag das Gebot der Stunde sein und ist in sich schon ein wichtiges Element von Gesundheitsaufklärung. Alle Erfahrungen zeigen aber, dass es langfristig ohne eine weitergehende Gesundheitspädagogik bis weit ins Erwachsenenalter hinein keine gute Zahngesundheit geben kann. **U**