
PLÄDOYER ZUM VERSTÄNDNIS EINER POSITIVEN PRÄVENTION

„Die Zeigefingerpädagogik haben wir lange genug benutzt, jetzt sollten wir die positiven Aspekte einer umfassenden Gesundheitsförderung in den Fokus einer durchdachten Kommunikation und Information stellen: Die Gefahren und Schicksale rund um morbide Krankheiten dürfen weiterhin ein Grund bleiben, aber nicht die alleinige Motivation, sich um Gesundheit zu kümmern. Zu oft bleiben die vielschichtigen, positiven Potenziale (Impacts) einer ganzheitlichen und fundierten Gesundheitsförderung auf der Strecke, die ein wesentlich größerer Antrieb sein sollten: soziale, körperliche wie geistige Leistungsfähigkeit und Lebensqualität bieten auch einen Schutz vor Unfällen, Krankheiten oder sonstigen Beeinträchtigungen – aber eben nicht ausschließlich! Jahrelange Erfahrung in Projekten oder Schulungen zu diesem Thema haben mich fortwährend dazu gebracht, die positiven Aspekte der Prävention in den Vordergrund stellen zu wollen. Mit diesem Plädoyer sollen subjektive wie objektive Erkenntnisse dazu in mehreren Dimensionen und aus verschiedenen Blickwinkeln zusammengetragen werden“.

Von Prof. (FH) Dr. Mathias Bellinghausen

Prävention¹ (lateinisch *praevenire* = zuvorkommen) ist im Kontext der Gesundheit und insbesondere der Gesundheitsförderung mittlerweile ein etablierter Begriff², mit dem sowohl ein Ausschalten oder Verringern von Risikofaktoren als auch eine gesundheitsförderliche Lebensstilgestaltung des Einzelnen oder eine gesundheitsförderliche Gestaltung von Verhältnissen in bestimmten Lebenswelten beschrieben wird. Hierzu zählen auch Vorsorgeuntersuchungen oder Impfungen. Ziel ist es also, nicht nur kurzfristig Unfälle oder langfristige Gesundheitsgefahren zu vermeiden, zu verringern oder zu verschieben, sondern im gesundheitsförderlichen Sinn³ möglichst resilient und widerstandsfähig gegenüber Krankheiten zu sein und viel mehr einen *Zustand des körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens* zu erzielen.⁴

Aus dieser Betrachtung eines so umfassenden, nahezu utopischen⁵ Gesundheitszieles, wie es die Weltgesundheitsorganisation bereits 1948 in ihre Verfassung aufnahm, folgt also, dass alles, was auf unsere Gesundheit Einfluss nehmen kann, auch berücksichtigt werden muss. Nicht nur unsere genetische Veranlagung, unser Geschlecht, unser Alter, unsere Lebens- oder Berufssituation, sondern auch die Region, das Land in dem

¹ Prävention gilt seit der Gesundheitsreform von 2007 neben der Primär- und Akutversorgung und Rehabilitation als vierte Säule im deutschen Gesundheitssystem.

² Zur detaillierteren Definition des Begriffes Prävention durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung siehe: Franzkowiak, 2018, unter: www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/praevention-und-krankheitspraevention/

³ Die Begriffe Prävention und Gesundheitsförderung weisen im Alltagsgebrauch eine Reihe von inhaltlichen Überschneidungen auf und damit mangelnde Trennschärfe, auch wenn das der Fachliteratur anders zu entnehmen ist. So wird aber bspw. auch im Präventionsgesetz oder im Leitfaden Prävention nicht nur vom Vorbeugen diverser Krankheiten gesprochen, sondern auch von der Stärkung Gesundheitsrelevanter Ressourcen.

⁴ Weltgesundheitsorganisation, 1948

⁵ Zur Utopie-Diskussion des WHO-Gesundheitsverständnisses siehe u.a. Kickbusch, 1999

wir leben mit seinem Zugang zu sauberem Wasser, Hygienestandards oder medizinischer Versorgung spielen demnach eine Rolle, die sich im Laufe der Zeit ständig verändert⁶. Natürlich können wir nicht jederzeit und überall Einfluss auf all diese Faktoren nehmen. Dieses Ziel kann demnach wohl nie vollends erreicht werden. Aber für Politik, Wirtschaft, Wissenschaft, Bildung bis hin zu jedem einzelnen, sollte stets die Bestrebung gelten, diesem Ziel über seine gesamte Lebensspanne hinweg möglichst nahe zu kommen und die Rahmenbedingungen dazu chancengleich zu setzen. Die Forderung der Weltgesundheitsorganisation lautet hierzu: „health in all policies“, sinngemäß übersetzt: „Gesundheit und deren Schutz sollte in allen Lebensbereichen mitgedacht und berücksichtigt werden!“⁷

PRÄVENTION IST IN DER ALLTAGSSPRACHE NICHT EINDEUTIG

Der Begriff Prävention ist vielschichtig und im Alltagsgebrauch durchaus mehrdeutig. Fragt man bspw. einen Polizisten nach Prävention, wird er vermutlich direkt an die Gewalt- oder Verbrechensprävention denken; ein Sozialarbeiter zuerst an Drogenprävention, ein Mitarbeiter der Berufsgenossenschaft an Arbeitsschutz, ein Feuerwehrmann an Brandschutz, ein Fahrradfahrer an Verkehrssicherheit oder ein Arzt je nach Fachrichtung möglicherweise an die Krebsvorsorge oder die Prophylaxe in der Zahnmedizin. Innerhalb dieser Verständnisse von Prävention lassen sich noch zusätzliche Unterschiede erkennen. Während der eine sich an dem reinen Risikofaktor orientiert, denkt der andere bspw. an die Stärkung des Immunsystems, an Schulungen im Umgang mit möglichen Gefahren oder an Aufklärung.

In verschiedenen Bereichen der Präventionsarbeit tauchen nicht nur ein unterschiedliches Verständnis, sondern viele Herausforderungen, Rahmenbedingungen oder Wirkungszusammenhänge auf. Beispielhaft lässt sich das Übergewicht bei Kindern oder Jugendlichen betrachten: Dies lässt sich auf genetische Dispositionen, Ernährungsweise, Bewegungsverhalten, psychische oder andere depressive Störungen/ Erkrankungen, Schlafmangel u.a.m. zurückführen. Alle Faktoren können sich zudem gegenseitig bedingen bzw. in unterschiedlichem Maße auslösen und verstärken. Es wäre also falsch, einem übergewichtigen Kind nur mit einer anderen Ernährungsweise zu begegnen. Hier wird deutlich, wie komplex Prävention auf verschiedenen Ebenen sein kann. Wenn nun die Erkenntnis hinzukommt, dass die Wahrscheinlichkeit, einen übergewichtigen Jugendlichen wieder in ein Normalgewicht zu überführen, bei unter 5% liegt⁸, dann wird der Handlungsbedarf deutlich, nämlich es gar nicht erst zu dem Übergewicht kommen zu lassen. Eine große Herausforderung vor dem Hintergrund, dass mittlerweile ein Drittel der Weltbevölkerung übergewichtig ist⁹.

Ein weiteres Beispiel liefert der Stress: Im Ranking der Liste der Krankheiten, die für Arbeitsausfälle verantwortlich sind (AU-Tage), haben sich die psychischen Erkrankungen in den vergangenen Jahren schnell auf den vordersten Platz geschoben¹⁰. In dem neuen Register ICD 11, das die WHO ab 1.1.2022 veröffentlichen will¹¹, wird der Burnout erstmals als eigenes Symptom aufgeführt. Mittlerweile ist aber hinlänglich wissenschaftlich bewiesen, dass sich Stress auch auf andere Weise auswirken kann, wie bspw. in Form von chronischen Rückenschmerzen oder eines höheren Inflamationsrisiko. Ebenso wie bei Adipositas¹² zeigt sich in einem Burnout-Prozess, das durch frühzeitiges Intervenieren oder bestenfalls vorherige Förderung der Stressresilienz etc., nicht dieser meist zeitintensiv reparable Krankheitsverlauf entstanden wäre.

⁶ vgl. u.a. Kilian, Brandes, & Köster, 2008

⁷ Weltgesundheitsorganisation, 1948

⁸ Reinehr, 2007; Graf, 2012

⁹ Ng, et al., 2014

¹⁰ BAuA, 2019

¹¹ WHO, ICD – International Classification of Diseases, unter: <https://icd.who.int/dev11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/129180281>

¹² Mit Adipositas wird die krankhafte Form von deutlichem Übergewicht beschrieben.

PRÄVENTION IST GANZHEITLICH

Sowohl im Präventionsgesetz als auch in der Theorie zur Prävention im engeren Sinne ist stets die Rede von dem Dreiklang aus Bewegung, Ernährung und Stress¹³. Mittlerweile wird dies häufig um Suchtprävention oder gesundem Schlaf erweitert. Diese Bereiche besitzen eine Interdependenz und müssen bei Programmen zur Entwicklung eines aktiven Lebensstils immer mitgedacht werden: Eine dauerhaft ungünstige Ernährung kann bspw. den Körper wirklich „stressen“. Die Muskulatur und deren Bewegung spielt in den körperchemischen Prozessen beim Stress eine herausragende Funktion. Schließlich spielen Bewegung und Ernährung nicht nur singular, sondern schon bei der Erzielung einer ausgeglichenen Energiebilanz im gegenseitigen Zusammenspiel eine Rolle.

Diese Zusammenhänge lassen sich immer weiter ausführen: So zeigt die Schlafforschung, dass Schlafmangel wie ein leichter Diabetes wirkt, ebenso sind Stress und Drogenmissbrauch ein gefährlicher „Doppelpass“. Umgekehrt sind aber körperliche Aktivität am Tage und ein Geist, der nicht unter Stress steht,¹⁴ gute Mittel gegen Schlafstörungen.

Sofern Programme aufgelegt werden, die sich nur einem Thema widmen, müssen die anderen Bereiche, bzw. deren Einfluss, stets berücksichtigt werden. Es droht ansonsten ein Zustand von ineffektiver „Projektitis“, die nicht zu gewünschten Erfolgen führen. Diese relevanten Themen zur Herstellung eines gesunden, aktiven Lebensstils sind deshalb immer im Zusammenhang zu sehen. Weitere Aspekte einer geforderten Ganzheitlichkeit folgen.

PRÄVENTION IST INTERDISZIPLINÄR

Aus der skizzierten notwendigen, thematischen Ganzheitlichkeit wird schon ersichtlich, dass unterschiedliche Themengebiete oder Mutter-Wissenschaften angesprochen werden müssen. Allein für Bewegung, Ernährung und Stress werden bspw. Erkenntnisse aus Sportwissenschaft, Ökotrophologie und Psychologie oder Medizin gebraucht. Doch neben den Erkenntnissen aus den reinen Wissenschaften kommen auch die Herausforderungen hinzu, wie bspw. Menschen motiviert werden und wie bestmöglich deren Gesundheitskompetenz gesteigert werden kann (Psychologie oder Pädagogik/ Didaktik), oder wie möglichst effizient strategische Programme oder nachhaltige Infrastrukturen aufgebaut werden (Projektmanagement, Öffentliche Verwaltung etc.). Natürlich finden viele Gesundheitsangebote mittlerweile im Internet bzw. durch die Zunahme digitaler Lösungen statt (Technik, IT etc.). Spätestens aus diesem Kontext ist die Problematik mit dem Datenschutz bekannt. Gesundheitsdaten zählen zu den sensibelsten Daten (Rechtswissenschaften).

Die hier jeweils angegebenen Disziplinen zeigen schon eine große Vielfalt. Die Zusammenhänge untereinander sind vielschichtig, könnten aber noch erweitert werden: Viele Fragen zur Gesundheitsförderung und Prävention werden in politischen Diskursen erörtert und Entscheidungen unterliegen auch immer einer finanziellen Machbarkeit oder Trägerdiskussion. Die Rolle der Pharmazie ist ebenso nicht zu vergessen, wie die der Rentenversicherung, den Berufsgenossenschaften und anderer Sozialträger.

Ein nicht zu unterschätzendes Problem ist zudem, dass sowohl diverse Träger als auch Vertreter der verschiedenen Disziplinen oft die Deutungshoheit über das Thema Prävention für sich proklamieren. Viele Vorgaben, die dann entweder themenmonoton oder aus Sicht diverser Institutionen zielgewichtet „Top-Down“ geschaltet werden, verpassen wesentliche Herausforderungen oder Sollbruchstellen in der Umsetzung „Bottom Up“ zu übersehen. Prävention ist eben auch Praxisbezug!

¹³ GKV-Spitzenverband, 2020

¹⁴ Zully, 2010

PRÄVENTION IST EIN PROZESS

Neben den verschiedenen Disziplinen und Trägern kommt eine weitere Dimension hinzu: der Faktor Zeit. Wie oben bereits angedeutet, ist das Verständnis, im Auto den Gurt anzulegen für die direkt folgende Fahrt, schnell erreicht. Heute allerdings seinen Lebensstil zu ändern, weil ansonsten vielleicht in 20, 30 oder gar 50 Jahren eine Krankheit bedrohlich werden kann, ist insbesondere für junge Leute erstmal schwer nachzuvollziehen.

Gleiches gilt auch für Organisationen. Häufig taucht die Frage auf, wie die eigene Firma möglichst schnell und effizient ein nachhaltiges Gesundheitsmanagement aufbauen kann. Im Sinne eines Projektmanagements mit „smarten“ Zielen werden häufig kurzfristige Kennzahlen wie AU-Tage, sich daraus ergebende Ausfallkosten durch Absentismus oder Präsentismus etc. herangezogen. Die Mitarbeitergesundheit endet jedoch nicht am Werkstor, die Kindergesundheit nicht am Schultor. In Kommunen ist die Herausforderung noch komplexer und Umsetzungsmaßnahmen durchlaufen hier oft noch längere Entscheidungswege und benötigen längere Implementierungszeiten.

Aber auch für Organisationen und Kommunen sei gesagt, dass hier schließlich Menschen überzeugt und mitgenommen werden müssen, die alle unterschiedliche Voraussetzungen und Vorgeschichten haben, sich alle unterschiedlich motivieren lassen wollen oder sich im Rahmen der Betrachtung aus Lebensspanne und Lebenswelt/ Lebenssituation anderen Herausforderungen gegenübersehen.

Die Prozesse im Rahmen der Gesundheitsförderung und Prävention befinden sich daher in einer Art Dichotomie aus harten Kennzahlen und betriebswirtschaftlicher Herangehensweise einerseits und zahlreichen sog. weichen Faktoren andererseits. Natürlich ist es wichtig, klare Ziele in vereinbarten Zeiträumen zu verfolgen, über die sich alle bewusst sein müssen, getreu dem Motto: „Wer den Hafen nicht kennt, für den ist kein Wind günstig!“. Dennoch sollte die lateinische Herkunft des Begriffes Management („manum agere“) nicht vergessen werden, das mit „an die Hand nehmen“ übersetzt werden kann. Anders gesprochen: Im Zuge der Erreichung einer nachhaltigen und ganzheitlichen Gestaltung von Lebenswelten oder des individuellen Lebensstils, darf auch gerne der Weg ein großer Teil des Ziels sein. Denn positive Erfahrungen auf diesem Weg sind unerlässlich, um eine Verstetigung von verschiedenen Verhaltensweisen zu erreichen, oder Vertrauen in resp. Etablierung von Strukturen und Prozessen in Organisationen herbeizuführen.

Verstetigung und Nachhaltigkeit sind in dieser Betrachtung auch deshalb so wichtig, da Prävention in der gesetzlichen Umsetzung meist finanziell oder materiell nur einen „Anschub“ vorsieht, der dann bspw. nach zwei Projektjahren in Lebenswelten oder rund zehn Unterrichtseinheiten eines Präventionskurses nachhaltig fortgeführt werden soll. Dies ist ein oft unterschätzter Punkt in der Planung und Umsetzung von Präventionsmaßnahmen, der als große Sollbruchstelle angesehen werden muss. Zahlreiche „Projektruinen oder gar -leichen“ mit erheblichen „sunk costs“ sind damit verbunden.

PRÄVENTION IST WISSENSCHAFT

Wie in den oben bereits erwähnten Geistes- oder Naturwissenschaften spielen zwar die Qualitätskriterien wissenschaftlichen Arbeitens überall eine große Rolle, in der methodischen Vorgehensweise oder bei gesetzlichen Vorgaben werden sie allerdings durchaus unterschiedlich gewichtet. In der Zusammenführung bei Projekten zur Prävention und Gesundheitsförderung muss dies berücksichtigt werden. Natürlich ist auch hier das Bestreben, auf gesicherte, evidenzbasierte Erkenntnisse oder Maßnahmen zurückzugreifen zu können. Insgesamt liegt bei der Präventionsforschung jedoch eine große Herausforderung gegenüber der konkreten, krankheitsinduzierten – und damit bedarfs- und ursachengenauen - Messbarkeit von Therapie-, resp. Rehabilitationsmaßnahmen oder Medikamenteneinsatz vor.¹⁵ Während ein Krankheitsverlauf singulär

¹⁵ vgl. De Bock, Dietrich & Rehfuss, 2020; Gerlinger, 2018; Razum, Brzoska & Breckenkamp, 2011

betrachtet und individuell zugeordnet werden kann, um demnach genaue Erkenntnisse über Wirkung, Zeit oder Kosten und damit Effizienz der Behandlungsmethode zu gewinnen, gestalten sich Präventionsprogramme zunächst anders: sie richten sich an alle und bemühen sich, nicht nur die Risikofaktoren möglichst vieler Krankheiten zu verringern, sondern im salutogenetischen Sinne auch verschiedene Ressourcen zu stärken. Welche Maßnahme letztendlich welche Krankheit verhütet hat, ist demnach im Einzelfall nur schwierig nachzuvollziehen. Insbesondere, wenn mögliche Ursachen und Wirkungen eine große zeitliche Distanz mit sich bringen, wie bspw. die erste Zigarette mit 15 Jahren und der Lungenkrebs mit 50, die zunehmend von Fastfood geprägte Ernährung und das sich langsam ergebende Übergewicht oder die altersbedingt abnehmende Muskelmasse bis zu ersten Sturzgefahren durch Kraftverlust sowie Koordinations- und Beweglichkeitsschwäche.

In diesem Zusammenhang sind die zahlreichen Evaluationen von einzelnen Gesundheitsmaßnahmen auch in der makroökonomischen Betrachtung wenig aussagekräftig. Schon im Nationalen Präventionsbericht von 2019¹⁶ wird darauf hingewiesen, dass positive Evaluationen von einzelnen Präventionskursen zwar erfreulich sind, aber noch keine Rückschlüsse darauf zulassen, ob bei den Teilnehmern wahrhaft ein nachhaltiger Veränderungsprozess bzgl. des Lebensstils eingesetzt hat. Methodisch ist dies herausfordernder und bedarf eher Längsschnittbetrachtungen, insbesondere, wenn sich Rückschlüssen daraus im epidemiologischen Sinn angenähert werden soll. Hier spielen u.a. Effekte wie Positiv-Evaluation (auch „Law of Attrition“¹⁷) eine große Rolle: So wäre ein Forscher aus dem Bereich Public Health bei der Frage nach Einstellungen zum Impfen schlecht beraten, nur Menschen zu befragen, die mit einem Pflaster auf dem Oberarm aus einem Impfzentrum kommen.

Die Frage darf in der volkswirtschaftlichen oder makroökonomischen Betrachtung also nicht nur sein, ob einzelne Maßnahmen effektiv wirken, sondern ob sie auch Interdependenz zu einem nachweisbaren, positiven Ergebnis führen, und ob auch die entsprechenden (vulnerablen) Zielgruppen wirklich erreicht wurden. Die Bundesregierung spricht in einer Stellungnahme zum Präventionsgesetz schlussendlich logischerweise von der Notwendigkeit einer „Impact-/Outcome-Forschung“.¹⁸

Nicht zu unterschätzen ist zudem die menschliche Neigung dazu, dramatisch und nicht quantitativ zu denken. Sehr oft werden Einzelschicksale herangezogen, um von dort aus induktiv Rückschlüsse auf die Gesamtsituation zu ziehen. Das lässt sich bspw. beobachten, wenn Raucher über die Gefahren des Rauchens sprechen. Es dauert meist nicht lange, bis der Name Helmut Schmidt fällt. Auch wird gern auf den Opa verwiesen, der jeden Abend sein Feierabendbier oder Verdauungsschnaps trank oder die Oma, die an alles „gute Butter“ oder Sahne hinzufügte, damit es schmeckt. Und beide sind sie dann über 90 geworden! So sehr es einen für die beiden freuen kann, so sprechen wissenschaftlich erhobene Daten zum Rauchen, zum Alkoholmissbrauch oder auch zu einer hochkalorischen Ernährungsweise eine eindeutige Sprache und liefern ausreichend Evidenz. Die schicksalhafte Erzählung über den einzelnen liegt uns aber oft näher als die nackten Zahlen, Daten und Fakten.

PRÄVENTION IST KOMMUNIKATION

Kommunikation ist ein sehr weitreichendes Feld. Medizin und Prävention, Management und Führung oder Motivation und Gesundheitskompetenz – alles wäre ohne Kommunikation nicht umsetzbar. Spätestens durch die fünf Axiome von Paul Watzlawick¹⁹ oder durch das 4-Ohren-Modell von Schulz von Thun²⁰ ist deutlich, wie herausfordernd und störungsanfällig zwischenmenschliche Kommunikationsprozesse sein können. Projekte, egal

¹⁶ Das Präventionsgesetz sieht die Einrichtung einer Nationalen Präventionskonferenz vor, die alle vier Jahre (erstmalig 2019) einen Nationalen Präventionsbericht vorlegen soll. Ziele, Inhalte und Besetzung der Konferenz sowie der erste Bericht unter: <https://www.npk-info.de>

¹⁷ Eysenbach, 2005

¹⁸ Bundesregierung, 2021

¹⁹ Watzlawick, 2016

²⁰ Schulz von Thun, 1981

welcher Größe, scheitern nicht selten an unterschiedlichen Rollenverständnissen, Rollenkonflikten, mangelnder Absprache oder eben falscher Ansprache.

Im Bestreben zu mehr Prävention und Gesundheitsförderung in den Lebenswelten bis hin zum internalisierten Verständnis im Leben eines jeden einzelnen, bedarf es viel Aufklärung und motivationaler Ansprache auch allgemein im gesellschaftlichen Kontext. Medien, egal ob klassische Zeitungen und Zeitschriften, Radio und TV oder digitale, soziale Netzwerke nehmen hier eine herausragende Funktion ein. Die Potenziale von Prävention und Gesundheitsförderung sollten überall zielgruppengerecht aufgearbeitet und mit Best-Practice-Beispielen zur Anwendung animiert werden, Stichwort: niederschwellige Information und Motivation, Infotainment, Gamification oder Nudging.

Natürlich haben sich Fitness-Cracks oder andere aktive Sportler schon längst ihre (medialen) Nischen gesucht, in denen sie miteinander kommunizieren, positive Erfahrungen und Tipps austauschen. Aber wie kommen diese auch bei anderen an? Wie können Menschen von einer gesünderen Ernährung überzeugt werden, wenn jeder zweitklassige Comedian erst mal mit dem „millionsten Witz“ über Veganer das klischeehafte Schwarz-Weiß-Malen aus „gesund oder lecker“, „gesund oder Spaß“ und „vermeintlich vernünftig vs. vermeintlich cool“ polarisierend bedient. Das soll nicht heißen, dass Veganer keinen Humor haben, aber aus dem etablierten, oder besser manifestierten Rollenbildern heraus lässt sich ein Umdenken schwieriger gestalten. Dies findet sich auch in der Werbung oder der Bildersprache von Fitness und Gesundheit wieder: Junge hübsche Menschen, muskulöse Männer mit ärmelfreien Shirts und scheinbar ständig lachende, hochattraktive Frauen, die eine Gabel mit Salat vor sich halten: Die Bildersprache manifestiert diese Vorurteile ebenso. Man muss nur andeuten, welche Bilder mit Öko und Bio assoziiert werden... - viele intersubjektiv nahezu einheitlich konstruierte Wirklichkeiten besitzen manchmal eine erstaunliche Halbwertszeit.

PRÄVENTION IST PARTIZIPATION

Genauso wie Umsetzer von Präventionsmaßnahmen sich Gedanken machen müssen, wie sie bestmöglich ihre Zielgruppen ansprechen, genauso müssen sie auch zuhören können. Nicht nur um deren Motivation zu steigern ist es sinnvoll, aus Betroffenen Beteiligte zu machen und alle partizipieren zu lassen. Vielmehr kommen in gut moderierten Prozessen viele Inputs, Wünsche und gute Lösungsansätze aus der Mitte der Teilnehmer. So ist es bspw. im kommunalen Gesundheitsförderungsprozess unerlässlich, alle relevanten Gruppen und Bevölkerungsschichten vertreten zu haben und sie im Sinne einer gesundheitlichen Chancengleichheit zu hören. Nicht selten liegt Veränderungspotenzial nicht im Scheinwerferlicht der Theorie aus Prävention und Gesundheitsförderung, sondern wird bspw. aus der Belegschaft, aus der Schülerschaft oder aus Teilen der kommunalen Bürgerschaft hervorgebracht. Hier gilt: „Selber planen und machen ist besser als nachmachen“. Denn während der Begriff Partizipation – vor allem in Hinblick auf Chancengleich – im Leitfaden Prävention oder in anderen Fachtexten zu Gütekriterien kommunaler Gesundheit²¹ explizit aufgeführt ist, lassen sich in der Praxis die oben angesprochenen „Top Down“-Vorgaben in nicht vollständig repräsentativen Arbeitsgruppen beobachten.

PRÄVENTION IST SINNSTIFTEND

Erfindergeist und technischer Fortschritt, Medialisierung und Mediatisierung, Internet of Things und Digitalisierung: Alle Entwicklungsprozesse haben einen großen Einfluss auf die Entwicklung der Krankheitsbekämpfung sowie der Prävention und Gesundheitsförderung - im positiven wie im negativen Sinn. Denn während neue Behandlungsmethoden und Techniken die Bekämpfung einer Krankheit verbessern können,

²¹ vgl. u.a. Luthe, 2013

bringen soziale Netzwerke, bewegungsarme Telearbeit oder die ständige Verfügbarkeit durch das Smartphone auch gesundheitliche Herausforderungen mit sich.

Zukunftsforscher legen uns heute schon Szenarien vor, wie körpereigene Vitalitätsdaten kabellos an einen Rechner übertragen werden und wir uns dann in Bezug auf unseren aktuellen Biorhythmus Nährstoffe in einem 3D-Drucker selbst anfertigen können. Oder anders gesagt: Wir lagern das Kümern um uns selbst aus - Technik und künstliche Intelligenz machen es möglich.

Die Frage bleibt, ob uns in diesem Zusammenhang nicht ein wesentlicher Sinn unseres Daseins genommen wird. Professor Ulrich Oevermann stellt bspw. fest, dass durchaus Störungen im Dialog zwischen unserem Geist und unserem Leib in Bezug auf bspw. Übergewicht vorherrschen können.²² Antonovsky spricht ebenfalls von Sinnhaftigkeit, so dass es für die Lebensführung Ziele und Projekte gibt, für die es sich lohnt, sich zu engagieren.²³ Berechtigterweise sollten hier Überlegungen angestellt werden, wie sehr eine Entfremdung zwischen Geist und Leib befördert wird, wenn sich der Mensch nicht mehr selbst um sich kümmern soll, muss oder am Ende nicht so gut kann. Antonovsky beschreibt in seiner Triangulation zur Salutogenese die Sinnhaftigkeit gemeinsam mit Verstehbarkeit und Handhabbarkeit. Die Frage ist also nicht, wie heile ich Krankheit (Pathogenese), sondern vielmehr, wie entsteht Gesundheit? Er liefert damit u.a. eine Grundlage für Gesundheitsförderung und für die Gesundheitskompetenz.

Das bedeutet nicht, dass der Fortschritt nicht bestmöglich im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung genutzt werden sollte. Doch in Bezug zum Menschen drehen sich Fragen nicht nur um „höher, schneller oder weiter“. Eins lässt sich bereits feststellen, dass die achtsame Fürsorge um seine eigene Gesundheit oder die der nächsten eine enorme Sinnstiftung mit sich bringt, und das auch in der Familie oder in anderer Gemeinschaft.

PRÄVENTION IST EMPOWERMENT UND KOMPETENZ

Die Steigerung der Gesundheitskompetenz, und neuerdings auch die Steigerung der digitalen Gesundheitskompetenz (vgl. §20k SGB V) ist mittlerweile eine Zieldimension in nahezu allen bedeutenden politischen Willenserklärungen. Gesundheitskompetenz basiert auf allgemeiner Kompetenz und beinhaltet: „Fähigkeiten, Fertigkeiten, Wissen und Motivation, um im Alltag relevante Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden, um in den Bereichen Krankheitsbewältigung, Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung Entscheidungen zu treffen und zu handeln. Mit dem Ziel, gute Lebensqualität während des gesamten Lebenslaufs zu erhalten und zu verbessern“²⁴. In dieser Definition wird bereits die Bandbreite des Begriffsverständnisses Gesundheitskompetenz deutlich. Schon die Sprache zu verstehen, in der Informationen verfasst sind, und diese in ihrer Bedeutung zu begreifen, respektive gesicherte Informationen nicht nur überhaupt zu finden, sondern nach ihnen zu suchen – all dies sind bereits banale Ausgangspunkte eines kompetenten Umgangs mit der eigenen Gesundheit. Dies geht weiter von einer richtigen Analyse und Selbstbezug bis zu einer selbstverständlichen Anwendung dieser Gesundheitsinformationen im persönlichen Alltag. Das bedeutet, dass Menschen, ohne darüber nachzudenken, jeweils Entscheidungen und / oder Routinen zu Gunsten ihrer Gesundheit treffen. Die Breite des Verständnisses von Kompetenz wird auf den verschiedenen Taxonomie-Stufen unterschiedlich interpretiert, wie bspw. Grundwissen, Grundfertigkeiten, Selbstwahrnehmung, Verantwortungsübernahme, Selbststeuerung, Kommunikation und Kooperation.²⁵

Empowerment kann in diesem Zusammenhang beschrieben werden als chancengleiche Unterstützung und Befähigung jedes einzelnen, eine möglichst hohe Gesundheitskompetenz und damit Voraussetzung zu eigenem

²² Oevermann, 2008

²³ Antonovsky, 1997

²⁴ Sorensen et al., 2012

²⁵ vgl. Lenartz, 2012; Hurrelmann, et al., 2016

(sinnhaften und effektiven) Handeln in Bezug auf Gesundheit zu erzielen. D.h., jeder einzelne besitzt das agile Potenzial, Entscheidungen, Routinen oder proaktive Maßnahmen für seine Lebenssituation und Voraussetzungen adaptiv finden und anwenden zu können.

Dies setzt aber natürlich auch eine gewisse Selbstverantwortung voraus, die ein jeder aufbringen sollte. Sämtliche Verhältnis- und Verhaltenspräventive Maßnahmen sowie deren Finanzierung, Aufbau von Strukturen und Umsetzung von Konzepten für die jeweiligen Zielgruppen – all dies lässt sich nur durch aktive Aufnahme, Nutzung und Involvement aller Bürger umsetzen.

PRÄVENTION IST EIN PARADIGMENWECHSEL

Wird bei Schulungen das Thema Suchtprävention behandelt, lässt sich oft beobachten, dass die Teilnehmer schnell in bereits bestehende Suchtproblematiken abweichen. Eigentlich fällt aber ein schwer an Sucht erkrankter Mensch aus dem Fokus des Vorbeugens heraus. Dieses Phänomen lässt sich auf alle anderen Bereiche übertragen. Viele Menschen vornehmlich älterer Generationen sehen auch noch die beste Gesundheitsvorsorge darin, viel Geld für Behandlungskosten anzusparen und ein Telefonbuch mit den besten Ärzten zu haben. Im Hier und Jetzt die Gesundheit und die dafür notwendigen Ressourcen zu stärken wird seltener in Betracht gezogen. Nicht wenige verlassen sich auf die sich immer weiter verbessernde medizinische Versorgung. Immerhin steigt durch sie auch unsere durchschnittliche Lebenserwartung stetig an (Männer werden in Deutschland im Schnitt knapp über 80 Jahre, Frauen sogar noch rund zwei Jahre älter).

Es ist insbesondere zu beobachten, dass Menschen auch erst im zunehmenden Alter der Gesundheitserhaltung einen höheren Stellenwert zuordnen, weil mit zunehmendem Alter die körperliche und mentale Leistungsfähigkeit abnimmt bzw. die Erholungsphasen länger benötigen. So werden Zweidrittel aller Präventionskurse von Menschen über 50 Jahren besucht. Noch deutlicher wird die Geschlechterverteilung: Vier von fünf Teilnehmern sind weiblich!²⁶ Die Männer müssen scheinbar auch so funktionieren, denn zu schnell wird gerade bei psychischen Erkrankungen der Bezug zu Schwäche hergestellt.

Hier ließe sich synthetisieren, was bereits erwähnt wurde: es fehlt die richtige Ansprache, die Gestaltung von Verhältnissen, die systematische Herangehensweise, ein „an die Hand nehmen“ und auch die Bereitschaft dazu, Kosten nicht nur für die tatsächliche Krankheit und deren Behandlungen in Kauf zu nehmen, sondern auch (vermeintlich Streuverlust unterliegenden) Ausgaben für eine flächendeckende Prävention und Gesundheitsförderung. Immerhin geben wir heute noch am Tag mehr Geld für Krankheitsbewältigung als für Prävention im ganzen Jahr aus. Doch hier sollen nicht nur Krankheiten vermieden, sondern gemäß WHO das körperliche, soziale und geistige Wohlbefinden erreicht werden. Dahinter steckt nicht die Idee der Pathogenese (Heilung von Krankheiten), sondern die der Salutogenese. Es steht also folgende Fragen im Mittelpunkt: „Was macht gesund bzw. was macht uns resilient und stark? Was fördert unser Wohlbefinden auf allen Ebenen und damit unsere Lebensqualität?“

Dieses Denken in salutogenetischer Herangehensweise an Gesundheit im Gegensatz zur sog. „Reparaturmedizin“ ist ein echter Paradigmenwechsel.

²⁶ GKV-Spitzenverband, 2019)

PRÄVENTION IST POSITIV

Prävention, im Sinne einer Veränderung von bestehenden Alltagsstrukturen sowie etablierten Bewegung-, Ernährungs- oder Entspannungsgewohnheiten, wird außerhalb der Sport- und Fitnessgruppen oft negativ konnotiert, da es mit einem tatsächlichen, persönlichen „Change-Management-Prozess“ einhergeht, schlimmstenfalls noch bebildert mit einem muskulösen Mann in ärmellosem Hemd, der uns was von „Härte“ und „durch den Schmerz trainieren“ erklärt. Das wäre nicht nur die falsche Ansprache, sondern hier greift auch wieder das Phänomen des (klischeehaften) „Schwarz/Weiß-Malens“. Es geht gar nicht darum, aus allen Menschen durchtrainierte Super-Athleten zu machen und auf alles zu verzichten, was uns lieb und teuer ist, sondern in dieser breiten und facettenreichen Grauzone dazwischen, nach und nach kleine Schritte in Richtung des hier schon mehrfach genannten Wohlbefindens zu gehen.

Doch nicht nur Bequemlichkeit oder der überflüssigerweise oft zitierte „Innere Schweinehund“ hält uns davon ab, sondern möglicherweise auch Angst vor Neuem, Scham, sich in Bewegungsgruppen zu exponieren, Zeitmangel im beruflichen Alltag oder in herausfordernden Familiensituationen mit pflegebedürftigen Angehörigen. Auch das manifestierte Verständnis von Gesundheit, erst dann aktiv zu werden, wenn eine Krankheit vorliegt, steht auf der langen Begründungsliste derjenigen, die sich der Prävention und Gesundheitsförderung nicht zuwenden wollen oder können. Vielleicht fehlt es auch einfach an einer positiven Erfahrung oder die ersten Versuche wurden falsch angegangen. Vielleicht bedarf es auch eines individuellen Paradigmenwechsels, die eigene Gesundheit als sinnstiftend so zu priorisieren, dass Entscheidung zuerst hier, und erst dann in einem ökonomischen, beruflichen oder anderem Entscheidungskontinuum behandelt werden – bestenfalls in einem gesellschaftlichen Konsens.

Den Einzelnen, die noch so kleine Organisation oder Kommune bis hin zu großen Unternehmen oder Städten betrachtet, bedeutet dies: Wenn sich alle gemeinsam mit der richtigen Unterstützung, mit evidenzbasierten Methoden und erprobten Best-Practice-Maßnahmen, mit der jeweils notwendigen Unterstützung und funktionierenden Kommunikation und Information gemeinsam auf den Weg machen, wird dieser auch leichter sein.

Konzepte wie LOHAS („Life of Health and Sustainability“) lassen sich nicht nur in der Gemeinschaft besser umsetzen, sondern sie führen erst zu dieser Gemeinschaft und verbinden andere nachhaltige Themen. Salutogenetisch angelegte Ziele sind durchweg positiv, nicht nur für die eigene Gesundheit, sondern auch die Gesundheit von anderen und das mit positiven Effekten auf Nachhaltigkeitsziele!

Partizipation, Chancengleichheit und Paradigmenwechsel sind hier die „Zauberworte“ für einen sich stetig (iterativ) entwickelnden Prozess voller sinnstiftender und ganzheitlich angelegter Umsetzungsmaßnahmen in Verhältnis- und Verhaltensprävention – hin zu einem sozialen, geistigen und körperlichen Wohlbefinden. Positive Erfahrungen sorgen für eine nachhaltigere Verstetigung im gesundheitsförderlichen Verhalten für jeden Einzelnen und genau diese sollten das Motiv sein, um sich optimistisch auf den Weg dorthin zu machen, nicht der Zwang, loslaufen zu müssen, getrieben von den Ängsten und Gefahren der Krankheiten. Mehr Aufmunterung und Gemeinschaft, weniger Zeigefingerpädagogik.

AUS „MÜSSEN“ WIRD EIN „DÜRFEN“, AUS „SOLLEN“ EIN „WOLLEN“.

LITERATURVERZEICHNIS

Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: dgvt.

BAUA. (2019). *Volkswirtschaftliche Kosten durch Arbeitsunfähigkeit 2016*. Abgerufen am 07. Februar 2019 von Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA): https://www.baua.de/DE/Themen/Arbeitswelt-und-Arbeitsschutz-im-Wandel/Arbeitsweltberichterstattung/Kosten-der-AU/pdf/Kosten-2016.pdf?__blob=publicationFile&v=4

Bundesregierung, Deutsche (14. 01 2021). *Bundestag Drucksache 19/26140*. Von Unterrichtung der Bundesregierung: Stellungnahme der Bundesregierung zum ersten Präventionsbericht der Präventionskonferenz über die Entwicklung der Gesundheitsförderung und Prävention: <https://dip21.bundestag.de/dip21/btd/19/261/1926140.pdf> abgerufen

De Bock, R., Dietrich, M., & Rehfuss, E. (2020). *Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)*. Von Evidenzbasierte Prävention und Gesundheitsförderung. Memorandum der BZgA: <https://doi.org/10.17623/BZGA:2020-EPGF-DE-1.0> abgerufen

Eysenbach, G. (2005). The Law of Attrition. *Journal of Medical Internet Research* 7(1):e11, S. doi:10.2196/jmir.7.1.e11.

Franzkowiak, P. (28. 06 2018). *Prävention und Krankheitsprävention*. Von BzGA Leitbegriffe: <https://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/praevention-und-krankheitspraevention/> abgerufen

Gerlinger, T. (2018). *Bundeszentrale für politische Bildung*. Von Baustellen Gesundheitssystem: Aktuelle Herausforderungen in der Gesundheitspolitik: <http://www.bpb.de/apuz/270312/baustellegesundheitssystem-aktuelle-herausforderungen-inder-gesundheitspolitik-essay> abgerufen

GKV-Spitzenverband. (2019). *GKV-Spitzenverband*. Von Präventionsbericht 2019: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/praevention__selbsthilfe__beratung/p-raevention/praeventionsbericht/2019_GKV_MDS_Praeventionsbericht_barrierefrei.pdf abgerufen

GKV-Spitzenverband. (2020). *Leitfaden Prävention - Handlungsfelder und Kriterien nach §20 Abs.2 SGB V*. Von https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/praevention__selbsthilfe__beratung/p-raevention/praevention_leitfaden/Leitfaden_Praevention_2020_barrierefrei.pdf abgerufen

Graf, C. (2012). CHILT II - Projekt- und Forschungsbericht. *Adipositas im Kindes- und Jugendalter, DGE-Leistungspunktveranstaltung der Deutschen Adipositas Gesellschaft e. V., Köln*. Köln: Deutsche Sporthochschule Köln.

Hurrelmann, K., Schaeffer, D., Vogt, D., Berens, E. M., Messer, M., & Quenzel, G. (2016). Health Literacy in Deutschland. In D. Schaeffer, & J. Pelikan, *Health Literacy: Forschungsstand und Perspektiven*. Göttingen: Hogrefe.

Kickbusch, I. (1999). Der Gesundheitsbegriff der Weltgesundheitsorganisation. *Schriften der Mathematisch-naturwissenschaftlichen Klasse der Heidelberger Akademie der Wissenschaften, Vol. 4*, 275-286.

Kilian, H., Brandes, S., & Köster, M. (2008). Die Praxis der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung - Handlungsfelder, Akteure und Qualitätsentwicklung. *Gesundheit und Gesellschaft, Heft 2*, S. 17-26.

- Lenartz, N. (2012). *Gesundheitskompetenz und Selbstregulation*. Bonn: V&R unipress.
- Luthe, E.-W. (2013). (Hrsg.) *Kommunale Gesundheitslandschaften*. Wiesbaden: Springer.
- Ng, M., Flemming, T., Robinson, M., Thomson, B., Graetz, N., & Margono, C. (2014). Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *The Lancet, Vol. 384*, 766-781.
- Oevermann, U. (2008). Erste Ergebnisse qualitativer Fallanalysen übergewichtiger Kinder. In H. Stoffels, *Fit am Ball* (S. 24-25). Köln: JungesKoeln.
- Razum, O., Brzoska, P., & Breckenkamp, J. (2011). Die Professionalisierung der Epidemiologie in Deutschland im Kontext von Public Health. In H. C. Schott T, *Die Gesellschaft und ihre Gesundheit: 20 Jahre Public Health in Deutschland - Bilanz und Ausblick einer Wissenschaft* (S. 144-158). Wiesbaden: Springer.
- Reinehr, T. (2007). Medizinische Hintergründe. In C. Graf, S. Dordel, & T. Reinehr, *Bewegungsmangel und Fehlernährung bei Kindern und Jugendlichen* (S. 3-20). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Sorensen, K., & et al. (2012). Health literacy and public health. A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, S. 12:80.
- Thun, F. S. (1981). *Miteinander reden: Störungen und Klärungen. Psychologie der zwischenmenschlichen Kommunikation*. Reinbeck: Rowohlt.
- Watzlawick, P. (2016). *Menschliche Kommunikation: Formen, Störungen, Paradoxien. 13. Auflage*. Bern: Hogrefe.
- Weltgesundheitsorganisation. (1948). *Constitution of the World Health Organization*. Genf: WHO.
- Zulley, J. (2010). Die Bedeutung von Schlaf und biologischen Rhythmen für Schule und Unterricht. In W. U. Nerowski C, *Ganztagsschule organisieren - ganztags Unterricht gestalten*. (S. 167-177). Bamberg: Bamberg Press.

ZUM AUTOR

Prof. (FH) Dr. Mathias Bellinghausen studierte Betriebswirtschaft an der Verwaltungs- und Wirtschaftsakademie zu Bochum sowie Wirtschafts-, Berufs- und Sozialpädagogik an der Universität zu Köln. Gleichzeitig arbeitete er als selbstständiger Presse- und Kommunikationsberater sowie als Sportjournalist. 2015 schloss er sein Promotionsstudium an der Deutschen Sporthochschulen Köln ab, wo er ab 2003 zahlreiche Projekte zur Gesundheitsförderung und Prävention mit Schwerpunkt Kinder- und Jugendgesundheit oder Betriebliche Gesundheitsförderung leitete (Auszeichnung u.a. „Deutscher Gesundheitspreis“ der Stiftung Rufzeichen Gesundheit, „inform“, „GVG – Verhältnisprävention“ etc.). Seit 2014 berät er Stiftungen, gemeinnützige Vereine und Firmen in Fragen sowie der Entwicklung strategischer Gesundheitsförderung. Zudem wirkt er in verschiedenen Bildungsprogrammen und Präventionskonzepten in den Themenbereichen Gesundheit, Inklusion, Entwicklungszusammenarbeit und CSR mit.



Seit März 2018 hat er eine Professur für Prävention und Gesundheitskompetenz beim IUN - International University Network (u.a. „Hochschule für angewandtes Management“ und „Deutsche Hochschule für Gesundheit und Sport“) inne, ist Prodekan der Sportmanagement-Fakultät und Dozent am Institut für Internationales Fußballmanagement. Dort entwickelte er u.a. den Masterstudiengang „Prävention und Gesundheitsförderung in den Lebenswelten“ oder die „Präventionsmatrix“ zur kommunalen Gesundheitsförderung im PHAC mit dem Deutschen Städte- und Gemeindebund. Er ist Vorstandsvorsitzender der Gesellschaft für Prävention gem. e.V. sowie Mitglied oder wissenschaftlicher Berater verschiedener Gremien wie der "Fachgruppe BGM" der Offensive Mittelstand/ INQA, Deutsches Sport- und Präventionsnetzwerk, Innovationsnetzwerk Ruhr/ Sport, Klasse in Sport e.V., Deutsche Gesellschaft für Stressdiagnostik und Prävention oder der Football Is More Foundation.