



Lehrbuch Gesundheits- förderung



**Jennie Naidoo
Jane Wills**

3., aktualisierte Auflage

Deutsche Ausgabe
herausgegeben von der
Bundeszentrale
für gesundheitliche
Aufklärung



BZgA

 **hogrefe**

Lehrbuch Gesundheitsförderung

Lehrbuch Gesundheitsförderung

Jennie Naidoo, Jane Wills

Programmbereich Gesundheit

Jennie Naidoo, Jane Wills

Lehrbuch Gesundheitsförderung

3., aktualisierte Auflage

Deutsche Ausgabe herausgegeben von der
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung



Jennie Naidoo, Principal Lecturer, Health Promotion and Public Health
University of the West of England, Bristol, UK

Jane Wills, Professor of Health Promotion
South Bank University, London, UK

© 2016 by Elsevier Ltd. All rights reserved.

No part of this publication may be reproduced or transmitted in any form or by any means, electronic or mechanical, including photocopying, recording, or any information storage and retrieval system, without permission in writing from the publisher. Details on how to seek permission, further information about the Publisher's permissions policies and our arrangements with organizations such as the Copyright Clearance Center and the Copyright Licensing Agency, can be found at our website: www.elsevier.com/permissions.

This book and the individual contributions contained in it are protected under copyright by the Publisher (other than as may be noted herein).

This edition of *Foundations for Health Promotion, 4e* by **Jennie Naidoo**, **Jane Wills** is published by arrangement with Elsevier Limited. ISBN 978-0-7020-5442-6

Diese Ausgabe von *Foundations for Health Promotion, 4e* von **Jennie Naidoo** und **Jane Wills** ist nach Vereinbarung mit Elsevier Limited veröffentlicht.

Wichtiger Hinweis: Der Verlag hat gemeinsam mit den Autoren bzw. den Herausgebern große Mühe darauf verwandt, dass alle in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen, Internetlinks etc.) entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abgedruckt oder in digitaler Form wiedergegeben wurden. Trotz sorgfältiger Manuskriptherstellung und Korrektur des Satzes und der digitalen Produkte können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autoren bzw. Herausgeber und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://www.dnb.de> abrufbar.

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Kopien und Vervielfältigungen zu Lehr- und Unterrichtszwecken, Übersetzungen, Mikroverfilmungen sowie die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Anregungen und Zuschriften bitte an:

Hogrefe AG
Lektorat Gesundheit
Länggass-Strasse 76
3012 Bern
Schweiz
Tel: +41 31 300 45 00
E-Mail: verlag@hogrefe.ch
Internet: <http://www.hogrefe.ch>

Lektorat: Susanne Ristea, Lisa Maria Pilhofer
Projektleitung, Koordination und Lektorat der deutschen Ausgabe: BZgA, Stephan Blümel, Köln
Redaktionelle Bearbeitung: Thomas Koch-Albrecht, Münchwald
Ins Deutsche übersetzt von: Günter Conrad, Grafing
Herstellung: René Tschirren
Umschlagabbildung: Claude Borer, Riehen
Satz: Claudia Wild, Konstanz
Druck und buchbinderische Verarbeitung: Finidr s. r. o., Český Těšín
Printed in Czech Republic

3. Auflage 2019

© 2019 Hogrefe Verlag, Bern

© 2003, 2010 deutsche Ausgaben im Verlag für Gesundheitsförderung, BZgA

Copyright © 1994, 2000, 2009, and 2016 by Elsevier Ltd. All rights reserved.

(E-Book-ISBN_PDF 978-3-456-95744-9)

(E-Book-ISBN_EPUB 978-3-456-75744-5)

ISBN 978-3-456-85744-2

<http://doi.org/10.1024/85744-000>



ELSEVIER

Nutzungsbedingungen

Der Erwerber erhält ein einfaches und nicht übertragbares Nutzungsrecht, das ihn zum privaten Gebrauch des E-Books und all der dazugehörigen Dateien berechtigt.

Der Inhalt dieses E-Books darf von dem Kunden vorbehaltlich abweichender zwingender gesetzlicher Regeln weder inhaltlich noch redaktionell verändert werden. Insbesondere darf er Urheberrechtsvermerke, Markenzeichen, digitale Wasserzeichen und andere Rechtsvorbehalte im abgerufenen Inhalt nicht entfernen.

Der Nutzer ist nicht berechtigt, das E-Book – auch nicht auszugsweise – anderen Personen zugänglich zu machen, insbesondere es weiterzuleiten, zu verleihen oder zu vermieten.

Das entgeltliche oder unentgeltliche Einstellen des E-Books ins Internet oder in andere Netzwerke, der Weiterverkauf und/oder jede Art der Nutzung zu kommerziellen Zwecken sind nicht zulässig.

Das Anfertigen von Vervielfältigungen, das Ausdrucken oder Speichern auf anderen Wiedergabegeräten ist nur für den persönlichen Gebrauch gestattet. Dritten darf dadurch kein Zugang ermöglicht werden.

Die Übernahme des gesamten E-Books in eine eigene Print- und/oder Online-Publikation ist nicht gestattet. Die Inhalte des E-Books dürfen nur zu privaten Zwecken und nur auszugsweise kopiert werden.

Diese Bestimmungen gelten gegebenenfalls auch für zum E-Book gehörende Audio-dateien.

Anmerkung

Sofern der Printausgabe eine CD-ROM beigelegt ist, sind die Materialien/Arbeitsblätter, die sich darauf befinden, bereits Bestandteil dieses E-Books.

Inhalt

| | |
|--|----|
| Vorwort der Herausgeberin zur dritten deutschen Ausgabe | 17 |
| Vorwort der Autorinnen zur neuen englischen Ausgabe | 19 |
| Danksagung der Autorinnen | 23 |
| Hinweise der Herausgeberin zur Erstellung und Nutzung des Buches | 25 |
| Teil 1 Grundlagen der Gesundheitsförderung | 27 |
| 1 Verständnis und Sichtweisen der Gesundheit | 31 |
| 1.1 Definition von Gesundheit, Wohlbefinden (Well-being), Krankheit und Erkrankung | 32 |
| 1.1.1 Gesundheit | 32 |
| 1.1.2 Wohlbefinden (Well-being) | 34 |
| 1.1.3 Krankheit und Erkrankung | 34 |
| 1.2 Das medizinische Modell von Gesundheit | 36 |
| 1.3 Kritik des medizinischen Modells | 39 |
| 1.3.1 Der Einfluss der Medizin auf die Gesundheit | 39 |
| 1.3.2 Der Einfluss sozialer Faktoren auf die Gesundheit | 39 |
| 1.3.3 Die Medizin als Mittel der sozialen Kontrolle | 40 |
| 1.3.4 Die Medizin als Instrument der Überwachung | 41 |
| 1.3.5 Die Medizin als mögliche Form der Schadensverursachung | 41 |
| 1.3.6 Gegenläufige Entwicklungen zur Dominanz der Medizin | 42 |
| 1.4 Laienverständnis von Gesundheit | 43 |
| 1.5 Kulturabhängiges Verständnis von Gesundheit | 46 |
| 1.6 Ein einheitliches Verständnis von Gesundheit | 46 |
| 1.7 Schlussfolgerung | 49 |
| 1.8 Fragen zur weiteren Diskussion | 50 |
| 2 Einflussfaktoren auf die Gesundheit | 55 |
| 2.1 Determinanten der Gesundheit | 56 |
| 2.2 Soziale Schichtzugehörigkeit und Gesundheit | 61 |

| | | |
|----------|--|-----------|
| 2.2.1 | Sichtweisen sozialer Ungleichverteilung von Gesundheit und Krankheit in Deutschland | 65 |
| 2.3 | Einkommen und Gesundheit | 66 |
| 2.4 | Wohnverhältnisse und Gesundheit | 67 |
| 2.5 | Arbeit und Gesundheit | 67 |
| 2.6 | Geschlecht/Gender und Gesundheit | 69 |
| 2.6.1 | Gender Mainstreaming in Deutschland | 70 |
| 2.7 | Gesundheit und ethnische Minderheiten | 72 |
| 2.7.1 | Zur gesundheitlichen Situation von Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland | 74 |
| 2.7.2 | Menschen auf der Flucht und ihre Gesundheit in Deutschland | 74 |
| 2.8 | Wohnort und Gesundheit | 76 |
| 2.9 | Erklärungen für die gesundheitlichen Chancenungleichheiten | 76 |
| 2.9.1 | Gesundheitliche Chancenungleichheiten als Folge der Lebensweise | 77 |
| 2.9.2 | Gesundheitliche Chancenungleichheiten als Folge individueller Lebensverläufe | 78 |
| 2.9.3 | Gesundheitliche Chancenungleichheiten durch psychosoziale Faktoren | 79 |
| 2.9.4 | Gesundheitliche Chancenungleichheiten als Folge materieller Benachteiligungen | 80 |
| 2.9.5 | Gesundheitliche Chancenungleichheiten als Folge des mangelnden Zugangs zum System der Gesundheitsversorgung | 82 |
| 2.10 | Reduzierung gesundheitlicher Chancenungleichheiten | 83 |
| 2.11 | Schlussfolgerungen | 84 |
| 2.12 | Zusammenfassung | 85 |
| 3 | Erfassung und Messung der Gesundheit | 91 |
| 3.1 | Warum wollen wir Gesundheit messen? | 92 |
| 3.2 | Wege zur Erfassung und Messung der Gesundheit | 92 |
| 3.3 | Messung der Gesundheit als negative Variable (z. B. Gesundheit ist, nicht erkrankt zu sein) | 94 |
| 3.4 | Mortalitätsstatistiken | 96 |
| 3.5 | Morbiditätsstatistiken | 98 |
| 3.6 | Erfassung der Gesundheit und Krankheit in der Bevölkerung | 102 |
| 3.6.1 | Ausmaß des Problems | 103 |
| 3.6.2 | Verlauf und Ätiologie des Gesundheitsproblems | 103 |
| 3.6.3 | Verursachung und Zusammenhänge | 103 |
| 3.6.4 | Identifizierung von Risiken | 103 |
| 3.7 | Messgrößen der Gesundheit als objektive Eigenschaft | 104 |
| 3.7.1 | Gesundheitsdaten des einzelnen Menschen | 104 |
| 3.7.2 | Indikatoren des Gesundheitsverhaltens | 104 |
| 3.7.3 | Sozioökonomische Indikatoren | 105 |
| 3.7.4 | Indikatoren der physischen und sozialen Umwelt | 106 |
| 3.8 | Erfassung und Messung sozialer Benachteiligungen | 107 |
| 3.9 | Subjektive Messgrößen der Gesundheit | 107 |

| | | |
|----------|---|------------|
| 3.10 | Körperliches Wohlbefinden, Funktionstüchtigkeit und Gesundheitszustand | 108 |
| 3.11 | Psychisches Wohlbefinden | 109 |
| 3.12 | Sozialkapital und sozialer Zusammenhalt | 109 |
| 3.13 | Lebensqualität | 110 |
| 3.14 | Schlussfolgerung | 112 |
| 3.15 | Zusammenfassung | 113 |
| 3.16 | Fragen zur weiteren Diskussion | 113 |
| 4 | Definition der Gesundheitsförderung | 121 |
| 4.1 | Grundlegende Entwicklungen der Gesundheitsförderung | 122 |
| 4.2 | Zur Geschichte der Gesundheitsförderung in Großbritannien und Deutschland | 124 |
| 4.3 | Public Health | 128 |
| 4.4 | Die WHO und die Gesundheitsförderung | 131 |
| 4.4.1 | Grundorientierungen der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung | 132 |
| 4.5 | Gesundheitsförderung: definitorische und konzeptionelle Abgrenzungen | 133 |
| 4.5.1 | Krankheitsprävention (meist verkürzt als Prävention bezeichnet) | 133 |
| 4.5.2 | Gesundheitserziehung, Bildung und Aufklärung (Health Education) | 135 |
| 4.5.3 | Gesundheitsförderung | 139 |
| 4.6 | Gesundheitsförderung in der Kritik | 143 |
| 4.7 | Argumente für die Gesundheitsförderung | 143 |
| 4.7.1 | Durchsetzung gesundheitlicher Interessen | 144 |
| 4.7.2 | Befähigen und ermöglichen | 145 |
| 4.7.3 | Vermitteln und vernetzen | 145 |
| 4.8 | Schlussfolgerung | 146 |
| 4.9 | Zusammenfassung | 146 |
| 4.10 | Fragen zur weiteren Diskussion | 147 |
| 5 | Ansätze und Modelle der Gesundheitsförderung | 157 |
| 5.1 | Der medizinische oder krankheitspräventive Ansatz | 159 |
| 5.1.1 | Ziele | 159 |
| 5.1.2 | Methoden | 160 |
| 5.1.3 | Evaluation | 161 |
| 5.2 | Der Ansatz der Verhaltensänderung | 161 |
| 5.2.1 | Ziele | 161 |
| 5.2.2 | Methoden | 162 |
| 5.2.3 | Evaluation | 163 |
| 5.3 | Der Ansatz der Gesundheitsaufklärung und Gesundheitserziehung | 164 |
| 5.3.1 | Ziele | 164 |
| 5.3.2 | Methoden | 164 |
| 5.3.3 | Evaluation | 165 |
| 5.4 | Der Ansatz des „Empowerment“ | 165 |
| 5.4.1 | Ziele | 165 |
| 5.4.2 | Methoden | 166 |
| 5.4.3 | Evaluation | 168 |

| | | |
|----------|---|------------|
| 5.5 | Der Ansatz der sozialen und politischen Veränderung | 168 |
| 5.5.1 | Ziele | 168 |
| 5.5.2 | Methoden | 169 |
| 5.5.3 | Evaluation | 169 |
| 5.6 | Modelle der Gesundheitsförderung | 170 |
| 5.6.1 | Das analytische Modell von Caplan und Holland (1990) | 173 |
| 5.6.2 | Das analytische Modell von Beattie (1991) | 174 |
| 5.6.3 | Das deskriptive Modell von Tannahill (Downie et al., 1996) | 175 |
| 5.6.4 | Das Empowerment-Modell von Tones (Tones & Tilford, 2001) | 176 |
| 5.7 | Theorien in der Gesundheitsförderung | 177 |
| 5.8 | Schlussfolgerungen | 181 |
| 5.9 | Zusammenfassung | 182 |
| 5.10 | Fragen zur weiteren Diskussion | 182 |
| 6 | Fragen der Ethik in der Gesundheitsförderung | 187 |
| 6.1 | Zur Notwendigkeit einer Philosophie der Gesundheitsförderung | 188 |
| 6.2 | Pflicht und Berufsethos | 189 |
| 6.3 | Nutzen für das Individuum und das Gemeinwohl | 190 |
| 6.4 | Ethische Grundsätze | 191 |
| 6.4.1 | Das Ethikraster | 193 |
| 6.4.2 | Autonomie, Selbstständigkeit, Selbstbestimmung | 194 |
| 6.4.3 | Gutes tun und Nichtzufügung von Schaden | 197 |
| 6.4.4 | Gerechtigkeit | 198 |
| 6.4.5 | Die Wahrheit sagen | 199 |
| 6.5 | Schlussfolgerung | 201 |
| 6.6 | Zusammenfassung | 202 |
| 6.7 | Fragen zur weiteren Diskussion | 202 |
| 7 | Einflüsse und Auswirkungen der Politik auf die Gesundheitsförderung | 209 |
| 7.1 | Einflüsse durch die Politik | 210 |
| 7.2 | Politische Grundeinstellungen | 211 |
| 7.3 | Globalisierung | 212 |
| 7.4 | Gesundheit als immanente politische Größe | 214 |
| 7.5 | Politische Einflüsse auf die Organisationsstrukturen der Gesundheitsförderung | 215 |
| 7.6 | Politische Einflüsse auf die Methoden der Gesundheitsförderung | 219 |
| 7.6.1 | Der fürsorglich auf das Individuum ausgerichtete Ansatz (konservativ) | 220 |
| 7.6.2 | Der stärker auf die Eigenverantwortung und Mitwirkung der Bürgerinnen und Bürger ausgerichtete Ansatz („liberal/neo-liberal“) | 222 |
| 7.6.3 | Der auf die Mitwirkung und Mitentscheidung der Bürgerinnen und Bürger ausgerichtete Ansatz („basis-demokratisch“) | 222 |
| 7.6.4 | Der wohlfahrtsstaatliche Ansatz („sozialreformerisch“) | 223 |
| 7.6.5 | Konsequenzen für die Gesundheitsförderung | 223 |
| 7.6.6 | Politische Einflüsse auf die Inhalte der Gesundheitsförderung | 224 |
| 7.7 | Politisch denken | 226 |

| | | |
|---------------|--|------------|
| 7.8 | Schlussfolgerung | 227 |
| 7.9 | Zusammenfassung | 230 |
| 7.10 | Fragen zur weiteren Diskussion | 230 |
| 8 | Rahmenbedingungen und gesetzliche Grundlagen der Gesundheitsförderung und Prävention in Deutschland | 237 |
| | Kevin Dadaczynski, Martina Plaumann, Adrienne Alayli und Heidrun M. Thaiss | |
| 8.1 | Einleitung | 237 |
| 8.2 | Akteure und Träger der Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland | 238 |
| 8.2.1 | Staatliche Akteure | 239 |
| 8.2.2 | Öffentlich-rechtliche Institutionen | 242 |
| 8.2.3 | Nichtstaatliche Akteure | 242 |
| 8.3 | Gesetzliche Grundlagen der Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland | 243 |
| 8.4 | Finanzierung der Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland | 248 |
| 8.5 | Zusammenfassung | 250 |
| <hr/> | | |
| Teil 2 | Strategien und Methoden | 255 |
| 9 | Gesundheitsdienste neu orientieren | 261 |
| 9.1 | Einführung | 262 |
| 9.2 | Förderung der Gesundheit innerhalb der Gesundheitsdienste und durch die Gesundheitsdienste | 265 |
| 9.3 | Primäre Gesundheitsversorgung und Gesundheitsförderung | 266 |
| 9.4 | Grundsätze der primären Gesundheitsversorgung (Primary Health Care, PHC) | 268 |
| 9.5 | Strategien der primären Gesundheitsversorgung (Primary Health Care, PHC) | 268 |
| 9.6 | Dienste der primären Gesundheitsversorgung | 270 |
| 9.7 | Mitwirkung und Mitentscheidung | 272 |
| 9.8 | Gerechtigkeit | 272 |
| 9.9 | Partnerschaftliche Zusammenarbeit | 272 |
| 9.10 | Wer fördert die Gesundheit? | 275 |
| 9.10.1 | Internationale Akteure und Akteurinnen | 277 |
| 9.10.2 | Nationale Akteure und Akteurinnen | 277 |
| 9.10.3 | Lokale Akteure und Akteurinnen | 278 |
| 9.11 | Gesundheitsfördernd tätige Personen in der öffentlichen Gesundheitspflege und Versorgung (Public Health) | 280 |
| 9.11.1 | Außerhalb des traditionellen Gesundheitsbereichs tätige Berufsgruppen | 281 |
| 9.11.2 | Innerhalb des traditionellen Gesundheitsbereichs tätige Berufsgruppen | 282 |
| 9.11.3 | Fachkräfte der kommunalen Gesundheits- und Krankenpflege (Specialist Community Public Health Nurses) | 283 |
| 9.11.4 | Gemeindepsychiatrische Krankenschwester/-pfleger (Mental Health Nurses) | 284 |
| 9.11.5 | Schulkrankenschwestern bzw. -pfleger (School Nurses) | 285 |
| 9.11.6 | Hebammen (Midwives) | 285 |

| | | |
|-----------|--|------------|
| 9.11.7 | Hausärzte und Hausärztinnen (General practitioners, GPs) | 285 |
| 9.11.8 | Arztschwestern bzw. -pfleger (Practice Nurses) | 287 |
| 9.11.9 | Zahnärztinnen und Zahnärzte | 287 |
| 9.11.10 | Apothekerinnen und Apotheker | 287 |
| 9.11.11 | Fachkräfte für den Umwelt- und Arbeitsschutz | 287 |
| 9.11.12 | Gesundheitsfachberufe | 288 |
| 9.11.13 | Altenpfleger und Altenpflegerinnen | 288 |
| 9.11.14 | Andere spezialisierte Fachkräfte | 288 |
| 9.12 | Schlussfolgerungen | 289 |
| 9.13 | Fragen zur weiteren Diskussion | 290 |
| 9.14 | Zusammenfassung | 290 |
| 10 | Gesundheitskompetenzen entwickeln | 299 |
| 10.1 | Begriffsbestimmungen | 301 |
| 10.1.1 | Ansichten | 302 |
| 10.1.2 | Wertvorstellungen | 302 |
| 10.1.3 | Einstellungen | 302 |
| 10.1.4 | Antriebe | 303 |
| 10.2 | Das Modell gesundheitlicher Überzeugungen (Health Belief Model) | 304 |
| 10.3 | Die Theorie des rationalen und geplanten Verhaltens | 307 |
| 10.4 | Das Modell der Stadien der Veränderung | 314 |
| 10.5 | Menschen bei ihren Veränderungen helfen | 316 |
| 10.6 | Grundvoraussetzungen für Verhaltensänderungen | 321 |
| 10.6.1 | Die Veränderung muss vom Einzelnen gewollt sein | 322 |
| 10.6.2 | Das Verhalten muss zu einem aktuellen Thema werden | 322 |
| 10.6.3 | Die Thematisierung des Verhaltens muss über einen längeren Zeitraum hinweg erfolgen | 322 |
| 10.6.4 | Das Verhalten ist nicht Teil der Strategien zur Alltagsbewältigung | 322 |
| 10.6.5 | Das Leben des Betroffenen darf nicht mit besonderen Problemen oder Ungewissheiten belastet sein | 323 |
| 10.6.6 | Das Vorhandensein von sozialer Unterstützung | 323 |
| 10.7 | Schlussfolgerung | 323 |
| 10.8 | Fragen zur weiteren Diskussion | 324 |
| 10.9 | Zusammenfassung | 324 |
| 11 | Gesundheitsbezogene Arbeit mit Communities bzw. Gemeinwesen und Empowerment fördern | 329 |
| 11.1 | Was ist eine „Community?“ | 332 |
| 11.1.1 | Geografische Lage | 332 |
| 11.1.2 | Kultur | 332 |
| 11.1.3 | Sozialstruktur und soziale Netzwerke | 333 |
| 11.2 | Warum mit Communities zusammenarbeiten? | 333 |
| 11.3 | Ansätze zur Stärkung der Gemeinwesenarbeit | 334 |
| 11.4 | Definition der Gemeinwesenarbeit | 337 |

| | | |
|-----------|---|------------|
| 11.5 | Gemeinwesenentwicklung und Gesundheitsförderung | 339 |
| 11.6 | Die Arbeit mit dem Ansatz der Gemeinwesenentwicklung | 341 |
| 11.6.1 | Die Beteiligung der Bürgerinnen und Bürger (Partizipation) | 342 |
| 11.6.2 | Empowerment des Gemeinwesens | 343 |
| 11.6.3 | Mehr Mitwirkung und Mitentscheidung der Communities (Community led) | 344 |
| 11.6.4 | Soziale Gerechtigkeit | 344 |
| 11.6.5 | Ressourcenorientierte Gemeinwesenentwicklung | 345 |
| 11.7 | Typische Handlungsbereiche der Gemeinwesenarbeit | 346 |
| 11.7.1 | Erstellung von Profilen des Gemeinwesens | 346 |
| 11.7.2 | Entwicklung der Ressourcen und Kompetenzen des Gemeinwesens | 346 |
| 11.7.3 | Organisatorische Unterstützung der Aktivitäten des Gemeinwesens | 347 |
| 11.7.4 | Aufbau von Netzwerken in den Gemeinwesen | 347 |
| 11.7.5 | Vermittlung zwischen den unterschiedlichen Interessen in den Gemeinwesen | 347 |
| 11.8 | Dilemmata bei der praktischen Umsetzung der Gemeinwesenarbeit | 351 |
| 11.8.1 | Finanzierung | 352 |
| 11.8.2 | Rechenschaftspflicht | 352 |
| 11.8.3 | Akzeptanz | 352 |
| 11.8.4 | Berufliches Rollenverständnis | 353 |
| 11.8.5 | Evaluation | 355 |
| 11.9 | Schlussfolgerung | 356 |
| 11.10 | Fragen zur weiteren Diskussion | 356 |
| 11.11 | Zusammenfassung | 357 |
| 12 | Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik | 363 |
| 12.1 | Definition einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik | 364 |
| 12.2 | Die Strategie „Gesundheit in allen Politikbereichen“ (HiAP, Health in All policies) | 366 |
| 12.3 | Gesundheitsverträglichkeitsprüfung (Health Impact Assessment) | 367 |
| 12.4 | Zur Geschichte der gesundheitsfördernden Gesamtpolitik | 370 |
| 12.5 | Vor- und Nachteile einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik | 375 |
| 12.6 | Die Rolle der Praktiker und Praktikerinnen bei der Umsetzung einer gesundheits- fördernden Gesamtpolitik | 381 |
| 12.7 | Evaluation einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik | 382 |
| 12.8 | Schlussfolgerung | 383 |
| 12.9 | Fragen zur weiteren Diskussion | 383 |
| 12.10 | Zusammenfassung | 383 |
| 13 | Nutzung der Medien zur Gesundheitsförderung | 389 |
| 13.1 | Einführung | 390 |
| 13.2 | Wirkungsweisen der Medien | 392 |
| 13.2.1 | Das Zwei-Stufen- oder Diffusionsmodell | 394 |
| 13.2.2 | Nutzer- und Gratifikationseffekte | 394 |
| 13.2.3 | Einflüsse auf die kulturellen Werte und Normen | 394 |

| | | |
|---------------|--|------------|
| 13.3 | Die Rolle der Massenmedien | 396 |
| 13.4 | Gezielte Kampagnen | 396 |
| 13.5 | Kostenfreie Berichterstattung in den Medien | 399 |
| 13.6 | Interessendurchsetzung über die Medien (Media Advocacy) | 401 |
| 13.7 | Soziales Marketing | 402 |
| 13.8 | Was können Massenmedien leisten und was nicht? | 405 |
| 13.9 | Informationsmedien | 405 |
| 13.10 | Schlussfolgerung | 409 |
| 13.11 | Fragen zur weiteren Diskussion | 410 |
| 13.12 | Zusammenfassung | 410 |
| <hr/> | | |
| Teil 3 | Gesundheitsförderung in Settings | 415 |
| 14 | Gesundheitsförderung in Schulen | 423 |
| 14.1 | Warum ist die Schule ein zentrales Setting der Gesundheitsförderung? | 424 |
| 14.2 | Gesundheitsförderung in Schulen | 427 |
| 14.3 | Die „Gesundheitsfördernde Schule“ | 429 |
| 14.4 | Leitlinien und Verfahren ihrer Umsetzung | 431 |
| 14.4.1 | Schulklima | 432 |
| 14.4.2 | Lehrplan | 432 |
| 14.4.3 | Physisches Umfeld | 432 |
| 14.5 | Verbindungen mit dem sozialen Umfeld | 432 |
| 14.6 | Wirksamkeit der Maßnahmen | 435 |
| 14.7 | Schlussfolgerung | 436 |
| 14.8 | Fragen zur weiteren Diskussion | 436 |
| 14.9 | Zusammenfassung | 436 |
| 15 | Gesundheitsförderung in Betrieben | 441 |
| 15.1 | Warum sind die Betriebe ein so zentrales Setting für die Gesundheitsförderung? | 443 |
| 15.2 | Der Zusammenhang zwischen Arbeit und Gesundheit | 446 |
| 15.3 | Verantwortlichkeiten für die Gesundheit in den Betrieben | 451 |
| 15.3.1 | Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen | 452 |
| 15.3.2 | Arbeitgeber und Management | 452 |
| 15.3.3 | Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der arbeitsmedizinischen Dienste | 453 |
| 15.3.4 | Arbeitsschutz- und Sicherheitsbeauftragte | 454 |
| 15.3.5 | Betriebliche Gesundheitsförderung | 455 |
| 15.4 | Schlussfolgerung | 461 |
| 15.5 | Fragen zur weiteren Diskussion | 461 |
| 15.6 | Zusammenfassung | 461 |

| | | |
|---------------|---|-----|
| 16 | Gesundheitsförderung im Wohnviertel/Quartier | 467 |
| 16.1 | Definition des Wohnviertels bzw. Quartiers | 468 |
| 16.2 | Warum ist das Wohnviertel/Quartier für die Gesundheitsförderung eines der wichtigsten Settings? | 469 |
| 16.2.1 | Das physische Umfeld | 470 |
| 16.2.2 | Das soziale Umfeld | 472 |
| 16.2.3 | Dienstleistungsangebote | 475 |
| 16.3 | Evaluation der Arbeit im Wohnviertel | 477 |
| 16.4 | Schlussfolgerung | 480 |
| 16.5 | Fragen zur weiteren Diskussion | 481 |
| 16.6 | Zusammenfassung | 481 |
| | | |
| 17 | Gesundheitsfördernde Einrichtungen der medizinischen Versorgung | 485 |
| 17.1 | Definition eines gesundheitsfördernden Krankenhauses | 486 |
| 17.2 | Warum ist das Krankenhaus ein so wichtiges Setting für die Gesundheitsförderung? | 487 |
| 17.3 | Förderung der Gesundheit der Patienten und Patientinnen | 489 |
| 17.4 | Förderung der Gesundheit der Beschäftigten | 494 |
| 17.5 | Das Krankenhaus und sein lokales Umfeld | 496 |
| 17.6 | Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung | 497 |
| 17.7 | Die internationale Bewegung gesundheitsfördernder Krankenhäuser | 499 |
| 17.8 | Gesundheitsfördernde Apotheken | 501 |
| 17.9 | Schlussfolgerung | 503 |
| 17.10 | Fragen zur weiteren Diskussion | 504 |
| 17.11 | Zusammenfassung | 504 |
| | | |
| 18 | Gesundheitsförderung in Gefängnissen | 511 |
| 18.1 | Warum Gesundheitsförderung in Gefängnissen? | 511 |
| 18.2 | Barrieren für die Umsetzung eines gesundheitsfördernden Settingansatzes in den Gefängnissen | 513 |
| 18.3 | Gesundheitsfördernde Gefängnisse | 514 |
| 18.4 | Beispiele für wirksame gesundheitsfördernde Maßnahmen | 516 |
| 18.5 | Schlussfolgerung | 518 |
| 18.6 | Zusammenfassung | 518 |
| 18.7 | Fragen zur weiteren Diskussion | 518 |
| | | |
| Teil 4 | Durchführung der Gesundheitsförderung | 521 |
| | | |
| 19 | Erfassung und Bewertung der Gesundheitsbedürfnisse zur Ermittlung des Gesundheitsbedarfs | 527 |
| 19.1 | Definition der Gesundheitsbedürfnisse | 529 |
| 19.1.1 | Normative Bedürfnisse | 530 |
| 19.1.2 | Wahrgenommene Bedürfnisse | 531 |

| | | |
|-----------|---|------------|
| 19.1.3 | Artikulierte Bedürfnisse | 531 |
| 19.1.4 | Relative Bedürfnisse | 532 |
| 19.2 | Schritte und Gründe zur Ermittlung des Gesundheitsbedarfs | 535 |
| 19.2.1 | Hilfe zur Formulierung geeigneter Maßnahmen | 535 |
| 19.2.2 | Erfassung der Gesundheitsbedürfnisse der Bevölkerung und Reduzierung gesundheitlicher Chancenungleichheiten | 536 |
| 19.2.3 | Erfassung und Bewertung der spezifischen Bedürfnisse ethnischer Minderheiten und sozial ausgegrenzter Bevölkerungsgruppen | 537 |
| 19.2.4 | Definition der Risikogruppen | 538 |
| 19.2.5 | Verteilung der Ressourcen | 538 |
| 19.3 | Der Prozess der Bedarfsermittlung | 540 |
| 19.3.1 | Welche Informationen brauche ich? | 540 |
| 19.3.2 | Datensammlung und öffentliche Beteiligung | 541 |
| 19.3.3 | Wessen Bedürfnisse werden berücksichtigt? | 544 |
| 19.4 | Prioritätensetzungen | 545 |
| 19.5 | Schlussfolgerung | 546 |
| 19.6 | Fragen zur weiteren Diskussion | 547 |
| 19.7 | Zusammenfassung | 547 |
| 20 | Planung gesundheitsfördernder Maßnahmen | 553 |
| 20.1 | Zur Begründung der Planung | 554 |
| 20.2 | Der Prozess der Planung | 555 |
| 20.3 | Strategische Planung | 558 |
| 20.4 | Projektplanung | 558 |
| 20.5 | Planungsstufen | 559 |
| 20.5.1 | Planungsstufe 1: Was genau ist das Problem? | 560 |
| 20.5.2 | Planungsstufe 2: Was muss getan werden? Festlegung der generellen und spezifischen Ziele | 560 |
| 20.5.3 | Planungsstufe 3: Auswahl der am besten geeigneten Methoden zur Erreichung der Ziele | 561 |
| 20.5.4 | Planungsstufe 4: Ermittlung der notwendigen Ressourcen und Vorleistungen | 562 |
| 20.5.5 | Planungsstufe 5: Planung der notwendigen Methoden zur Evaluation | 562 |
| 20.5.6 | Planungsstufe 6: Aufstellung eines Maßnahmenplans | 562 |
| 20.5.7 | Planungsstufe 7: Umsetzung des Plans | 563 |
| 20.6 | Planungsmodelle | 564 |
| 20.7 | Das „PRECEDE-PROCEED“-Planungsmodell | 565 |
| 20.7.1 | Die Phasen des Vorgehens nach dem PRECEDE-PROCEED-Modell | 566 |
| 20.8 | Qualitätssicherung und Auditierung | 567 |
| 20.9 | Schlussfolgerung | 573 |
| 20.10 | Fragen zur weiteren Diskussion | 574 |
| 20.11 | Zusammenfassung | 574 |

| | | |
|-----------|---|-----|
| 21 | Evaluation gesundheitsfördernder Maßnahmen | 579 |
| 21.1 | Zum Begriff der Evaluation | 580 |
| 21.2 | Warum evaluieren? | 582 |
| 21.3 | Was soll evaluiert werden? | 583 |
| 21.4 | Prozess-, Impact- und Outcome-Evaluation | 584 |
| | 21.4.1 Prozessevaluation | 584 |
| | 21.4.2 Impact- und Outcome-Evaluationen | 585 |
| 21.5 | Methoden der Evaluation | 586 |
| | 21.5.1 Evaluation komplexer Interventionen | 589 |
| | 21.5.2 Evaluation der Kosten-Wirksamkeit | 591 |
| 21.6 | Wie führt man eine Evaluation durch? | 593 |
| | 21.6.1 Was soll gemessen werden? | 593 |
| | 21.6.2 Zu welchem Zeitpunkt soll evaluiert werden? | 596 |
| | 21.6.3 Wer evaluiert? Wessen Perspektive soll zum Tragen kommen? | 596 |
| 21.7 | Wie ist zu evaluieren: Datensammlung und Datenanalyse | 597 |
| | 21.7.1 Datensammlung | 597 |
| | 21.7.2 Datenanalyse | 598 |
| 21.8 | Aufbau einer Evidenzbasis für die Gesundheitsförderung | 598 |
| 21.9 | Was soll mit der Evaluation geschehen? Umsetzung der Ergebnisse in die Praxis der Gesundheitsförderung | 604 |
| 21.10 | Schlussfolgerung | 605 |
| 21.11 | Fragen zur weiteren Diskussion | 605 |
| 21.12 | Zusammenfassung | 605 |
| <hr/> | | |
| | Sachverzeichnis | 613 |

Vorwort der Herausgeberin zur dritten deutschen Ausgabe

Strategien und Methoden der Gesundheitsförderung können von verschiedenen Berufsgruppen in unterschiedlichen Sektoren angewandt werden. Dies setzt die fundierte Qualifikation der in der Gesundheitsförderung Tätigen voraus. Der Vertrieb von über 15 000 Exemplaren seit Erscheinen der ersten und zweiten deutschen Ausgabe (2003 und 2010) des Lehrbuches der Gesundheitsförderung hat gezeigt, dass dieses von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) herausgegebene Buch große Resonanz gefunden hat und mittlerweile zu einem Standardwerk in der Aus- und Fortbildung zur Gesundheitsförderung in Deutschland geworden ist.

Ich freue mich deshalb Ihnen parallel zur der 2016 erschienenen Neuausgabe des englischen Originalwerkes „Foundations for Health Promotion“ von Naidoo & Wills auch die entsprechende deutsche Neufassung dieses Lehrbuches vorstellen zu können. Auch die dritte deutsche Ausgabe des Lehrbuches der Gesundheitsförderung beschreibt in systematischer und anschaulicher Weise die wichtigsten Grundlagen und Schlüsselqualifikationen der Gesundheitsförderung. Es bietet den in diesem Bereich Tätigen einen konzeptionellen Hintergrund für ihre Arbeit. Außerdem liefert es durch die Vielzahl der vorgestellten wissenschaftlichen Grundlagen und Fallbeispiele konkrete Hinweise für eine evidenzbasierte Praxis der Gesundheitsförderung.

Auch die deutschen Bezüge, Literaturhinweise und Websites wurden aktualisiert und ergänzt. Dies betrifft vor allem die spezifischen fachlichen Interpretationen und Erfahrungen in Deutschland, die unterschiedlichen Organisationsstrukturen, Akteure und Akteurinnen in der Gesundheitsförderung sowie vor allem die spezifischen Entwicklungen in den gesundheitsfördernden Settings Schule, Betrieb, Wohnviertel/Quartier sowie den Einrichtungen medizinischer Versorgung. In besonderer Weise wird auf das deutsche Präventionsgesetz von 2015 eingegangen, das das Ziel hat, die Grundlagen für eine stärkere Zusammenarbeit der Sozialversicherungsträger, Länder und Kommunen in der Prävention und Gesundheitsförderung für alle Altersgruppen und in vielen Lebensbereichen zu stärken.

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung dankt Herrn Günter Conrad für die Übersetzung und in Zusammenarbeit mit Herrn Prof. Trojan auch für den Einbau der spezifischen deutschen Bezüge in die Neufassung dieses Lehrbuches und wünscht diesem Werk wieder eine weite Verbreitung.

Dr. Heidrun Thaiss
Leiterin der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Vorwort der Autorinnen zur neuen englischen Ausgabe

Gesundheitsförderung ist ein zentraler Bestandteil der Arbeit einer Vielzahl von Menschen, die im Bereich der Gesundheitsversorgung und sozialen Sicherung tätig sind. Gesundheitsförderung ist ein neu entstehender Praxis- und Forschungsbereich, der noch dabei ist, seine Grenzen abzustecken und seine theoretischen Grundlagen und Grundsätze weiterzuentwickeln. Dieses Buch will einen konzeptionellen Rahmen bereitstellen, der unerlässlich ist, damit sich Gesundheitsförderinnen und Gesundheitsförderer über ihre Ziele und gewünschten Ergebnisse im Klaren sind, wenn sie sich auf Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit einlassen. Es bietet eine Grundlage für die Praxis, die die darin Tätigen unterstützen soll, die Möglichkeiten und Grenzen der Gesundheitsförderung in ihrem Arbeitsbereich zu erkennen, sich der Konsequenzen ihrer ausgewählten Strategien bewusst zu sein und in der Lage zu sein, ihre gesundheitsfördernden Maßnahmen angemessen zu evaluieren.

Die vierte Auflage dieses Buches wurde umfassend aktualisiert und erweitert und spiegelt die wichtigsten Organisations- und Politikveränderungen der letzten zehn Jahre wider. Das von uns zusätzlich herausgegebene Buch „Public Health and Health Promotion: Developing Practice“ (Naidoo & Wills 2010) vertieft einige der hier dargestellten Herausforderungen und Dilemmata, wie z. B. die Themen „Partnerschaftliches Handeln“, die „Auseinandersetzung mit gesundheitlichen Chancenungleichheiten“ und die „Bürgerbeteiligung“.

Das Buch ist in vier große Teile gegliedert. Der erste Teil liefert einen theoretischen Rahmen zur Klärung der Konzepte der Gesundheit, Gesundheitsaufklärung, Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung. Er schließt mit der Feststellung, dass Gesundheitsförderung auf die Stärkung der Gesundheit und des Wohlbefindens von Individuen, Gruppen und Gemeinwesen ausgerichtet ist. Gesundheitsförderung schließt die Gesundheitsaufklärung und Gesundheitserziehung mit ein, berücksichtigt aber zugleich den Einfluss der sozialen, ökonomischen und Umweltfaktoren auf die Gesundheit der Menschen. Ethische und politische Wertvorstellungen beeinflussen zudem die Praxis der Gesundheitsförderung. Es ist wichtig, dass Gesundheitsförderinnen und Gesundheitsförderer sich dieser Werte und ihrer Konsequenzen für die Praxis bewusst sind. Der erste Teil des Buches umfasst den Wandel hin zur konzeptionellen Sichtweise des Wohlbefindens (well-being) bzw. einem breiter angelegtem Konzept von Gesundheit sowie weg von der einfachen Fokussierung auf Veränderungen der Lebensweisen als dem alleinigen Ziel der Gesundheitsförderung. Ziel dieses ersten Teiles ist es, die Leserinnen und Leser zu befähigen, die theoretischen Leitlinien der Gesundheitsförderung im Kontext ihrer eigenen Arbeit zu verstehen und zu reflektieren.

Der zweite Teil des Buches befasst sich mit den Strategien und Methoden der Gesundheitsförderung und einigen Dilemmata, die sich dabei

stellen. Entlang den Grundlagen der Ottawa-Charta (WHO 1986) werden die Strategien, Potenziale, Vorteile und Herausforderungen der Gesundheitsförderung diskutiert und entsprechende Interventionsbeispiele dargestellt. Dabei wird aufgezeigt, warum es den Gesundheitsdiensten nicht gelungen ist die Prävention in den Vordergrund zu rücken, obwohl dem Empowerment des Einzelnen und der Communities (sozialen Gruppen, Gemeinwesen, Kommunen) in der Praxis weit mehr Beachtung geschenkt wird. Auch werden Strategien, die sich auf die Gesundheit auswirken, zum großen Teil weiterhin unabhängig voneinander entwickelt, wenngleich man die Notwendigkeit des Ansatzes einer „Gesundheit in allen Politikbereichen“, ebenso wie den einer partizipativeren Demokratie mit Arbeitsweisen, die die Communities miteinbeziehen, sieht und anerkennt.

Im Mittelpunkt des dritten Teiles dieses Buches steht die Schaffung von unterstützenden Umwelten für die Gesundheit als eine in der Ottawa-Charta aufgezeigten Schlüsselstrategie. In diesem Teil wird aufgezeigt, wie eine Reihe von unterschiedlichen Settings, in denen Gesundheitsförderung stattfindet, zu gesundheitsfördernden Settings weiterentwickelt werden können. Die dafür ausgewählten Settings – Schule, Betrieb, soziales Wohnumfeld, Gesundheitsdienste und Gefängnisse – werden international und national als Schlüsselsettings der Gesundheitsförderung angesehen. Dabei wird auch darauf eingegangen, wie spezifische Zielgruppen wie Jugendliche, Erwachsene und ältere Menschen in diesen Settings erreicht werden können. Viel diskutiert wird die Notwendigkeit von umfassenderen Ansätze, die Settings als eng verwobenes System physischer, sozialer und ökonomischer Faktoren sehen und nicht nur als einen Ort zur Durchführung von Maßnahmen zur gesundheitlichen Aufklärung und Veränderung von Lebensweisen.

Der vierte Teil des Buches befasst sich mit der praktischen Umsetzung gesundheitsförder-

der Maßnahmen. Jedes Kapitel dieses Teils befasst sich mit einem unterschiedlichen Aspekt des Umsetzungsprozesses, von der Bewertung und Ermittlung des Gesundheitsbedarfs über die Organisation der Planung bis hin zur Evaluation der gesundheitsfördernden Maßnahmen. Dieser Teil soll den praktisch tätigen Gesundheitsförderinnen und Gesundheitsförderern bei der Auswahl ihrer Umsetzungsmaßnahmen helfen. Eine Reihe von Praxisbeispielen zeigen die möglichen Alternativen sowie die entsprechenden Auswahlkriterien auf.

Dieses Buch ist für einen breiten Kreis von Berufsgruppen geeignet. Dies schlägt sich auch in der Auswahl der Praxisbeispiele und Fallstudien nieder, die für diese Ausgabe alle aktualisiert wurden. Aufgrund der Rückmeldungen von unseren Leserinnen und Lesern zur Nutzung und Didaktik des Lehrbuches haben wir in dieser Ausgabe Änderungen beim Buchformat vorgenommen. Jedes Kapitel enthält zwischen 6 und 15 Lernübungen, die die Nutzerinnen und Nutzer des Lehrbuches zum Weiterlesen und Weiterlernen motivieren sollen. Am Ende jedes Kapitels finden sich jeweils Rückmeldungen zu den Lernübungen, die den Leserinnen und Lesern Informationen und Anregungen zur Reflexion bieten, sofern sie dies möchten. Zudem enthält jedes Kapitel zumindest ein Fallbeispiel sowie ein Beispiel aus der Forschung zur Vertiefung der praktischen Umsetzung und Inhalte der angesprochenen Themen. Die Rubrik „Fragen zur weiteren Diskussion“ am Ende jedes Kapitels soll dazu ermutigen seine eigene Praxis, Wertvorstellungen und Erfahrungen zu hinterfragen und die Themen weiter zu diskutieren. Um der Fülle an neuen Informationen gerecht zu werden, die sich seit der englischen Erstausgabe des Buches im Jahre 1994 ergeben haben, wurden wo immer möglich Websiteadressen zu weiteren Quellen und Literaturhinweise eingefügt.

Das Buch richtet sich an eine breite Palette von Studentinnen und Studenten in der Aus- und Fortbildung qualifizierter Gesundheitsberufe.

Durch die Kombination von wissenschaftlichem Anspruch und einer verständlichen Schreibweise will das Buch die Leserinnen und Leser informieren und motivieren, sich weiter mit ihrer Gesundheitsförderungspraxis auseinanderzusetzen. Das Ziel ist immer, sie zu ermutigen, ihre eigene Praxis unter Beachtung der theoretischen Grundlagen, Politiken und Ansätze der Gesundheitsförderung weiterzuentwickeln.

Jennie Naidoo
Jane Wills
Bristol und London

Quellenangaben:

- Naidoo, J. & Wills, J. (2010). *Public Health and Health Promotion: Developing Practice* (3. Aufl.). London: Baillière Tindall.
- World Health Organization (WHO). (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion*. Geneva: WHO.

Danksagung der Autorinnen

Es sind jetzt bereits 21 Jahre vergangen seit der Veröffentlichung der ersten Ausgabe dieses Buches, das durch unsere Lehrtätigkeit im Rahmen des ersten postgradualen Lehrgangs zur Gesundheitsförderung initiiert wurde. Wie bei allen vorherigen Ausgaben haben die Studierenden sowie die Kolleginnen und Kollegen der „University of the West of England“ und der „London South Bank University“ auch zu dieser neuen Ausgabe

durch ihre Ideen, Diskussionen und Praxisbeispiele beigetragen. Wir fühlen uns weiterhin der Entwicklung der Gesundheitsförderung als einer Fachdisziplin verpflichtet.

Diese vierte Ausgabe des Buches (entspricht der dritten deutschen Ausgabe, Anm. d. Übersetzers) ist unseren Kindern Declan, Jessica, Kate und Alice gewidmet.

Hinweise der Herausgeberin zur Erstellung und Nutzung des Buches

Die Übersetzung erfolgte durch Herrn Günter Conrad (Dipl.-Sozialwirt, M.Sc. Community Medicine), der in Zusammenarbeit mit Herrn Prof. Dr. Alf Trojan die deutschen Bezüge aktualisiert und ergänzt hat. Diese Arbeiten wurden im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) durchgeführt. Herr Stephan Blümel (BZgA) hat die Projektleitung, die Koordination und das Lektorat der deutschen Ausgabe übernommen.

Das Werk ist übersichtlich aufgebaut und enthält viele Hinweise, die das Lesen und das Studium erleichtern. Jedes Kapitel beginnt mit einer Übersicht und endet mit einer Zusammenfassung sowie Empfehlungen für weiterführende Literatur. In die Texte sind eine Reihe von hilfreichen Rubriken eingestreut, die durch folgende Zeichen hervorgehoben werden (siehe rechts):

Das Buch von Naidoo & Wills wurde zwar für die Praxis in Großbritannien geschrieben, die grundlegenden Probleme der Gesundheitsförderung unterscheiden sich jedoch nicht von denen in Deutschland. Dennoch gibt es Bereiche, die in Deutschland unterschiedlich interpretiert werden oder sich anders darstellen. Dies betrifft vor allem die spezifischen politischen und fachinhaltlichen Interpretationen und Erfahrungen, die unterschiedlichen Organisationsstrukturen, Akteure und Akteurinnen der Gesundheitsförderung in Deutschland sowie die spezifischen Netzwerkentwicklungen in den Settings Schule, Betrieb, Wohnviertel/Quartier und Krankenhaus.



1.1 Lernübungen

enthalten Fragen zur Reflexion des Wissens



1.1 Beispiele aus der Forschung

unterstützen den Transfer wissenschaftlicher Erkenntnisse in die praktische Arbeit



1.1 Fallstudien

aus der Praxis veranschaulichen die Inhalte



Rückmeldungen zu den Lernübungen

bieten Informationen und Anregungen zur Vertiefung an

Daher sind in die deutsche Ausgabe in jedem Kapitel spezielle Kästen (bzw. Ergänzungen im laufenden Text) eingefügt, die auf diese Unterschiede hinweisen, sie erläutern und mit Beispielen illustrieren.

Außerdem wurde zu den Rahmenbedingungen und gesetzlichen Grundlagen der Gesundheitsförderung und Prävention in Deutschland ein eigenes Kapitel (Kapitel 8) neu eingefügt.

Am Ende jeden Kapitels wurden zusätzliche Quellenangaben und Literaturempfehlungen zur deutschen Ausgabe (inkl. Websites) eingefügt. Dabei wird auch auf das Glossar „Leitbegriffe der Gesundheitsförderung“ der BZgA (www.leitbegriffe.bzga.de) verwiesen. Die für das jeweilige Kapitel relevanten und im laufenden Text mit kursiv gesetztem Zeichen (>) gekennzeichneten Leitbegriffe sind aufgeführt. Sie bieten eine weiterführende Darstellung und Vertiefung zum Verständnis von Konzepten, Strategien und Methoden der Gesundheitsförderung in Deutschland.

Es wurde auf die Übersetzung bzw. Darstellung britischer Verhältnisse verzichtet, wenn dies zu Missverständnissen führen könnte. So wurden beispielsweise bei spezifisch britischen Organisationen und Institutionen die englischen Bezeichnungen nicht übersetzt sowie auf die Kategorisierung sozialpolitischer Grundüberzeugungen von Parteien im Vereinten Königreich verzichtet, da diese mit der deutschen Situation nicht vergleichbar sind. In einzelnen Fällen wurden zudem englische Definitionen von Begriffen zur Gesundheit(sförderung) durch deutsche ersetzt.

Wir hoffen, dass wir mit diesen zusätzlichen Beiträgen zu den spezifischen Verhältnissen und Entwicklungen der Gesundheitsförderung in Deutschland dieses Lehrbuch für die deutschen

Leserinnen und Leser noch umfassender und attraktiver gestalten konnten.

Die Inhalte des Lehrbuches geben die Meinung der Autorinnen wieder, die von der Herausgeberin nicht in jedem Fall geteilt werden muss. Das Gleiche gilt für die Ergänzungen zur deutschen Situation einschließlich der Literaturhinweise. Das Werk enthält außerdem Hinweise auf Internetangebote der BZgA und anderer Anbieter. Für Inhalte anderer Anbieter ist die BZgA nur dann verantwortlich, wenn sie von ihnen (das heißt auch von einem rechtswidrigen beziehungsweise strafbaren Inhalt) positive Kenntnis hat und es ihr technisch möglich und zumutbar ist, deren Nutzung zu verhindern. Die BZgA bzw. die Auftragnehmer hatten zwar vor Aufnahme der Hinweise auf Internetangebote den fremden Inhalt daraufhin überprüft, ob durch ihn eine mögliche zivilrechtliche oder strafrechtliche Verantwortlichkeit ausgelöst wird, sie sind aber weder verpflichtet noch in der Lage, die Inhalte, auf die sie im Lehrbuch verweisen, ständig auf Veränderungen zu überprüfen, die eine Verantwortlichkeit neu begründen könnte. Erst wenn die BZgA feststellt oder von anderen darauf hingewiesen wird, dass ein konkretes Angebot eine zivil- oder strafrechtliche Verantwortlichkeit auslöst, wird sie den Hinweis hierauf in der nächsten Auflage des Lehrbuches streichen.

Teil 1

Grundlagen der Gesundheitsförderung

| | | |
|---|---|-----|
| 1 | Verständnis und Sichtweisen der Gesundheit | 31 |
| 2 | Einflussfaktoren auf die Gesundheit | 55 |
| 3 | Erfassung und Messung der Gesundheit | 91 |
| 4 | Definition der Gesundheitsförderung | 121 |
| 5 | Ansätze und Modelle der Gesundheitsförderung | 157 |
| 6 | Fragen der Ethik in der Gesundheitsförderung | 187 |
| 7 | Einflüsse und Auswirkungen der Politik auf die Gesundheitsförderung | 209 |
| 8 | Rahmenbedingungen und gesetzliche Grundlagen der Gesundheitsförderung und Prävention in Deutschland | 237 |

Der erste Teil des Buches befasst sich mit den grundlegenden Konzepten der Gesundheit und Gesundheitsförderung. Zur Gesundheitsförderung gehören viele unterschiedliche Wissensbereiche. Sie reichen von den Natur- und Gesundheitswissenschaften (z. B. der Epidemiologie), über die Sozialwissenschaften (z. B. der Soziologie und Psychologie) bis hin zu den Geisteswissenschaften (z. B. der Ethik). Damit stützt sich die Gesundheitsförderung auf eine Fülle theoretischer Grundlagen aus den Natur- und Sozialwissenschaften bis hin zu den Moralwissenschaften. Für die Praxis der Gesundheitsförderung bedeutet dies, dass sie von einer medizinischen Maßnahme (z. B. Impfung) oder einer erzieherischen Aufgabe (z. B. Sexualaufklärung und Sozialverhalten in Schulen) bis hin zu einer ethischen Frage (z. B. Lebensverlängerung um jeden Preis) reicht. Für Gesundheitsförderer und Gesundheitsförderinnen ist deshalb ein erster wichtiger Schritt, ihre eigene Rolle in diesem breiten Aufgabenfeld mit seinen vielfältigen unterschiedlichen Zielen und Strategien zu klären. Sehen sie sich als Aufklärer, Politiker oder Wissenschaftler?

Dies wird sicherlich zum Teil durch ihre soziale Herkunft und ursprüngliche Ausbildung bestimmt. Gesundheitsförderung ist der Oberbegriff für eine Vielfalt von Aktivitäten. Deshalb können Gesundheitsförderinnen und -förderer deutlich mehr und nachhaltigere Erfolge erzielen, wenn sie zusammen statt alleine arbeiten. Dabei können sie ihre vielfältigen unterschiedlichen Erfahrungen und Fähigkeiten zur Förderung der Gesundheit zusammenführen.

Im ersten Teil des Buches geht es um die unterschiedlichen Vorstellungen von Gesundheit und Wohlbefinden und die Wege, wie die Gesundheit verbessert oder gefördert werden kann. Kap. 2 untersucht die strukturellen Faktoren wie z. B. Einkommen, Geschlecht und ethnische Zugehörigkeit, die unsere Gesundheit beeinflussen, sowie die Bedeutung sozialer Faktoren zur Prognose des Gesundheitszustandes. In Kap. 3 geht es darum, wie die Erfassung und Messung von Gesundheit durch die unterschiedlichen Sichtweisen von Gesundheit, als Abwesenheit von Krankheit bis hin zu ganzheitlichen Konzepten des Wohlbefindens mitbestimmt wird. Kap. 4 und Kap. 5 befassen sich mit der Definition der Gesundheitsförderung, wobei von einem sozialökologischen Modell der Gesundheit ausgegangen wird. Dieses Modell besagt, dass Veränderungen der Gesundheit vom Zusammenspiel individueller, sozialer und physischer Umgebungsfaktoren abhängig sind. Kap. 6 und Kap. 7 sollen Gesundheitsförderinnen und -förderern helfen, ihre eigenen Intentionen und Vorstellungen vom Sinn und Zweck der Gesundheitsförderung zu klären. Ist es die Förderung gesunder Lebensweisen? Oder ist es die Reduzierung gesundheitlicher Chancenungleichheiten und die Befähigung der Menschen, ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit und ihr Leben zu erreichen?