
AXEL SCHEFTSCHIK

INTEGRIERENDE GESUNDHEITSFÖRDERUNG AUS FREIZEITWISSENSCHAFTLICHER SICHT

Zusammenfassung: Die integrierende Verknüpfung des Gesundheits- mit dem Freizeitbereich stellt in Zukunft einen hohen Innovationsgrad in Bezug auf die Konzeption von Gesundheitsförderungsmaßnahmen dar. Sie dienen dazu, neue Konzepte der Gesundheitsförderung im Sinne der WHO Ottawa Charta zu entwickeln, planen und umzusetzen. Um die neuen Techniken der Gesundheitsförderung umsetzen zu können, ist ein großer zusätzlicher Bedarf an neuen organisatorischen Strukturen, gesundheitsfördernden Maßnahmen und entsprechend ausgebildetem Personal gegeben. Höhere Qualitätsansprüche, größere Mobilität und zunehmende Erlebnisorientierung bei der Freizeitnutzung führen zu völlig neuen Herausforderungen, denen die Unternehmungen derzeit nicht ausreichend entsprechen können.

1 Einleitung

Im Oktober 2005 wurde der neue Studiengang Integrierende Gesundheitsförderung an der Fachhochschule Coburg aufgenommen. Bislang wurde die Gesundheitsförderung als eine zentrale Aufgabe staatlicher, kommunaler und ansatzweise betrieblicher Verantwortungsbereiche gesehen. Mittlerweile hat sich eine andere Auffassung von Gesundheitsförderung durchgesetzt. Es ist eine salutogenetisch und subjektorientierte Gesundheitsförderung, die ihre Adressaten als eigenständige Personen möglichst ganzheitlich wahrnimmt. Darüber hinaus führen die wachsende verfügbare Freizeit der Bevölkerung, die veränderten Werthaltungen und Lebensstile sowie der zunehmende Wettbewerb im Freizeit-, Tourismus- und Gesundheitsbereich auf der ganzen Welt zu drastischen Umbrüchen in diesen Branchen. Die Integrierende Gesundheitsförderung trägt diesem Wandel Rechnung. Sie verbindet die unterschiedlichen Ansätze der Gesundheitsförderung, lenkt den Blick auf neu zu erschließende Bereiche der Gesundheitsförderung und trägt somit zu neuen Sichtweisen bei.

2 Historische Entwicklung und Begriffsklärung

NAHRSTEDT leitet die historische Bedeutung von Wellness im Kurort von GOETHE und SUTTNER ab (NAHRSTEDT 2004 : 37 ff). Gesundheitsförderung besitzt ähnliche Wurzeln, stellt dabei jedoch die ursprünglich in der Verantwortung der staatlichen Institutionen liegenden Schwerpunkte heraus.

Das Gesundheitsmotiv hatte seine erste Blüte im Zeitalter der Aufklärung erfahren. Als im Prozess der Säkularisierung das Jenseits verschwand, wanderten die Paradieshoffnungen ins Diesseits. Gesundheit wurde zum zentralen Thema, Krankheit der religiösen Sphäre entzogen. Wunderwerke erwartete der Mensch nun nicht mehr von Gott, sondern immer mehr von sich selbst. Gesundheit und langes Leben wurden Garanten und Bedingungen einer irdischen Utopie. Der Arzt PETER FRANK war vom Optimismus der Aufklärung geprägt und verfügte im Bereich des Gesundheitswesens die Pflicht für vorausplanendes staatliches Handeln. Es sollte denjenigen Krankheitsursachen nachgespürt werden, die in den sozialen Bedingungen der Gesellschaft liegen. Dieser Betonung auf Gesundheitspolitik und Verhältnisprävention stand der Arzt CHRISTOF FAUST mit seinem Akzent der gezielten Verhaltensbeeinflussung gegenüber (HÖRMANN 1999 : 9).

In einer ersten Phase von 1770-1800 galt unter der Perspektive von Moral und Gesundheit ein Verständnis von Gesundheit, welches diese als Resultat und Ausdruck einer richtigen Lebensweise und als Produkte eigener Leistungen begreift. Krankheit wurde als Reaktion auf Unmäßigkeiten in der Lebensführung verstanden. Neben der Vermeidung in der Schule auftretender Krankheiten galt das Interesse der Verhinderung eines unmoralischen Lebenswandels und der Förderung eines Volkswohls. In einer zweiten Phase von 1860-1910, die von professioneller Differenzierung und Medizinisierung geprägt ist, verschiebt sich das Verhältnis von Medizin und Pädagogik durch Professionalisierungsbestrebungen im Bereich der Lehrerausbildung an den Volksschulen durch Institutionalisierungstendenzen der schulischen Gesundheitserziehung sowie durch professionsgebundene wissenschaftliche und technologische Fortschritte der Medizin. In einer letzten Phase der Repädagogisierung zwischen 1910-1930 rückt die Prävention mit normierenden Vorstellungen und normativen Vorgaben bis hin zu eugenischer und sozialhygienischer Ausrichtung mit didaktischer Aufbereitung und Methodenvielfalt in den Vordergrund.

Zusammenfassend lassen sich die aktuellen Begriffsabgrenzungen im Zusammenhang mit aufklärenden, informierenden und pädagogisch relevanten Begriffsbedeutungen im Gebiet der Gesundheitswissenschaft so darstellen (HÖRMANN 1999 : 13):

Gesundheitsaufklärung/ Gesundheitsinformation	Bereitstellung von Informationen zum Erwerb handlungsrelevanten Wissens
--	---

AXEL SCHEFTSCHIK

Gesundheitsberatung	Interaktion zwischen Berater und Ratsuchenden mit dem Ziel der Vermittlung handlungsrelevanten Wissens und Motivierung zur Einstellungs- und Verhaltensänderung
Gesundheitsförderung	Vermittlungsstrategie zwischen Mensch und Umwelt zur Synthesenfindung zwischen persönlicher Entscheidung und sozialer Verantwortlichkeit mit dem Ziel der aktiven Gestaltung einer gesünderen Zukunft
Gesundheitserziehung	Der Anspruch, auf der Basis konkret vermittelten Wissens zur Einstellungs- und Verhaltensänderung zu motivieren und diese in konkreten Übungsprogrammen zu erproben und zu stabilisieren
Gesundheitsbildung	Aneignung von Kenntnissen und Fertigkeiten zur Ausformung eines kultivierten Lebensstils (gesundheitliches Wohlbefinden in Selbstbestimmung)

Abbildung 1: Begriffsbedeutungen im Gebiet der Gesundheitswissenschaft in Anlehnung an HÖRMANN 1999

Gesundheitsaufklärung und Gesundheitsinformation meint die Bereitstellung von Informationen, die von unterschiedlichsten Institutionen und Personen gewährleistet werden und die nicht unter pädagogischem Einfluss stehen. Gesundheit ist eine private Angelegenheit des Menschen, die von außen nur bedingt gesteuert werden kann (ZENTRUM FÜR SOZIALPOLITIK 1993 : 45). Aber die Bedeutung dieser Privatsache hat in den letzten Jahren offenkundig zugenommen. War die Idee vom guten Leben früher wesentlich an gesellschaftspolitischen Leitbildern orientiert, so wird sie heute immer mehr mit den Vorstellungen eines gesunden Lebens verbunden.

Gesundheit hat sich zu einem wichtigen Leitmotiv entwickelt. Die Pflege der eigenen Gesundheit bedarf entsprechender Informationen: Wissen, Ratschläge, Anleitungen zu gesundheitsbewusstem Handeln, häufig auch ein Zusammentreffen mit Gleichgesinnten oder -betroffenen müssen erschlossen werden. Dies korrespondiert mit einem gesteigerten öffentlichen Interesse an der Gesundheit des Einzelnen, insbesondere für alles, was mit dem individuellen Verhalten zusammenhängt. Wo das Essen zur gesunden Ernährung oder zur Frühjahrsdiät, der schlechte Schlaf zur Frage einschlägiger Kenntnisse der Stressbewältigung und von Entspannungstechniken oder die Rückenschmerzen zum Problem der neuesten Therapieempfehlungen eines medizinischen Ratgebers werden, schlägt sich dies auch in einem entsprechenden Angebot nieder. Fast jede Zeitschrift oder Zeitung, alle Fernsehsender und zunehmend auch das Internet berichten regelmäßig über Gesundheit.

Die zunehmende Unübersichtlichkeit und Unüberschaubarkeit medizinischer und außermedizinischer Heilmethoden rückt den Begriff der *Gesund-*

beitsberatung in den Mittelpunkt. Die rapide Zunahme vielfältiger Ratgeberliteratur in Sachen Gesundheit macht dies sichtbar. Angesichts der allgegenwärtigen Verbreitung von Beratung in vielen Bereichen des öffentlichen Lebens weckt der Begriff Beratung meist positive Erwartungen: Beratung wird von sachkundigen Spezialisten durchgeführt und zumeist freiwillig für begrenzte Zeit in Anspruch genommen. Angesichts der Vielzahl unterschiedlicher Möglichkeiten werden Alternativen und Entscheidungskriterien angeboten, um die individuell passende Lösung zu finden. Beratung mit dem Element der Wahlfreiheit ermöglicht so beispielsweise Orientierungs-, Planungs-, Entscheidungs- und Handlungshilfen zu Fragen individueller Gesundheitsaspekte. Rückt dann die Respektierung der Selbstverfügbarkeit des Betroffenen in das Blickfeld, ist neben dem Beratungsangebot die Eigenverantwortlichkeit und Mündigkeit von Individuen angesprochen.

3 Gesundheitsförderung

Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Lebensumstände und Umwelt zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Gesundheitsförderung zielt auf eine allgemeine Verbesserung der Arbeits-, Freizeit-, Wohn-, Ernährungs- und Umweltbedingungen. Damit lehnt sich die Aufgabenstellung gesundheitsfördernder Maßnahmen an die Grundgedanken der WHO-Deklaration von 1986 an. Gesundheitsbildung hingegen leistet vor allem einen Beitrag zur Weiterentwicklung der Persönlichkeits-, Sach- und Sozialkompetenz des Individuums.

Gesundheitsförderung, so formuliert es die WHO, „zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl der Einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern beziehungsweise verändern können. In diesem Sinne ist die Gesundheit als ein wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens zu verstehen und nicht als vorrangiges Lebensziel. Gesundheit steht für ein positives Konzept, das in gleicher Weise die Bedeutung sozialer und individueller Ressourcen für die Gesundheit betont wie die körperlichen Fähigkeiten. Die Verantwortung für Gesundheitsförderung liegt deshalb nicht nur bei dem Gesundheitssektor, sondern vor allem bei den Politikbereichen und zielt über die Entwicklung gesünderer Lebensweisen hinaus auf die Förderung von umfassenden Wohlbefinden hin.“ (WHO 1986 : 223)

Im Wesentlichen sind es vier Schwerpunkte, die die Gesundheitsförderung verfolgt:

1. Aktivierung der gesamten Bevölkerung im Alltag
2. Bündelung von Aktivitäten, die auf die Bedingungen und Ursachen von Gesundheit gerichtet sind
3. Integration verschiedener, einander ergänzender Ansätze und Strategien
4. Entwicklung und Stützung einer zielgerichteten Beteiligung der Betroffenen.

Gesundheit fällt nicht allein in den Zuständigkeitsbereich der professionellen Medizin. Öffentliche Gesundheit muss als Prozess aufgefasst werden, der selbstbestimmtes Gesundheitshandeln ermöglicht und der durch politische und soziale Handlungsfelder garantiert wird (SCHEFTSCHIK 2003 : 34 ff). Damit wird Gesundheit zu einer gemeinsamen Aufgabe, zur gemeinschaftlichen Gesundheitssicherung. Aus der gemeinschaftlichen oder auch primären Gesundheitssicherung geht als eigenständiger Arbeitsbereich die Health Promotion oder Gesundheitsförderung hervor, die nun nicht mehr Versorgung, sondern die Fürsorge in den Vordergrund stellt (KÜHN 1993 : 21 ff).

Die Aufgaben der Gesundheitsförderung stellen sich auf staatlicher, kommunaler und individueller Ebene, wobei die Gesundheitserziehung dem letztgenannten Bereich zuzuordnen ist. Denn sie wendet sich an den Einzelnen und primär an Angehörige von Risikogruppen im Gegensatz zur allgemeinen Gesundheitsförderung, die sich an die Gesamtpopulation richtet. Im Menschenbild der Gesundheitsförderung wurden Zielgruppen bislang wie potenzielle Patienten im professionellen Gesundheitssystem betrachtet: Die Adressaten von Maßnahmen der Gesundheitsförderung werden als Laien verstanden, denen das notwendige Wissen fehlt, um Krankheiten zu vermeiden (FALTERMEIER 1998). Sie sind insofern hilfsbedürftig, müssen daher durch medizinische Experten aufgeklärt werden und im Falle eines gesundheitlichen Risikos möglichst frühzeitig behandelt werden. Erwartet wird, dass sie dabei vertrauensvoll mit den Experten kooperieren und ihre Ratschläge sorgfältig ausführen. Diese Form von Gesundheitsförderung ist im Wesentlichen auf (organische) Störungen von Menschen bzw. auf die wissenschaftlich nachgewiesenen Risikofaktoren für Erkrankungen ausgerichtet, und sie folgt dem Muster einer medizinischen Behandlung.

Mittlerweile hat sich eine andere Auffassung von Gesundheitsförderung durchgesetzt. Es ist eine salutogenetisch und subjektorientierte Gesundheitsförderung, die ihre Adressaten als eigenständige Personen möglichst ganzheitlich wahrnimmt (FALTERMEIER 1998 : 199). Diese haben nicht nur Anliegen, die sich auf Krankheiten und deren Vermeidung beziehen, sondern auch im positiven Sinn gesundheitsbezogene Bedürfnisse. Gesundheit äußert sich für sie auf der körperlichen, psychischen und sozialen Ebene. Sie ist ein dynamischer Prozess. Jeder Mensch hat aufgrund seiner Lebenserfahrungen ein spezifisches Gesundheitskonzept und subjektive Theorien entwickelt, die sein Gesundheitshandeln prägen.

Neben möglichen gesundheitlichen Risiken sind darin auch die jeweiligen Entfaltungsmöglichkeiten und Ressourcen einer Person enthalten. Je nach subjektiven Gesundheitsvorstellungen bedeutet für den Einzelnen das Ziel Gesundheit etwas anderes, es gibt aber auch deutliche Gemeinsamkeiten. Über Gesundheit im engeren Sinn hinaus ist es jedoch wichtig, das Individuum als gesamte Person ernst zu nehmen und deren persönliche Motive und Lebensziele sowie soziale Einbettung zu beachten. In Abhängigkeit von den unterschiedlichen individuellen Zielsetzungen und sozialen Anforderungen im Alltag sind unterschiedliche gesundheitsbezogene Aktivitäten funktional. Als Ausgangspunkt für eine ganzheitliche Gesundheitsförderung ist deshalb eine Analyse der aktuellen Lebenssituation, der subjektiven Gesundheitsvorstellungen, der bereits etablierten gesundheitsbezogenen Handlungen sowie der individuellen Motive und Lebensziele einschließlich deren sozialgeschichtlicher Einbettungen erforderlich.

Die Berücksichtigung subjektiver Vorstellungen und individueller Lebenskonzepte bedeutet aber keinesfalls, dass damit eine Psychotherapeutisierung der Gesundheitsförderung angestrebt wird. Das Ziel einer Gesundheitsförderung ist nicht die Beseitigung körperlicher oder psychischer Störungen oder die Veränderung von Persönlichkeitsstrukturen, sondern die Entfaltung gesundheitsbezogener Potenziale und Aktivitäten. Dazu können personenbezogene Ansätze einer ganzheitlichen Gesundheitsberatung ebenso beitragen wie systemische Ansätze der Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung (FRANKOWIAK/WENZEL 2001 : 716-722). Die Subjektorientierung erfordert jedoch, dass alle Maßnahmen zur Gesundheitsförderung in der Bevölkerung die subjektiven Kompetenzen, Selbsthilfeansätze und lebensweltlichen Kontexte der Zielgruppen und Personen einbeziehen, anstatt sie zu entwerten oder gar zu zerstören.

Integrierende Gesundheitsförderung

Mit der Fokussierung auf den Lebensraum und die Lebensweisen des Alltags des Menschen wird eine grundlegende Umorientierung öffentlicher Gesundheitspolitik angestrebt, die Gesundheitsförderung zu einem zentralen Faktor nachhaltiger Entwicklungen erklärt. Integrierende Gesundheitsförderung basiert auf mehreren Erkenntnissen:

- In Zeiten raschen sozialen Wandels und ökologischer Krisen ist das Leben vieler Menschen gefährdet. Individuelle Verhaltensnormen und kurative Behandlungsformen greifen meist zu kurz, da sie keinen Zugang zu den strukturellen Ursachen finden.
- In entwickelten Industriegesellschaften, in denen nicht mehr Hunger und quantitative materielle Existenznöte großer Bevölkerungsgruppen im Mittelpunkt öffentlicher Sorge stehen, gewinnt das Interesse an einer nachhaltigen, salutogenetischen und sinnstiftenden Lebensweise an Bedeutung.

Die aktive Bemühung um gesundheitsfördernde Lebensbedingungen kann alle Menschen einbeziehen und ist kein Privileg von Experten oder einzelnen Berufen.

- Das Gesundheitsmotiv als Ausdruck eines allgemeinen Lebensinteresses aller Menschen, unabhängig von ihren spezifischen Glaubensvorstellungen und politischen Überzeugungen, kann zu einer integrierenden Zielsetzung einer multikulturellen Gesellschaft werden. Denn der existenzielle Wunsch, unnötiges Leiden und einen vorzeitigen Tod zu vermeiden, verbindet alle Menschen und kann gemeinsame Bemühungen fördern.
- Als gesellschaftliches Bindeglied kann Gesundheitsförderung dauerhaft nur wirksam werden, wenn sie von den Menschen auch als Ausdruck ihres persönlichen Lebenswunsches erlebt werden kann.
- Gesundheitsförderung muss daher zwischen individuellen Lebensbedürfnissen und kollektiven Notwendigkeiten glaubhaft vermitteln können und so dazu beitragen, dass sich gesellschaftliche Institutionen im Interesse der Lebensbedürfnisse der beteiligten Menschen wandeln.
- Da alle Bemühungen um Gesundheit unter einem historischen und biographischen Irrtumsvorbehalt stehen, muss sich Gesundheitsförderung darauf konzentrieren, die reflexive Selbstaufklärung der Menschen zu unterstützen und sie zu verantwortlicher Beteiligung an grundlegenden Entscheidungen, die ihren Lebenszusammenhang bestimmen, befähigen.
- Menschliche Gesundheit, die auch psychisches und soziales Wohlbefinden einschließt, entsteht im Lebensprozess nur, wenn sie von den Individuen gewollt und realisiert wird. Gesundheit entsteht dort, wo die Menschen leben, lieben und arbeiten.
- Da Gesundheit im alltäglichen Lebensvollzug durch die Gesamtheit von äußeren Wirkungen und inneren Entscheidungen hervorgebracht wird, ist die Lebensweise in den *settings* des Alltags von zentraler Bedeutung.
- Da der Alltag der Menschen in hohem Maße durch gesellschaftlich vermittelte Routinen, Normen und Rituale sowie ökologische und ökonomische Rahmenbedingungen bestimmt wird, die sich individuellen Entscheidungsmöglichkeiten weitgehend entziehen, kommt der sozialen Verständigung über eine menschengemäße Gestaltung der alltäglichen Lebensräume große Bedeutung zu.
- Neben dem geographischen Lebensraum (Dorf, Stadt, Stadtviertel) haben dabei die Institutionen des Arbeitsalltags und der Freizeit eine große Bedeutung. In besonderer Weise gilt dies für diejenigen gesellschaftlichen Orte, an denen Kinder und Heranwachsende auf die Möglichkeit einer eigenständigen, sozial- und umweltbewussten Lebensweise vorbereitet und ältere Menschen in einer eigenständigen, sozial integrierten Lebensform unterstützt werden sollen.

Als integrierende Zielperspektive ergibt sich daraus die Entwicklung einer gesundheitsfördernden Lebenskultur, die in sozialer und ökologischer Hin-

sicht die nachhaltigen Lebensinteressen der Menschen stützt und das Bemühen um eine gesündere Lebensweise auch im öffentlichen Handeln zur leichteren Entscheidung macht. Besondere Aufmerksamkeit finden dabei die Räume und Beziehungen des Alltagslebens, die *settings*, in denen Menschen sich überwiegend aufhalten und in denen sie die in sozialer, psychischer, körperlicher, ästhetischer, geistiger und ökologischer Hinsicht prägenden und ihre Gesundheit bestimmenden Lebensmuster entwickeln. Die Stärkung gesundheitsfördernder Lebensbedingungen richtet sich entsprechend auf familiäre, wohnliche, nachbarschaftliche, betriebliche und lokale Lebenszusammenhänge und ist vor allem dort um einen Ausgleich ungleicher Lebenschancen bemüht, wo eklatante Defizite die selbstbestimmte Sorge für ein gelingendes Leben beeinträchtigen.

So plausibel diese programmatischen Überlegungen auch erscheinen, so bleiben angesichts der aktuellen Thematisierungsformen von Gesundheitsfragen dennoch Zweifel hinsichtlich der gesellschaftlichen Resonanz:

- Gesundheit wird zunehmend im Kontext von Wellness, Schönheit, Fitness vor allem als persönliches körperliches Entwicklungsideal gesehen. Die Aufmerksamkeit und das Handlungsinteresse verschieben sich damit auf die Beeinflussung von individuellen Körpererscheinungen und deren sozialer Präsentation (vgl. die Beiträge zu Wellness in Spektrum Freizeit von II/2004 und I/2005).
- Soziale Anteilnahme und soziales Engagement entsprechen nicht dem vorherrschenden ökonomischen Kalkül der individuellen Vorteilmehrung und werden daher ambivalent gesehen (SCHEFTSCHIK 2005 : 117).
- Die korporatistische Organisation des Gesundheitswesens und die Dominanz von Verbandsinteressen behindert bürgerschaftliche Beteiligungsprozesse (SCHMACKE 1996).

Auf der anderen Seite sind in den letzten Jahren eine Reihe von öffentlichen Diskursen begonnen worden, die die Bedeutung einer integrierenden Gesundheitsförderung herausstellen.

4 Bedeutung der integrierenden Gesundheitsförderung im öffentlichen Diskurs

In Anlehnung an GÖPEL (GÖPEL 2004) lassen sich die folgenden aktuellen politischen Diskurse unterscheiden, die sich zu einem historisch neuen Leitbild der gesellschaftlichen Lebensorientierung zu verdichten scheinen:

1. Der *Gesundheitsdiskurs*: Das Gesundheitsverständnis wird dabei zunehmend entmedikalisiert, d. h. in den lebensweltlichen Zusammenhang eines gelingenden Lebens gestellt. Die persönliche Verantwortung, solidarische Anteilnahme und ein ausreichender Schutz vor Gesundheitsgefährdungen

- werden dabei betont. Selbsthilfeaktivitäten der Bürger, bürgerschaftliche Initiativen und eine Neuorientierung der Gesundheitsdienste haben hier einen hohen Stellenwert.
2. Der *Wellnessdiskurs*: Wellness wird vor allem in den USA eher wissenschaftlich fundiert in medizinischen Zusammenhängen betrachtet, wohingegen im deutschsprachigen Raum der Wellnessurlaub im Vordergrund steht. Dort wird auch eher der Wohlfühlaspekt von Wellness betont. Mit der Diskussion um *medical wellness* wird hier aktuell die medizinisch begründbare und dabei nachhaltige Wirkung von Wellness vorangetrieben.
 3. Der *Umweltdiskurs*: Die Auswirkungen unkontrollierter Umweltbelastungen auf die menschliche Gesundheit stehen hier im Mittelpunkt der Sorge. Gesucht wird eine humanökologische Bewertungsgrundlage für die Umweltwirkungen, die eine nachhaltige Entwicklungsperspektive für die Menschen auch in einem globalen Wirtschaftszusammenhang sichern kann.
 4. Der *Gemeinwohldiskurs*: Die Debatte um das Gemeinwohl, um Gemeinsinn in einer individualisierten Gesellschaft kreist um die Frage, ob das soziale Kapital, d. h. der Bereich sozialer Beziehungen und Kontexte, in dem sich Menschen beheimaten und mit dem sie sich identifizieren können, verloren geht.
 5. Der *Demokratieliskurs*: Hier ist die Rede von der Zivilgesellschaft als dem demokratischen Kern der Gesellschaft, der aus dem Engagement ihrer Mitglieder besteht. Er fragt nach den Bürgern, die sich einmischen, öffentliche Anliegen zu ihren eigenen machen und sich für konkrete Verbesserungen der Lebensverhältnisse engagieren.
 6. Der *Diskurs zur sozialen Sicherheit*: Er kreist darum, wie Gesellschaften die Absicherung vor den Folgen existenzieller Risiken und Bedrohungen gewährleisten, ohne dass Menschen zu Objekten *fürsorglicher Belagerung* oder zu passiven Dienstleistungsempfängern werden.
 7. Der *Tätigkeitsdiskurs*: Tätigkeit im Sinne von Erwerbsarbeit ist das zentrale Medium der Identitätsentwicklung der Moderne gewesen. Wenn aber die Erwerbsarbeit für viele Menschen keine Verankerungsmöglichkeit mehr bietet, wie soll dann im positiven Sinne Identität geschaffen werden? Die Idee der Tätigkeitsgesellschaft zeigt vor diesem Hintergrund viele sinnvolle gesellschaftliche Aktivitätsfelder auf, die sich nicht auf Erwerbsarbeit reduzieren lassen.
 8. Der *Staatsdiskurs*: Welche öffentlichen Aufgaben sollen in staatlicher Verantwortung wahrgenommen werden und welche können vergesellschaftet und gemeinnützig oder privatwirtschaftlich betrieben werden? Wie kann die Wahrnehmung öffentlicher Aufgaben ziel- und klientenorientiert durch einen aktivierenden Staat geplant und bewirtschaftet werden und welche Formen öffentlich-privater Kooperationen sind zielführend?
 9. Der *Qualitätsdiskurs*: Diskussionen aus dem Bereich der gewerblichen Wirtschaft über Kriterien einer angemessenen Produkt- und Verfahrens-

qualität werden zunehmend auch auf den Dienstleistungsbereich und den öffentlichen Sektor übertragen: Nach welchen Kriterien soll die Qualität öffentlicher Leistungen künftig beurteilt werden?

10. Der *anthropologische Diskurs*: An Bedeutung gewinnt schließlich als Reaktion auf die Entwicklungen der Gentechnologie, der Organtransplantationen, der Intensivmedizin, der In-vitro-Fertilisation und der Sterbehilfe der anthropologische Diskurs. Hier werden die traditionsreichen Fragen des bürgerlichen Humanismus neu gestellt: Was macht das Wesen von Menschsein aus? Wie kann ein eigenständiges Leben gelingen und welche transpersonalen Bezüge sind dafür notwendig? Was macht *Lebenskunst* (SCHMIDT 2000) aus?

Wenn menschliche Gesundheit keineswegs normal, sondern eher unwahrscheinlich und höchst voraussetzungsvoll ist, wie können die Bedingungen ihrer Möglichkeit verbessert werden? Wie können Prozesse der Gesundung und der Gesundheitsförderung konzeptionell als Salutogeneseprozesse beschrieben werden (FRANKE/BRODA 1993)? Deutlich wird zunehmend ein innerer Zusammenhang zwischen diesen unterschiedlichen Diskursen, die auf einen grundlegenden Wandel der wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Lebensbedingungen im Übergang zu einer globalen Wirtschaftsform und einer sich entwickelnden *reflexiven Moderne* (BECK 1996 : 289) hinweisen.

Das Gesundheitssystem steht im Wesentlichen vor drei Herausforderungen:

- dem demografischen Wandel
- einem Wandel des Krankheitspanoramas und
- den Folgewirkungen des medizinisch-technischen Fortschrittes.

Darüber hinaus zeigt sich, dass das kurative System zunehmend an seine Grenzen stoßen wird und der Stellenwert von Prävention und Gesundheitsförderung steigt. Die Wirklichkeit zeigt jedoch strukturelle Defizite im Bereich der Gesundheitsförderung auf. Diese werden insbesondere in den Aspekten Vernetzung, Qualifizierung und der Nachhaltigkeit im Bereich der Gesundheitsförderung deutlich. Um den Stellenwert von Gesundheitsförderung und Prävention zu stärken, ist ein Paradigmenwechsel in Richtung ganzheitlicher Medizin und Prävention erforderlich (BECKER 1993). Dabei müssten sich Prävention und Gesundheitsförderung zu einer eigenständigen Säule im Gesundheitsbereich neben anderen entwickeln. Basis dafür ist das Präventionsgesetz. Dieses Gesetz gründet auf folgende Eckpunkte:

- Prävention ist eine Gemeinschaftsaufgabe.
- Prävention bedarf einer bundesweiten Zielsetzung.
- Prävention bedarf der Bündelung aller Kräfte.
- Prävention muss zielgruppenspezifisch erfolgen.
- Der Settingansatz muss deutlich gestärkt werden.

5 Perspektiven der integrierenden Gesundheitsförderung

Mittel- bis langfristig kann eine optimistische Arbeitsmarktentwicklung im Bereich von Prävention und Gesundheitsförderung gesehen werden. Es ist zu erwarten, dass die Anzahl der Arbeitsplätze im Bereich der ambulanten Versorgung wächst, im Bereich der stationären Versorgung abnimmt, in der Altenhilfe und Altenpflege zunimmt und in der Zulieferindustrie und Nachbarbranchen leicht zunehmen wird. Im Bereich der Aus- und Weiterbildung sollten insbesondere folgende Themenbereiche angesprochen werden:

- Theoretische Grundlagen
- Gesundheitsmanagement und Gesundheitsökonomie
- Gesundheitswissenschaftliche Forschungsmethoden
- Interventionsmethoden
- Projektmanagement
- Qualitätsmanagement/-sicherung/Evaluation
- Kommunikation, Moderation und Präsentation.

Die integrierende Verknüpfung des Gesundheits- mit dem Freizeitbereich stellt in Zukunft einen hohen Innovationsgrad in Bezug auf die Konzeption von Gesundheitsförderungsmaßnahmen dar. Sie setzt dadurch auch neue Akzente für die Konzepte und Verhaltens- und Verhältnisprävention im Bereich der Freizeit- und Tourismuswirtschaft. Die Ausbildungen in diesem Bereich (vor allem der neue Studiengang Integrierende Gesundheitsförderung an der Fachhochschule Coburg) dienen dazu, neue Konzepte der Gesundheitsförderung im Sinne der WHO Ottawa Charta zu entwickeln, planen und umzusetzen. Der Einsatzbereich solcher Maßnahmen erstreckt sich vom klassischen Wellness-tourismus über Freizeiteinrichtungen bis hin zu öffentlichen oder privaten Institutionen, welche Gesundheitsförderung betreiben wollen. Um die neuen Techniken der Gesundheitsförderung umsetzen zu können, ist ein großer zusätzlicher Bedarf an neuen organisatorischen Strukturen, gesundheitsfördernden Maßnahmen und entsprechend ausgebildetem Personal gegeben. Höhere Qualitätsansprüche, größere Mobilität und zunehmende Erlebnisorientierung bei der Freizeitnutzung führen zu völlig neuen Herausforderungen, denen die Unternehmungen oft auch mangels verfügbarer Qualifikationen derzeit nicht ausreichend entsprechen können.

Die historisch neuen sozialen Fragen und die nachhaltige Sicherung der Lebensgrundlagen erfordern Antworten, die ökonomische, soziale, politische und ökologische Zielsetzungen verknüpfen können. Für die Hoffnung auf ein gelingendes Leben wird die Entwicklung der erlebten Gesundheit zu einem orientierenden Indikator für die Angemessenheit der gewählten Lebensweise. Wenn Staat und Markt ihre jeweiligen sozialen, politischen und ökonomischen Aufgaben nicht mehr hinreichend wahrnehmen oder leisten können, soll die Zivilgesellschaft an Bedeutung gewinnen. Die humanen Potentiale Wissen, Können und Handlungsbereitschaft, ebenso wie die Spielarten menschlichen

Zusammenlebens und gemeinschaftlichen Handelns, das *soziale Kapital*, werden dabei zu Hoffnungsträgern neuer gesellschaftlicher Problemlösungen und einer nachhaltigen Entwicklung. Nach wie vor gilt: Als wichtigste Aufgabe zur Gestaltung des Wandels erscheint dabei die Stärkung der Menschen vor Ort, eigene und gemeinsame Belange selbst zu organisieren und die Qualität ihrer Lebens- und Arbeitssphären gemeinschaftlich zu entwickeln (HILDEBRANDT/TROJAN 1987).

Die öffentliche Kommunikation über Gesundheit und Gesundheitsförderung thematisiert jeweils Vorstellungen einer angestrebten Zukunft und erwünschter Lebenssituationen. In diesem Sinne eröffnet der Gesundheitsdiskurs eine Verständigung über individuelle und kollektive Lebenshoffnungen für gelingendes menschliches Leben angesichts eines steigenden Bewusstseins über die Endlichkeit des individuellen und angesichts der Gefährdungen des kollektiven menschlichen Lebens auf unserem Planeten. Es ist daher sicherlich kein Zufall, dass das Gesundheitsthema vor allem in Zeiten eines raschen gesellschaftlichen Wandels aktualisiert wird, in denen alte Lebensorientierungen nicht mehr zu tragen scheinen, neue dagegen noch nicht den Charakter des Selbstverständlichen erreicht haben und die verunsicherten Individuen durch soziosomatische Leiden dazu genötigt werden, sich unter Schmerzen mit den Chancen eines künftigen körperlich-seelisch-sozialen Wohlbefindens in einer erhofften besseren Zukunft zu beschäftigen.

In einer derartigen Phase der Krise verlieren die bisherigen Lebensmuster als kohärente Deutung von Wirklichkeit ihre Überzeugungskraft, und neue Sinnkonstruktionen und Weltanschauungen werden möglich und notwendig. Der Gesundheitsdiskurs, im Sinne eines öffentlichen Bezugs auf elementare gemeinsame Lebensbedürfnisse, gewinnt in derartigen Zeiten der kulturellen und individuellen Krise eine verbindende und einheitsstiftende Funktion.

6 Schlussbetrachtung

Gesundes Verhalten wird in einem permanenten Lernprozess trainiert, der manchmal auf einem kontrollierten Hedonismus basiert. Die Lebensqualität rückt in den Mittelpunkt der Betrachtung, um das Leben lebenswerter zu gestalten. Gesundheit ist ein dynamischer Prozess und kein Zustand. Dies erfordert eine Sensibilisierung und ein Wachwerden für sich selbst und für die Beziehungen zur Umwelt. Lernen ist dann eine innovative Kraft, die eine individuelle Veränderung nach dem utopischen Prinzip der Hoffnung anstrebt. Ein Bildungsauftrag zu mehr Wohlbefinden betont den Aspekt des genussfähigen Gegenwartsbezugs.

Mit einem erweiterten Gesundheitsbegriff lässt sich eine Brücke zu einem Verständnis von Gesundheit als Wellness- und Lebensstilkonzept schlagen. Aufgrund der Durchdringung vieler Lebensbereiche wird Wellness ein öffent-

liches und politisches Thema. Wellness hat sich zu einem Bestandteil des täglichen Lebens entwickelt. In Zukunft wird die Gesundheitsbildung dem Individuum mehr Freiräume zur Selbstbestimmung über die Gesundheit eröffnen müssen (SCHEFTSCHIK, 1999). Eigene Erfahrungen und Erlebnisse müssen spürbare und greifbare Impulse im zukünftigen Gesundheitslernen gewähren.

Die gesellschaftliche Forderung geht immer mehr in Richtung Selbstmanagement. Dies bedeutet in erster Linie Selbstverantwortung und Steigerung der eigenen Lebensqualität. Die gesellschaftliche Verpflichtung besteht darin, vielfältige Lernangebote und Erlebnismöglichkeiten zum Thema Wellness zu kreieren und bereitzustellen. Gesunde Lebenswelten, in denen Wohlbefinden erlebt werden kann, müssen geschaffen werden. So gesehen erweitert Wellness die Aufgaben der Gesundheitsförderung: Es geht nicht mehr ohne die Verantwortung des Individuums und sie bleibt zugleich eine öffentliche Aufgabe.

Literatur

- ADAMER-KÖNIG, E. (2004): Integrierende Gesundheitsförderung in den Bereichen Gesundheit/Wellness und Freizeit/Tourismus an der Fachhochschule Coburg. Bad Gleichenberg
- BECK, U. (1996): Wissen oder Nicht-Wissen? Zwei Perspektiven „reflexiver Modernisierung“. In: Beck, U./Giddens, A./Lash, S. (1996): Reflexive Modernisierung. Eine Kontroverse. S. 289-315, Frankfurt/M.
- BECKER, P. (1993): Die Bedeutung integrativer Modelle von Gesundheit und Krankheit für die Prävention und Gesundheitsförderung. In: Paulus, P. (1993): Prävention und Gesundheitsförderung. Perspektiven für die psychosoziale Praxis. S. 91-108, Köln
- FALTERMAIER, T. (Hrsg.) (1998): Gesundheit im Alltag. Weinheim
- FRANKE, A./BRODA, M. (Hrsg.) (1993): Psychosomatische Gesundheit. S. 3-14, Tübingen
- FRANZKOWIAK, P./WENZEL, E. (2001): Gesundheitserziehung: Grundlagen. In: Otto, H. U./Thiersch, H. (Hrsg.) (2001): Handbuch der Sozialarbeit/Sozialpädagogik. 2. Auflage. S. 716-722, Neuwied
- GÖPEL, E. (2004): Kommunale Gesundheitsförderung. Frankfurt/M.
- HAUG, CH. (1991): Gesundheitsbildung im Wandel. Bad Heilbrunn
- HILDEBRANDT, H./TROJAN, A. (1987): Gesundere Städte – kommunale Gesundheitsförderung. Hamburg
- HÖRMANN, G. (1999): Stichwort: Gesundheitserziehung. In: Zeitschrift für Erziehungswissenschaft 1/99. S. 5 -30, Leverkusen Keupp, 2000
- KÜHN, H. (1993): Healthismus. Eine Analyse der Präventionspolitik und Gesundheitsförderung in den USA. Berlin

INTEGRIERENDE GESUNDHEITSFÖRDERUNG AUS FREIZEITWISSENSCHAFTLICHER SICHT

- NAHRSTEDT, W. (2004): „Wellness im Kurort“: Neue Qualität für den Gesundheitstourismus in Europa. In: Spektrum Freizeit II/2004, Bielefeld, S. 37-52
- SCHEFTSCHIK, A. (1999): Die Bedeutung des aktuellen Bildungsbegriffs für die Theorie einer zukünftigen Gesundheitserziehung. In: Nahrstedt, Wolfgang (Hrsg.): Freizeit und Wellness: Gesundheitstourismus in Europa. Bielefeld 2001, S. 193-200
- SCHEFTSCHIK, A. (2003): Wellness lernen. Hamburg
- SCHEFTSCHIK, A. (2005): Wellness lernen: Anforderungen an eine Freizeitdidaktik in der Gesundheitsbildung unter dem Aspekt der Nachhaltigkeit. In Spektrum Freizeit I/2005, Bielefeld, S. 116-129
- SCHMACKE, N. (1996): Öffentlicher Gesundheitsdienst, Sozialstaat und Kommunale Selbstverwaltung. Düsseldorf
- SCHMID, W. (2000): Schönes Leben. Einführung in die Lebenskunst. Frankfurt/M.
- WHO (Weltgesundheitsorganisation) (1986): Ottawa-Charta. WHO-autorisierte Übersetzung aus dem Englischen. In: Labisch, A. (Hrsg.), 1988: Kommunale Gesundheitsförderung – Entwicklungslinien, Konzepte, Perspektiven. S. 223-229, Frankfurt/M.
- ZENTRUM FÜR SOZIALPOLITIK (1993): Gesundheit und Lebensqualität. Bremen